

**PLAN DESIGN & BENEFITS
 PROVIDED BY AETNA HEALTH OF CALIFORNIA INC. - FULL RISK**

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN	DENTRO DE LA RED
<p>Limitaciones de beneficios: Algunos servicios o suministros tienen límites por año. Es posible que exista una cantidad máxima de visitas o días, o un límite en dólares por año. En esos casos, el año de beneficios comenzará el 1.o de enero (a menos que se indique lo contrario). Consulte los documentos de su plan para obtener más información.</p>	
Deducible (por año calendario)	\$1,500 por persona \$3,000 por familia
<p>Primero debe alcanzar el deducible antes de que el plan comience a pagar los beneficios, a menos que se indique lo contrario.</p> <p>El monto que paga (costo compartido) por algunos servicios médicos no se tiene en cuenta para alcanzar el deducible. Los costos de los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para alcanzar el deducible. Consulte los documentos de su plan para obtener más detalles.</p> <p>Su familia tendrá un deducible. Usted alcanzará ese deducible cuando los gastos de varios miembros de la familia se acumulen para el deducible familiar. Ninguna persona tendrá que pagar más que el monto del deducible individual.</p>	
Límite de desembolso (por año calendario)	\$3,000 por persona \$6,000 por familia
<p>Es posible que algunos de sus costos compartidos no se tengan en cuenta para el límite de desembolso. Los gastos de farmacia se tienen en cuenta para su límite de desembolso. Los gastos dentro de la red incluyen coseguro o copagos, y deducibles. Su familia tendrá un límite de desembolso. Usted alcanzará ese límite cuando los gastos de varios miembros de la familia se acumulen para el límite de desembolso familiar. Ninguna persona tendrá que pagar más que el monto del límite de desembolso.</p>	
Máximo de por vida	Sin límite, excepto donde se indique lo contrario.
Selección de médico de cuidado primario	Requerido
Requerimiento de remisión	Necesitará una remisión del médico de cuidado primario para obtener la mayoría de los servicios dentro de la red.
<p>Consultas de telesalud: Puede obtener acceso a servicios cubiertos para visitas de telesalud de diferentes tipos de proveedores de su plan. Inicie sesión en Aetna.com para consultar la lista de proveedores de telesalud. También encontrará más información sobre sus opciones, incluidos los montos de costos compartidos.</p>	
ATENCIÓN PREVENTIVA	DENTRO DE LA RED
Exámenes físicos de rutina a adultos/vacunas	Cobertura del 100 %; sin deducible
1 examen cada 12 meses	
Exámenes de rutina a niños sanos (Well Child)	Cobertura del 100 %; sin deducible
<ul style="list-style-type: none"> • 7 exámenes en los primeros 12 meses • 3 exámenes de 13 a 24 meses de edad • 3 exámenes de 25 a 36 meses de edad • 1 examen cada 12 meses a partir de entonces hasta los 22 años 	
Vacunas de la infancia	Cobertura del 100 %; sin deducible
Exámenes de atención ginecológica de rutina	Cobertura del 100 %; sin deducible
1 examen y prueba de PAP por año, incluidas la prueba de detección del VPH y costos relacionados	
Mamografía de rutina	Cobertura del 100 %; sin deducible
Se recomienda 1 por año para miembros mayores de 40 años de edad.	

