



DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN  
 ADMINISTRADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN	ATENCIÓN PREFERIDA		ATENCIÓN NO PREFERIDA	
<b>Deducible</b> (por año calendario)	\$1,500	Individual	\$3,000	Individual
	\$4,500	Familiar	\$9,000	Familiar

Todos los gastos cubiertos, excluyendo los medicamentos con receta, se acumulan para el deducible preferido y el no preferido.

A menos que se indique de otra manera, el deducible debe completarse antes de que los beneficios sean pagaderos.

Cuando se cumpla el deducible familiar, se considerará que todos los miembros de la familia han completado sus deducibles para lo que reste del año calendario.

<b>Coseguro del miembro</b>	20%	40%
-----------------------------	-----	-----

Se aplica a todos los gastos, a menos que se especifique de otra manera.

Límite de pago (por año calendario)	ATENCIÓN PREFERIDA		ATENCIÓN NO PREFERIDA	
	\$2,500	Individual	\$5,000	Individual
	\$7,500	Familiar	\$15,000	Familiar

Todos los gastos cubiertos, excluyendo los medicamentos con receta, se acumulan para el límite de pago preferido y no preferido.

Ciertos costos compartidos de los miembros pueden no ser aplicables para el límite de pago.

Sólo aquellos gastos de desembolso resultantes de la aplicación del porcentaje de coseguro (excepto cualquier monto por deducibles, copagos y multas) pueden utilizarse para satisfacer el límite de pago.

Cuando se cumpla el límite de pago familiar, se considerará que todos los miembros de la familia han completado sus límites de pago para lo que reste del año calendario.

<b>Máximo de por vida</b>	\$1,000,000 por miembro de por vida	\$1,000,000 por miembro de por vida
---------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Todos los gastos cubiertos se acumulan para el máximo de por vida para atención preferida y no preferida.

<b>Selección de médico de cuidado primario</b>	Opcional	No aplica.
--	----------	------------

**Requerimientos de certificación:**

Debe obtenerse certificación para ciertos tipos de atención no preferida con el fin de evitar una reducción en los beneficios pagados por dicha atención. Se requiere certificación para admisiones en hospitales, admisiones en centros de tratamiento, admisiones en centros de convalecencia, atención médica domiciliar, atención en hospicio y servicio privado de enfermería; el monto excluido que se aplica separadamente a cada tipo de gasto es de \$400 por ocurrencia.

<b>Requerimiento de remisión</b>	Ninguno	Ninguno
----------------------------------	---------	---------

ATENCIÓN PREVENTIVA	ATENCIÓN PREFERIDA	ATENCIÓN NO PREFERIDA
---------------------	--------------------	-----------------------

<b>Exámenes físicos de rutina a adultos/vacunas</b> 1 examen cada 24 meses para miembros de 18 a 65 años de edad; 1 examen cada 12 meses para adultos de 65 años y mayores.	Copago de \$25 por visita al consultorio; deducible exonerado	40% después del deducible
--	---	---------------------------

<b>Exámenes de rutina a niños sanos (Well Child)/vacunas</b> 7 exámenes en los primeros 12 meses de vida, 2 exámenes entre los meses 13 y 24; posteriormente 1 examen cada 12 meses hasta los 18 años de edad.	Copago de \$25 por visita al consultorio; deducible exonerado	40% después del deducible
---	---	---------------------------

<b>Exámenes de atención ginecológica de rutina</b> Incluye exámenes de rutina y costos de laboratorio asociados.	Copago de \$25 por visita al consultorio; deducible exonerado	40% después del deducible
---	---	---------------------------

<b>Mamografías de rutina</b> Para mujeres con cobertura, de 40 años de edad y mayores	Copago de \$25 por visita al consultorio; deducible exonerado	40% después del deducible
--	---	---------------------------

<b>Examen de tacto rectal de rutina/Prueba de antígeno específico prostático</b> Para varones con cobertura, de 40 años de edad y mayores	El costo compartido del miembro se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta; deducible exonerado.	El costo compartido del miembro se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta; después del deducible.
--	---	---



**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN  
 ADMINISTRADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

