



DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
 ADMINISTRADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN	ATENCIÓN PREFERIDA		ATENCIÓN NO PREFERIDA	
--------------------------	--------------------	--	-----------------------	--

Deducible (por año calendario)	\$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 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.

Coseguro del miembro	20%	40%
-----------------------------	-----	-----

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

Límite de pago (por año calendario)	\$3,500	Individual	\$7,000	Individual
	\$10,500	Familiar	\$21,000	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.

Máximo de por vida	\$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.

Selección de médico de cuidado primario	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.

Requerimiento de remisión	Ninguno	Ninguno
----------------------------------	---------	---------

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

Exámenes físicos de rutina a adultos/vacunas	20%, deducible exonerado	No está cubierto.
---	--------------------------	-------------------

1 examen cada 12 meses para miembros de 18 a 65 años de edad; 1 examen cada 12 meses para adultos de 65 años y mayores.

Exámenes de rutina a niños sanos (Well Child)/vacunas	20%, deducible exonerado	No está cubierto.
--	--------------------------	-------------------

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.

Exámenes de atención ginecológica de rutina	20%, deducible exonerado	40% después del deducible
--	--------------------------	---------------------------

Incluye exámenes de rutina y costos de laboratorio asociados.

Mamografías de rutina	Cobertura del 100%; deducible exonerado	40% después del deducible
------------------------------	---	---------------------------

Para mujeres con cobertura, de 40 años de edad y mayores

Examen de tacto rectal de rutina/Prueba de antígeno específico prostático	El costo compartido del miembro se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta; deducible exonerado.	No está cubierto.
--	---	-------------------

Para varones con cobertura, de 40 años de edad y mayores



DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
 ADMINISTRADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

Examen de cáncer colorrectal 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.	No está cubierto.
Examen rutinario de ojos 1 examen de rutina cada 12 meses.	20% después del deducible	40% después del deducible
Examen rutinario de audición 1 examen de rutina cada 12 meses.	20% después del deducible	40% después del deducible
ATENCIÓN MÉDICA	ATENCIÓN PREFERIDA	ATENCIÓN NO PREFERIDA
Visitas al consultorio del médico de cuidado primario (PCP) Incluye servicios de un internista, médico general, médico de familia o pediatra.	20%, deducible exonerado	40% después del deducible
Visitas al consultorio de especialista	20%, deducible exonerado	40% después del deducible
Pruebas de alergias	Cubierto como visita al consultorio de PCP o de especialista; deducible exonerado	40% después del deducible
Inyecciones para alergias	Cubierto como visita al consultorio de PCP o de especialista después del deducible	40% después del deducible
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO	ATENCIÓN PREFERIDA	ATENCIÓN NO PREFERIDA
Laboratorio de diagnóstico y Rayos X 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
ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA	ATENCIÓN PREFERIDA	ATENCIÓN NO PREFERIDA
Proveedor de atención urgente (La disponibilidad de beneficios puede variar según la localidad.)	20%, deducible exonerado	40% después del deducible
Uso no urgente de un proveedor de atención urgente	No está cubierto.	No está cubierto.
Sala de emergencias	20%, deducible exonerado	Tiene igual cobertura que la atención preferida; después del deducible.
Atención que no es de emergencia en sala de emergencias	No está cubierto.	No está cubierto.
Ambulancia	20% después del deducible	40% después del deducible
ATENCIÓN EN HOSPITAL	ATENCIÓN PREFERIDA	ATENCIÓN NO PREFERIDA
Cobertura de hospitalización El costo compartido del miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos incurridos durante la estadía de dicho miembro en el hospital.	20% después del deducible	40% después del deducible
Cobertura hospitalaria por maternidad El costo compartido del miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos incurridos durante la estadía de dicho miembro en el hospital.	20% después del deducible	40% después del deducible
Cirugía ambulatoria	20% después del deducible	40% después del deducible
Gastos de hospital ambulatorios (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
SERVICIOS DE SALUD MENTAL	ATENCIÓN PREFERIDA	ATENCIÓN NO PREFERIDA
En hospital El costo compartido del miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos incurridos durante la estadía de dicho miembro en el hospital.	20% después del deducible	40% después del deducible
Ambulatorio	20% después del deducible	40% después del deducible



Brand Services, LLC
Fecha de vigencia propuesta: 01-01-2010
Opción C
Aetna Choice™ POS II - ASC

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.



DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
 ADMINISTRADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

SERVICIOS POR ABUSO DE DROGAS O ALCOHOL	ATENCIÓN PREFERIDA	ATENCIÓN NO PREFERIDA
En hospital El costo compartido del miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos incurridos durante la estadía de dicho miembro en el hospital.	20% después del deducible	40% después del deducible
Ambulatorio 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
OTROS SERVICIOS	ATENCIÓN PREFERIDA	ATENCIÓN NO PREFERIDA
Centros de convalecencia 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.	20% después del deducible	40% después del deducible
Atención domiciliaria Ilimitado. Sobre la base de la necesidad médica.	Cobertura del 100% después del deducible	40% después del deducible
Atención en hospicio - Internado 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.	20% después del deducible	40% después del deducible
Atención en hospicio - Ambulatorio 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.	20% después del deducible	40% después del deducible
Rehabilitación ambulatoria a corto plazo Discurso-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	20% después del deducible	40% después del deducible
Equipo médico duradero	20% después del deducible	40% después del deducible
Suministros para diabéticos	Tiene igual cobertura que otros gastos médicos; después del deducible.	Tiene igual cobertura que otros gastos médicos; después del deducible.
Medicamentos y dispositivos contraceptivos que no se consiguen en farmacias (Incluye cobertura de visitas para contracepción.)	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
Trasplantes	La cobertura preferida del 20% es proporcionada únicamente en un centro contratado IOE (Institutos de Excelencia, por sus siglas en inglés); después del deducible.	La cobertura no preferida del 40% es proporcionada en un centro no IOE; después del deducible.
Boca, mandíbulas y dientes (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
Dependientes fuera del área	Cobertura proporcionada en el nivel de beneficios no preferidos del plan; después del deducible.	



DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
 ADMINISTRADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

PLANIFICACIÓN FAMILIAR	ATENCIÓN PREFERIDA	ATENCIÓN NO PREFERIDA
Tratamiento de infertilidad	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		
Esterilización voluntaria 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.
FARMACIA	ATENCIÓN PREFERIDA	ATENCIÓN NO PREFERIDA
Al por menor	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.
Orden por correo	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.
Autoinyectables administrados en farmacia (PMSI, por sus siglas en inglés)		
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®		
Genérico no obligatorio (No MG) - El miembro es responsable de pagar solamente el copago aplicable.		
El plan incluye: medicamentos y dispositivos contraceptivos que se consiguen en farmacias, medicamentos orales para la fertilidad, suministros para diabéticos.		
Se incluye precertificación para hormonas de crecimiento.		
Máximo desembolso anual para medicamentos con receta	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.