**PLAN DESIGN & BENEFITS
PROVIDED BY AETNA HEALTH OF CALIFORNIA INC. - FULL RISK**

Salud de la mujer	Cobertura del 100 %; sin deducible
Incluye examen de diabetes gestacional; prueba de ADN del VPH (virus del papiloma humano); asesoramiento para infecciones de transmisión sexual; asesoramiento y examen del virus de inmunodeficiencia humana; asesoramiento y evaluación para violencia doméstica e interpersonal; apoyo, suministros y asesoramiento relacionados con el amamantamiento.	
También se incluye lo siguiente: métodos anticonceptivos (anticonceptivos exigidos por la ACA, incluidos los anticonceptivos y los dispositivos que no se pueden obtener en una farmacia), procedimientos de esterilización (incluida la ligadura de trompas), educación y asesoramiento para el paciente. Pueden aplicarse límites.	
Atención prenatal	Cobertura del 100 %; sin deducible
Examen de tacto rectal de rutina/Prueba de antígeno específico prostático	Cobertura del 100 %; sin deducible
Se recomienda para miembros mayores de 40 años de edad.	
Examen de cáncer colorectal	Cobertura del 100 %; sin deducible
Se recomienda para todos los miembros a partir de los 45 años de edad. Aplican límites de frecuencia.	
Examen rutinario de ojos	No está cubierto.
Acceso directo a proveedores participantes sin remisión	
Examen rutinario de audición	Cobertura del 100 %; sin deducible
ATENCIÓN MÉDICA	DENTRO DE LA RED
Visitas al médico de cuidado primario	Copago de \$30 por visita al consultorio; sin deducible
Incluye servicios de un internista, médico general, médico de familia o pediatra.	
Consulta de telesalud con un proveedor no especialista	Copago de \$30 por visita al consultorio; sin deducible
Visitas al consultorio de especialista	Copago de \$50 por visita al consultorio; sin deducible
Consulta de telesalud con un proveedor especialista	Copago de \$50 por visita al consultorio; sin deducible
Clínicas sin cita previa	Copago de \$30, sin deducible
Las clínicas sin cita previa son centros de cuidado de salud independientes. Pueden encontrarse en una farmacia, una tienda de productos generales y de farmacia, un supermercado o en otra tienda al por menor. Ofrecen algunos cuidados y servicios médicos limitados.	
Clínicas que no son sin cita previa: centros de cuidado de urgencia, salas de emergencias, el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital, centros de cirugía ambulatoria y consultorios médicos.	
Pruebas de alergias	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
Inyecciones para alergias	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe. Cobertura del 100 % cuando no se cobra la visita al consultorio.
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO	DENTRO DE LA RED
Rayos X para diagnóstico (Distintos de servicios de imágenes complejas)	20 %, después del deducible
Cuando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio.	
Laboratorio de diagnóstico	20 %, después del deducible
Cuando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio.	

PLAN DESIGN & BENEFITS
PROVIDED BY AETNA HEALTH OF CALIFORNIA INC. - FULL RISK

Servicios de imágenes complejas para diagnóstico	20 %, después del deducible
Cuando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio.	
ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA	DENTRO DE LA RED
Proveedor de atención urgente	Copago de \$100 por visita al consultorio; sin deducible
Uso no urgente de un proveedor de atención urgente	No está cubierto.
Sala de emergencias	Copago de \$200; sin deducible
Copago exonerado si hay admisión.	
Atención que no es de emergencia en sala de emergencias	No está cubierto.
Uso de ambulancia en casos de emergencia	Copago de \$200; sin deducible
Uso de ambulancia en casos que no son de emergencia	No está cubierto.
ATENCIÓN EN HOSPITAL	DENTRO DE LA RED
Cobertura de hospitalización	20 %, después del deducible
Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	
Cobertura hospitalaria por maternidad (incluye atención durante el parto y después de este)	\$30 por servicios del médico para maternidad; sin deducible; 20 % para servicios del centro después del deducible
Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	
Atención ambulatoria en hospital	20 %, después del deducible
Cuando recibe cuidado ambulatorio en un hospital, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	
SERVICIOS DE SALUD MENTAL	DENTRO DE LA RED
Internación por salud mental	20 % por admisión después del deducible
Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	
Visitas al consultorio por salud mental	Copago de \$30, sin deducible
Consultas de telesalud sobre salud mental	Copago de \$30 por visita al consultorio; sin deducible
Otros servicios de salud mental	Cobertura del 100 %; sin deducible
Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	
ABUSO DE SUSTANCIAS	DENTRO DE LA RED
En hospital	20 %, después del deducible
Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	
Centros residenciales de tratamiento	20 %, después del deducible
Si lo ingresan en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	