<b>Examen de cáncer colorrectal</b> Para todos los miembros de 50 años de edad y mayores	El costo compartido del miembro se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta; deducible exonerado.	El costo compartido del miembro se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta; después del deducible.
<b>Examen rutinario de ojos</b>  1 examen de rutina cada 12 meses.	Copago de \$ 50 después de deducible	40% después del deducible
<b>Examen rutinario de audición</b>  1 examen de rutina cada 12 meses.	Copago de \$ 50 después de deducible	40% después del deducible
<b>ATENCIÓN MÉDICA</b>	<b>ATENCIÓN PREFERIDA</b>	<b>ATENCIÓN NO PREFERIDA</b>
<b>Visitas al consultorio del médico de cuidado primario (PCP)</b> Incluye servicios de un internista, médico general, médico de familia o pediatra.	Copago de \$25 por visita al consultorio; deducible exonerado	40% después del deducible
<b>Visitas al consultorio de especialista</b>	Copago de \$50 por visita al consultorio; deducible exonerado	40% después del deducible
<b>Pruebas de alergias</b>	Cubierto como visita al consultorio de PCP o de especialista; deducible exonerado	40% después del deducible
<b>Inyecciones para alergias</b>	Cubierto como visita al consultorio de PCP o de especialista después del deducible	40% después del deducible
<b>PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO</b>	<b>ATENCIÓN PREFERIDA</b>	<b>ATENCIÓN NO PREFERIDA</b>
<b>Laboratorio de diagnóstico y Rayos X</b> Si los estudios son practicados como parte de la visita al consultorio del médico y facturados por éste, los gastos están cubiertos según el costo compartido del miembro aplicable a la visita al consultorio.	20% después del deducible	40% después del deducible
<b>ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA</b>	<b>ATENCIÓN PREFERIDA</b>	<b>ATENCIÓN NO PREFERIDA</b>
<b>Proveedor de atención urgente</b> (La disponibilidad de beneficios puede variar según la localidad.)	20% después de copago de \$50; deducible exonerado	40% después del deducible
<b>Uso no urgente de un proveedor de atención urgente</b>	No está cubierto.	No está cubierto.
<b>Sala de emergencias</b>	20% después de copago de \$150; deducible exonerado	Tiene igual cobertura que la atención preferida; después del deducible.
<b>Atención que no es de emergencia en sala de emergencias</b>	No está cubierto.	No está cubierto.
<b>Ambulancia</b>	20% después del deducible	40% después del deducible
<b>ATENCIÓN EN HOSPITAL</b>	<b>ATENCIÓN PREFERIDA</b>	<b>ATENCIÓN NO PREFERIDA</b>
<b>Cobertura de hospitalización</b>  El costo compartido del miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos incurridos durante la estadía de dicho miembro en el hospital.	Del 20% después de \$ 250 por el confinamiento de copago después del	40%
<b>Cobertura hospitalaria por maternidad</b>  El costo compartido del miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos incurridos durante la estadía de dicho miembro en el hospital.	Del 20% después de \$ 250 por el confinamiento de copago después del	40%
<b>Cirugía ambulatoria</b>	20% después del deducible	40% después del deducible
<b>Gastos de hospital ambulatorios</b> (excluyendo cirugía) El costo compartido del miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos incurridos durante la visita ambulatoria de dicho miembro.	20% después del deducible	40% después del deducible



DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN  
ADMINISTRADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

---

<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b>	<b>ATENCIÓN PREFERIDA</b>	<b>ATENCIÓN NO PREFERIDA</b>
<b>En hospital</b>	20%	40%

---

El costo compartido del miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos incurridos durante la estadía de dicho miembro en el hospital.

---

<b>Ambulatorio</b>	Copago de \$ 50 después de	40%
--------------------	----------------------------	-----

---



DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN  
 ADMINISTRADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

El costo compartido del miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos incurridos durante la visita ambulatoria de dicho miembro.

SERVICIOS POR ABUSO DE DROGAS O ALCOHOL	ATENCIÓN PREFERIDA	ATENCIÓN NO PREFERIDA
<b>En hospital</b>	Copago de \$ 50 después de deducible	40%

El costo compartido del miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos incurridos durante la estadía de dicho miembro en el hospital.

<b>Ambulatorio</b>	Copago de \$ 50 después de deducible	40% después del deducible
--------------------	--------------------------------------	---------------------------

El costo compartido del miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos incurridos durante la visita ambulatoria de dicho miembro.

OTROS SERVICIOS	ATENCIÓN PREFERIDA	ATENCIÓN NO PREFERIDA
<b>Centros de convalecencia</b>	20% después del deducible	40% después del deducible

Limitado a 100 días por año calendario

El costo compartido del miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos incurridos durante la estadía de dicho miembro en el hospital.

<b>Atención domiciliaria</b>	Cobertura del 100% después del deducible	40% después del deducible
------------------------------	--	---------------------------

Limitado a 120 visitas por año calendario. Incluye servicio privado de enfermería; limitado a 70 turnos de ocho horas por año calendario.

Cada visita de enfermera o terapeuta se considera una visita. Cada visita de hasta 4 horas de atención domiciliaria se considera una visita.

<b>Atención en hospicio - Internado</b>	20% después del deducible	40% después del deducible
---	---------------------------	---------------------------

Limitado a 30 días de por vida

El costo compartido del miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos incurridos durante la estadía de dicho miembro en el hospital.

<b>Atención en hospicio - Ambulatorio</b>	20% después del deducible	40% después del deducible
---	---------------------------	---------------------------

Hasta un beneficio máximo de \$5,000

El costo compartido del miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos incurridos durante la visita ambulatoria de dicho miembro.

<b>Rehabilitación ambulatoria a corto plazo</b>	Del 20% después del copago de \$ 50 después de deducible	40% después del deducible
---	--	---------------------------

IDiscurso-20 visitas por año calendario  
 Ocupacional y Terapia Física-40 calendario de visitas por año como máximo  
 La manipulación espinal Terapia-26 máx visita el año calendario

<b>Outpatient Physical and Occupational Therapy</b>		
---	--	--

Limited to 25 visits per calendar year combined.

<b>Spinal Manipulation Therapy</b>		
------------------------------------	--	--

Limited to 20 visits per calendar year

<b>Equipo médico duradero</b>	20% después del deducible	40% después del deducible
<b>Suministros para diabéticos</b>	Tiene igual cobertura que otros gastos médicos; después del deducible.	Tiene igual cobertura que otros gastos médicos; después del deducible.

<b>Medicamentos y dispositivos contraceptivos que no se consiguen en farmacias (Incluye cobertura de visitas para contracepción.)</b>	20%(de pago como cualquier otro gasto cubierto de otro tipo) después del deducible	40%(de pago como cualquier otro gasto cubierto de otro tipo) después del deducible
---	--	--



DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN  
 ADMINISTRADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

<b>Trasplantes</b>	La cobertura no preferida del 20% es proporcionada en un centro IOE; después del deducible.	La cobertura no preferida del 40% es proporcionada en un centro no IOE; después del deducible.
<b>Boca, mandíbulas y dientes</b> (procedimientos de cirugía oral, ya sea de naturaleza médica o dental)	El costo compartido del miembro se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta; después del deducible.	40% después del deducible
<b>Dependientes fuera del área</b>	Cobertura proporcionada en el nivel de beneficios no preferidos del plan; después del deducible.	
<b>PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b>	<b>ATENCIÓN PREFERIDA</b>	<b>ATENCIÓN NO PREFERIDA</b>
<b>Tratamiento de infertilidad</b>	El costo compartido del miembro se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta; después del deducible.	El costo compartido del miembro se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta; después del deducible.
Diagnóstico y tratamiento de la condición médica subyacente		
<b>Esterilización voluntaria</b> Incluyendo ligadura de trompas y vasectomía	El costo compartido del miembro se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta; después del deducible.	El costo compartido del miembro se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta; después del deducible.
<b>FARMACIA</b>	<b>ATENCIÓN PREFERIDA</b>	<b>ATENCIÓN NO PREFERIDA</b>
<b>Al por menor</b>	Copago de \$10 para medicamentos genéricos, copago de \$35 para medicamentos de formulario de marca, y copago de \$55 para medicamentos de marca fuera del formulario, hasta 30 días de suministro en farmacias participantes	No está cubierto.
<b>Orden por correo</b>	Copago de \$20 para medicamentos genéricos, copago de \$70 para medicamentos de formulario de marca y copago de \$110 para medicamentos de marca fuera del formulario, hasta un suministro de 31 a 90 días de Aetna Rx Home Delivery®	No aplica.
<b>Autoinyectables administrados en farmacia (PMSI, por sus siglas en inglés)</b>		
La primera receta se completa en cualquier centro de medicamentos al por menor o de orden por correo. Posteriormente, las recetas deben completarse a través de Aetna Speciality Pharmacy®		
<b>Genérico no obligatorio (No MG)</b> - El miembro es responsable de pagar solamente el copago aplicable.		
<b>El plan incluye:</b> medicamentos y dispositivos contraceptivos que se consiguen en farmacias, medicamentos orales para la fertilidad, suministros para diabéticos.		
Se incluye precertificación para hormonas de crecimiento.		
<b>Máximo desembolso anual para medicamentos con receta</b>	Individual Familiar	No está cubierto.



DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN  
ADMINISTRADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

---

**PROVISIONES GENERALES**

---

**Elegibilidad de dependientes** Cónyuge, hijos desde que nacen hasta los 19 años de edad, o hasta los 25 si estudian.

---

**Exclusión de condiciones preexistentes** En la fecha de vigencia: exonerada  
Después de la fecha de vigencia: se pueden aplicar

Este plan impone una exclusión de condición preexistente, que puede ser exonerada en algunas circunstancias y puede no aplicarse a su caso. Una exclusión de condición preexistente significa que si usted tiene una condición antes de su ingreso en este plan, es posible que deba esperar cierto período de tiempo antes de que el plan le proporcione cobertura para esa enfermedad. Esta exclusión se aplica sólo a aquellas condiciones para las cuales se recomendó o recibió asesoramiento, diagnóstico, atención o tratamiento médico, o por las cuales el individuo consumió medicamentos con receta dentro de los 90 días. Generalmente, este período termina el día antes de que su cobertura entre en vigencia. Sin embargo, si usted tuvo un período de espera para la cobertura, los 90 días finalizan el día anterior a que comience el período de espera. El período de exclusión, si se aplica, puede durar hasta 365 días a partir de su primer día de cobertura o, si tuvo un período de espera, a partir del primer día de su período de espera. Si usted tenía cobertura comprobable anterior dentro de los 90 días inmediatamente previos a su fecha de inscripción en este plan, entonces la exclusión de condiciones preexistentes de su plan, si la hubiera, será exonerada.

Si usted no tenía cobertura comprobable anterior dentro de los 90 días previos a su fecha de inscripción (ya sea porque no tenía cobertura anterior o porque hubo un lapso mayor de 90 días desde la fecha de finalización de su cobertura anterior hasta su fecha de inscripción), aplicaremos la exclusión de condiciones preexistentes de su plan. A fin de reducir o en lo posible eliminar su período de exclusión en base a su cobertura comprobable, debe proporcionarnos una copia de cualquier certificado de cobertura comprobable que usted tenga. Por favor comuníquese con Servicio a Miembros de Aetna al 1-888-982-3862 si necesita asistencia para obtener un certificado de cobertura comprobable de su aseguradora anterior, o si tiene preguntas acerca de la información indicada anteriormente. La exclusión de condición preexistente no se aplica a embarazo ni al hijo inscrito en el plan dentro de los 31 días del nacimiento, la adopción o la colocación en adopción. Nota: Para las personas inscritas fuera de plazo, la cobertura se demorará hasta el siguiente período abierto de inscripción del plan, y la exclusión de condición preexistente se aplicará a partir de la fecha de vigencia de la cobertura del individuo.

---

Este plan no cubre todos los gastos del cuidado de su salud e incluye exclusiones y limitaciones. Los miembros deben consultar los documentos de su plan para determinar cuáles servicios de salud están cubiertos y en qué medida. La siguiente es una lista parcial de servicios y suministros que en general no están cubiertos. Sin embargo, los documentos de su plan pueden contener excepciones a esta lista, basadas en mandatos estatales, en el diseño del plan o en las opciones adicionales adquiridas por su empleador.