**PLAN DESIGN & BENEFITS
 PROVIDED BY AETNA HEALTH OF CALIFORNIA INC. - FULL RISK**

Visitas al consultorio por abuso de sustancias	Copago de \$30, sin deducible
Consultas de tele salud sobre abuso de sustancias	Copago de \$30 por visita al consultorio; sin deducible
Otros servicios por abuso de sustancias	Cobertura del 100 %; sin deducible
Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	
SERVICIOS DE TERAPIA	DENTRO DE LA RED
Terapia de manipulación de columna vertebral	Copago de \$15; sin deducible
Limitado a 30 visitas por año Acceso directo a proveedores participantes sin remisión	
Rehabilitación ambulatoria a corto plazo	Copago de \$50; sin deducible
Incluye terapia del habla, física y ocupacional.	
Terapia física para habilitación	Consulte el beneficio de salud mental del comportamiento en servicios ambulatorios de salud mental.
Terapia ocupacional para habilitación	Consulte el beneficio de salud mental del comportamiento en servicios ambulatorios de salud mental.
Terapia del habla para habilitación	Consulte el beneficio de salud mental del comportamiento en servicios ambulatorios de salud mental.
Terapia física relacionada con el autismo	Consulte el beneficio de salud mental del comportamiento en servicios ambulatorios de salud mental.
Terapia ocupacional relacionada con el autismo	Consulte el beneficio de salud mental del comportamiento en servicios ambulatorios de salud mental.
Terapia del habla relacionada con el autismo	Consulte el beneficio de salud mental del comportamiento en servicios ambulatorios de salud mental.
Terapia de salud emocional y psicológica relacionada con el autismo	Consulte el beneficio de salud mental del comportamiento en servicios ambulatorios de salud mental.
Estos beneficios se combinan con visitas de salud mental ambulatorias.	
Análisis aplicado del comportamiento relacionado con el autismo	Consulte el beneficio de salud mental del comportamiento en otros servicios de salud mental ambulatoria.
Sus beneficios para estos servicios son los mismos que cualquier otro beneficio de salud mental ambulatorio descrito en "Otros servicios".	
OTROS SERVICIOS	DENTRO DE LA RED
Centro de enfermería especializada	20 %, después del deducible
Limitado a 120 días por año Si lo ingresan en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	
Atención domiciliaria	Copago de \$50; sin deducible
Limitado a 120 visitas por año. Se limita a tres visitas por día por parte del personal de una agencia de cuidado de salud en el hogar. Una visita equivale a un período de cuatro horas o menos.	

**PLAN DESIGN & BENEFITS
PROVIDED BY AETNA HEALTH OF CALIFORNIA INC. - FULL RISK**

Servicio privado de enfermería	Copago de \$50; sin deducible
Limitado a 60 turnos de ocho horas por año	
Consideramos cada período de hasta 8 horas como un turno de servicio privado de enfermería.	
Atención en hospicio - Internado	20 %, después del deducible
Si lo ingresan en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	
Atención en hospicio - Ambulatorio	20 %, después del deducible
Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	
Equipo médico duradero	20 %, después del deducible
Prótesis	Cobertura del 100 %; después del deducible
Ortótica	Cobertura del 100 %; después del deducible
La ortótica y el calzado especial están cubiertos para personas con deformación del pie.	
Suministros para diabéticos (si no están cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta)	Tiene igual cobertura que otros gastos médicos.
Usted paga el costo compartido de sus medicamentos con receta si tiene cobertura de medicamentos con receta. De lo contrario, paga el costo compartido de la visita al médico de cuidado primario.	
Terapia de infusión Suministrada en el domicilio o en el consultorio médico	Copago de \$50; sin deducible
Terapias de infusión (en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro independiente)	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
Audífonos	20 %, después del deducible
Limitado a \$1,000 por oído por año	
Trasplantes	20 %, después del deducible
La cobertura dentro de la red solo está disponible en los centros contratados IOE (Institutes of Excellence™).	
Cirugía bariátrica	20 % por admisión después del deducible
Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	
Acupuntura	Copago de \$15; sin deducible
Limitado a 20 visitas por año.	
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	DENTRO DE LA RED
Tratamiento de infertilidad	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
Tienes cobertura para la inseminación artificial y el diagnóstico y tratamiento de la causa subyacente de la infertilidad.	
Tecnología reproductiva de avanzada (ART)	No está cubierto.
Fertilización in vitro, transferencia intrafalopiana de cigotos, transferencia intrafalopiana de gametos, transferencia de embriones criopreservados, inyección de esperma intracitoplasmática o microcirugía de óvulos.	
Preservación de la fertilidad	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
La cobertura incluye criopreservación y almacenamiento para tratar la esterilidad iatrogénica	
La esterilidad iatrogénica puede ocurrir como resultado de ciertos tipos de tratamiento médico.	