Todos los servicios médicos u hospitalarios que no están cubiertos específicamente en los documentos del plan, o que han sido limitados o excluidos de éstos. Gastos relacionados con cualquier tipo de cirugía ocular cuyo propósito principal sea la corrección de un defecto de refracción. Cirugía cosmética, incluyendo reducción del seno. Cuidado de custodia. Atención dental y radiografías dentales. Extracción de ovocitos a donante. Procedimientos experimentales y en investigación. Audífonos. Vacunas para viajes o empleos. Servicios para la infertilidad incluyendo, pero sin limitarse a éstos, la inseminación artificial y tecnologías reproductivas de avanzada tales como IVF, ZIFT, GIFT, ICSI y otros servicios relacionados, a menos que figuren específicamente como cubiertos en los documentos de su plan.

Servicios o suministros médicamente innecesarios. Ortótica. Medicamentos y suministros de venta libre. Reversión de esterilización. Servicios para el tratamiento de disfunción o insuficiencias sexuales incluyendo terapia, suministros o consejería; y servicio especial de enfermería. Servicios para el control de peso, incluyendo procedimientos quirúrgicos, tratamientos médicos, programas de pérdida/control de peso, regímenes y suplementos alimenticios, supresores del apetito y otras medicaciones; alimentos o suplementos alimentarios, programas de ejercicios, equipos de ejercicios u otros equipos; y otros servicios y suministros cuya intención principal es controlar el peso o tratar la obesidad, incluyendo la obesidad mórbida, o cuyo propósito es reducir el peso, sin importar la existencia de condiciones comórbidas.



DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN  
ADMINISTRADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

---

Este material tiene solamente propósitos informativos y no constituye una oferta de cobertura ni consejería médica. Éste contiene sólo una descripción parcial y general de beneficios de planes o programas, y no constituye un contrato. Aetna no proporciona servicios de salud y, consecuentemente, no puede garantizar ningún resultado ni prever ninguna consecuencia. Consulte los documentos del plan (por ejemplo, Certificado de Seguro de Grupo y/o Póliza de Grupo) para determinar las estipulaciones contractuales que rigen, incluyendo los procedimientos, exclusiones y limitaciones relacionados con el plan. Con excepción de Aetna Rx Home Delivery, todos los prestadores y proveedores preferidos son contratistas independientes de práctica privada y no son empleados ni agentes de Aetna ni de sus afiliadas. Aetna Rx Home Delivery, LLC es una subsidiaria de Aetna Inc. No se puede garantizar la disponibilidad de algún proveedor en particular y la composición de la red de proveedores está sujeta a cambios sin previo aviso.

Algunos beneficios están sujetos a limitaciones o máximo de visitas. Ciertos servicios requieren precertificación o aprobación previa de la cobertura. La omisión de la precertificación de estos servicios puede ocasionar una reducción sustancial de los beneficios o la negación de la cobertura. Entre algunos de los beneficios que requieren precertificación pueden estar incluidos, pero sin limitarse a ellos, la hospitalización, la hospitalización por salud mental, la enfermería especializada en hospital, la cirugía ambulatoria, y los servicios por abuso de sustancias (desintoxicación, rehabilitación ambulatoria y en hospital). Cuando el proveedor preferido del miembro está coordinando la atención, el proveedor preferido obtendrá la precertificación. Cuando el miembro utiliza un proveedor no preferido, el miembro debe obtener la precertificación. Los requerimientos para la precertificación pueden variar. Dependiendo del plan seleccionado, los nuevos medicamentos con receta que no han sido revisados todavía por nuestro comité de revisión farmacéutica están disponibles en planes con formulario abierto, o excluidos de cobertura a menos que se obtenga una excepción médica según los planes que usen un formulario cerrado.

También pueden estar sujetos a precertificación o terapia escalonada. Los medicamentos sin receta y los que se incluyen en la sección de Limitaciones y Exclusiones de los documentos del plan (recibidos después de la inscripción abierta) no están cubiertos, y no hay excepciones médicas disponibles para ellos. Aunque creemos que esta información es correcta en la fecha de publicación, está sujeta a cambios.

Los planes son administrados por Aetna Life Insurance Company.