**PLAN DESIGN & BENEFITS
PROVIDED BY AETNA HEALTH OF CALIFORNIA INC. - FULL RISK**

Vasectomía	Cobertura del 100 %; sin deducible
Ligadura de trompas	Cobertura del 100 %; sin deducible
BENEFICIOS POR MEDICAMENTOS CON RECETA	DENTRO DE LA RED
Tipo de plan de farmacia	Plan de control avanzado - Aetna: California
Límite de desembolso para medicamentos con receta	Los gastos de medicamentos con receta se aplican al límite de desembolso médico.
Medicamentos genéricos	
Al por menor	Copago de \$20
Orden por correo	Copago de \$50
Medicamentos de marca preferidos	
Al por menor	Copago de \$40
Orden por correo	Copago de \$100
Medicamentos de marca no preferidos	
Al por menor	30 % Máximo de \$100
Orden por correo	30 % Máximo de \$250
Farmacia (requisitos y suministros por día)	
Al por menor	1 vez el copago al por menor para 30 días de suministro, 2.5 veces el copago al por menor para un suministro de 31 a 60 días de la red nacional de Aetna.
Orden por correo	Puede obtener un suministro de 31 a 90 días de CVS Caremark® Mail Service Pharmacy.
De especialidad	Puede obtener un suministro de medicamentos de especialidad de hasta 30 días. Puede abastecer la primera receta en cualquier farmacia al por menor o de especialidad. Posteriormente, las recetas deben abastecerse a través de nuestra red preferida de farmacias de especialidad. Lista para asegurados de Aetna de Advanced Control Formulary

Su plan de medicamentos con receta también incluye:

- Suministros para diabéticos
- Copago máximo de \$25 por abastecimiento, por un suministro de 30 días de insulina incluida en el Formulario
- Medicamentos con receta para perder peso.
- Medicamentos para la disfunción sexual, incluida la dosis diaria y 6 comprimidos adicionales por mes para la disfunción eréctil.
- Una lista limitada de medicamentos sin receta cuando se obtienen con una receta.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- Se incluyen medicamentos orales para la fertilidad.
- Se cubren anticonceptivos hasta un suministro de 12 meses. Se aplica la estrategia de copago para anticonceptivos.

Lo siguiente tiene cobertura del 100 % dentro de la red:

- Medicamentos quimioterapéuticos orales.
 - Vacunas estacionales.
 - Vacunas preventivas.
 - Medicamentos preventivos que cumplen con los requisitos según la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA)
- Para obtener una lista completa de los medicamentos con receta que cumplen con los requisitos, visite Aetna.com.

Requisitos de precertificación

Algunos medicamentos con receta cubiertos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos. Algunos medicamentos con receta cubiertos requieren terapia escalonada antes de que los cubramos. Con la terapia escalonada, debe probar primero 1 o más medicamentos antes de que paguemos el medicamento en cuestión. Para obtener la información más actualizada sobre los requisitos de precertificación y la lista de medicamentos que requieren terapia escalonada, consulte los documentos de su plan o visite el sitio web para miembros.

**PLAN DESIGN & BENEFITS
PROVIDED BY AETNA HEALTH OF CALIFORNIA INC. - FULL RISK**

Elija genéricos haciendo caso omiso de la leyenda “DAW” (Dispense As Written, entregar tal como se prescribe): A veces, su médico puede afirmar que usted necesita un medicamento con receta de marca aun cuando hay un genérico disponible. Si es así, usted pagará el copago del medicamento de marca. Si usted solicita un medicamento con receta de marca cuando hay un genérico disponible, pagará el copago del medicamento de marca correspondiente más la diferencia entre el precio del genérico y el del producto de marca.

PROVISIONES GENERALES

Dependientes que cumplen con los requisitos para participar en su plan Cónyuge e hijos desde el nacimiento hasta los 26 años de edad. No importa la condición de estudiante de los hijos.

Exclusiones y limitaciones

Los beneficios de salud y los planes de seguro de salud son ofrecidos o asegurados por Aetna Health of California Inc. Cada compañía de seguros tiene responsabilidad económica absoluta por sus propios productos.

Este material sólo tiene fines informativos. Los planes de beneficios de salud contienen exclusiones y limitaciones.

No todos los servicios de salud están cubiertos. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de beneficios, exclusiones, limitaciones y condiciones de cobertura. Las características y la disponibilidad del plan pueden variar de acuerdo con el lugar y están sujetas a cambio.

Es posible que usted deba pagar todos los costos de los servicios no cubiertos prestados por los proveedores de atención de salud, inclusive en circunstancias en las que haya excedido el límite de beneficios del plan. Los proveedores son contratistas independientes y no son nuestros agentes. La participación de los proveedores puede modificarse sin previo aviso. No proporcionamos atención ni garantizamos acceso a servicios de salud.

La siguiente es una lista 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 o 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 éste
- Cirugía cosmética, incluyendo reducción del seno
- Cuidado de custodia
- Atención dental y radiografías dentales
- Extracción de ovocitos a donante
- Equipo médico duradero
- Procedimientos experimentales y en investigación, excepto para la cobertura de los costos de la atención médica necesaria de rutina a los pacientes miembros que participan en ensayos clínicos contra el cáncer
- Audífonos
- Partos en la casa
- Vacunas para viajes o empleos, salvo que sea médicamente necesario o esté indicado
- Medicamentos implantables y ciertos medicamentos inyectables incluyendo medicamentos inyectables para la infertilidad
- Servicios para la infertilidad incluyendo 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
- Terapia de rehabilitación a largo plazo
- Servicios o suministros médicamente innecesarios
- Ortótica, excepto ortótica diabética



**PLAN DESIGN & BENEFITS
PROVIDED BY AETNA HEALTH OF CALIFORNIA INC. - FULL RISK**

- Medicamentos con receta en casos ambulatorios (excepto para el tratamiento de la diabetes), excepto que estén cubiertos por una opción adicional de medicamentos con receta y de venta libre (excepto cuando se proveen en un hospital) y suministros
- Queratotomía radial o procedimientos relacionados
- Reversión de esterilización
- Servicios para el tratamiento de disfunción o insuficiencias sexuales incluyendo terapia, suministros o consejería
- Servicio especial de enfermería
- Terapias o rehabilitaciones distintas de las que figuran como cubiertas en los documentos del plan
- Tratamiento de trastornos del comportamiento
- 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.

En casos de emergencia, llame al 911 o a su línea directa local para emergencias, o diríjase directamente a un centro de atención de emergencia.

Si requiere la asistencia de un representante que hable su idioma, por favor llame al número de Servicios al Miembro que aparece en su tarjeta de identificación y se le comunicará con la línea de idiomas si es necesario; de lo contrario, puede llamar directamente al 1-888-982-3862 (140 idiomas disponibles. Debe pedir un intérprete). TDD-1-800-628-3323 (sólo para las personas con impedimentos auditivos).

Las características y la disponibilidad del plan pueden variar según la localidad y el tamaño del grupo.

Si desea obtener más información sobre los planes de Aetna, consulte en www.aetna.com. Aunque creemos que este material es correcto en la fecha de elaboración, está sujeto a cambios.

Tanto Aetna como MinuteClinic, LLC (que se encarga del funcionamiento o de la prestación de ciertos servicios de respaldo para la administración de clínicas sin cita previa de MinuteClinic), son parte de la familia de CVS Health.

© 2021 Aetna Inc.