aetna

SARES REGIS OPERATING COMPANY, L.P.
Effective Date: 01-01-2025
OA Managed Choice® POS

PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
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.		
Deducible (por año calendario)	$1,000 por persona $2,000 por familia	$3,000 por persona $6,000 por familia
Los gastos cubiertos se acumulan simultáneamente para su deducible dentro y fuera de la red. Primero debe alcanzar el deducible antes de que el plan comience a pagar los beneficios, a menos que se indique lo contrario. 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. 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.		
Coseguro del miembro	Usted paga el 20 %	Usted paga el 40 %
Se aplica a todos los gastos excepto como se indicó.		
Límite de desembolso (por año calendario)	$3,000 por persona $6,000 por familia	$6,000 por persona $12,000 por familia
Los gastos cubiertos se acumulan simultáneamente para su límite de desembolso dentro y fuera de la red. 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. Los gastos fuera de la red incluyen coseguro y deducibles. No se aplican multas. 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.		
Máximo de por vida		
Sin límite, excepto donde se indique lo contrario.		
Pago por atención fuera de la red**	No aplica.	Profesional: 105 % de Medicare Centro de salud: 140 % de Medicare
Selección de médico de cuidado primario	Se recomienda	No aplica.
Requisitos de precertificación		
Algunos servicios fuera de la red requieren nuestra aprobación por adelantado (precertificación). Si no se obtiene esta aprobación, descontamos $400 del monto de los beneficios. Consulte los documentos de su plan para obtener una lista completa de los servicios que requieren esta aprobación.		
Requerimiento de remisión	No se requiere.	Ninguno
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.		
ATENCIÓN PREVENTIVA	**DENTRO DE LA RED**	**FUERA DE LA RED**
Exámenes físicos de rutina a adultos/vacunas	Cobertura del 100 %; sin deducible	40 %; después del deducible
1 examen cada 12 meses hasta los 65 años de edad; luego 1 examen cada 12 meses después de los 65 años		

PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

Exámenes de rutina a niños sanos (Well Child)/vacunas • 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	Cobertura del 100 %; sin deducible	40 %; después del deducible
Exámenes de atención ginecológica de rutina 1 examen y prueba de PAP por año, incluidas la prueba de detección del VPH y costos relacionados	Cobertura del 100 %; sin deducible	40 %; después del deducible
Mamografía de rutina Se recomienda 1 por año para miembros mayores de 40 años de edad.	Cobertura del 100 %; sin deducible	40 %; después del deducible
Salud de la mujer 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.	Cobertura del 100 %; sin deducible	40 %; después del deducible
Atención prenatal	Cobertura del 100 %; sin deducible	40 %; después del deducible
Examen de tacto rectal de rutina Se recomienda para miembros mayores de 40 años de edad.	Cobertura del 100 %; sin deducible	40 %; después del deducible
Prueba de antígeno específico prostático Se recomienda para miembros mayores de 40 años de edad.	Cobertura del 100 %; sin deducible	40 %; después del deducible
Examen de cáncer colorectal Se recomienda para miembros mayores de 45 años de edad.	Cobertura del 100 %; sin deducible	40 %; después del deducible
Examen rutinario de ojos	No está cubierto.	No está cubierto.
Examen rutinario de audición	Cobertura del 100 %; sin deducible	40 %; después del deducible
ATENCIÓN MÉDICA	**DENTRO DE LA RED**	**FUERA DE LA RED**
Visitas al consultorio de un médico de cuidado primario (PCP) Incluye servicios de un internista, médico general, médico de familia o pediatra.	Copago de $40 por visita al consultorio; sin deducible	40 %; después del deducible
Consulta de telesalud con un proveedor no especialista	Copago de $40 por visita al consultorio; sin deducible	40 %; después del deducible
Visitas al consultorio de especialista	Copago de $75 por visita al consultorio; sin deducible	40 %; después del deducible
Consulta de telesalud con un proveedor especialista	Copago de $75 por visita al consultorio; sin deducible	40 %; después del deducible
Exámenes de audición	No está cubierto.	No está cubierto.
Clínicas sin cita previa 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.	Copago de $40; sin deducible **Clínicas sin cita previa designadas** Cobertura del 100 %; sin deducible	40 %; después del deducible
Pruebas de alergias	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.

PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

Inyecciones para alergias	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO	**DENTRO DE LA RED**	**FUERA DE LA RED**
Rayos X para diagnóstico (Distintos de servicios de imágenes complejas)	20 %, después del deducible	40 %; 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	40 %; después del deducible
Cuando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio.		
Servicios de imágenes complejas para diagnóstico	20 %, después del deducible	40 %; 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**	**FUERA DE LA RED**
Proveedor de atención urgente	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Uso no urgente de un proveedor de atención urgente	No está cubierto.	No está cubierto.
Sala de emergencias	20 %, después del deducible	Igual a la atención dentro de la red
Atención que no es de emergencia en sala de emergencias	No está cubierto.	No está cubierto.
Uso de ambulancia en casos de emergencia	20 %, después del deducible	Igual a la atención dentro de la red
Uso de ambulancia en casos que no son de emergencia	No está cubierto.	No está cubierto.
ATENCIÓN EN HOSPITAL	**DENTRO DE LA RED**	**FUERA DE LA RED**
Cobertura de hospitalización	20 %, después del deducible	40 %; 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)	20 %, después del deducible	40 %; 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	40 %; 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.		
Cirugía ambulatoria – En hospital	20 %, después del deducible	40 %; 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.		

PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

Cirugía ambulatoria - Centro independiente	20 %, después del deducible	40 %; 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**	**FUERA DE LA RED**
En hospital	20 %, después del deducible	40 %; 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 $40; sin deducible	40 %; después del deducible
Consultas de telesalud sobre salud mental	Copago de $40 por visita al consultorio; sin deducible	40 %; después del deducible
Otros servicios de salud mental	Cobertura del 100 %; sin deducible	40 %; 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.		
ABUSO DE SUSTANCIAS	**DENTRO DE LA RED**	**FUERA DE LA RED**
En hospital	20 %, después del deducible	40 %; 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	40 %; 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.		
Visitas al consultorio por abuso de sustancias	Copago de $40; sin deducible	40 %; después del deducible
Consultas de telesalud sobre abuso de sustancias	Copago de $40 por visita al consultorio; sin deducible	40 %; después del deducible
Otros servicios por abuso de sustancias	Cobertura del 100 %; sin deducible	40 %; 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.		
SERVICIOS DE TERAPIA	**DENTRO DE LA RED**	**FUERA DE LA RED**
Terapia de manipulación de columna vertebral	Copago de $25; sin deducible	40 %; después del deducible
Limitado a 30 visitas por año		

PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

Rehabilitación ambulatoria a corto plazo Incluye terapias física, ocupacional y del habla.	Copago de $75; sin deducible	40 %; después del deducible
Terapia física para habilitación	Cobertura del 100 %; sin deducible	40 %; después del deducible
Terapia ocupacional para habilitación	Cobertura del 100 %; sin deducible	40 %; después del deducible
Terapia del habla para habilitación	Cobertura del 100 %; sin deducible	40 %; después del deducible
Terapia física relacionada con el autismo	Cobertura del 100 %; sin deducible	40 %; después del deducible
Terapia ocupacional relacionada con el autismo	Cobertura del 100 %; sin deducible	40 %; después del deducible
Terapia del habla relacionada con el autismo	Cobertura del 100 %; sin deducible	40 %; después del deducible
Terapia de salud emocional y psicológica relacionada con el autismo Estos beneficios se combinan con visitas de salud mental ambulatorias.	Copago de $40; sin deducible	40 %; después del deducible
Análisis aplicado del comportamiento relacionado con el autismo Sus beneficios para estos servicios son los mismos que cualquier otro beneficio de salud mental ambulatorio descrito en “Otros servicios”.	Cobertura del 100 %; sin deducible	40 %; después del deducible
OTROS SERVICIOS	**DENTRO DE LA RED**	**FUERA DE LA RED**
Centro de enfermería especializada 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.	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Atención domiciliaria Limitado a 120 visitas por año. Servicio privado de enfermería no incluido. 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.	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Atención en hospicio - Internado Si lo ingresan en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Atención en hospicio - Ambulatorio Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Servicio privado de enfermería Limitado a 60 turnos de ocho horas por año. Consideramos cada período de hasta 8 horas como un turno de servicio privado de enfermería.	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Equipo médico duradero	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Prótesis Incluye pelucas	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Ortótica La ortótica y el calzado especial están cubiertos para personas con deformación del pie.	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible

PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

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.	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 (en el hogar o en el consultorio)	Copago de $75; sin deducible	40 %; después del 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.	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
Audífonos	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Trasplantes	20 %, después del deducible La cobertura dentro de la red solo está disponible en los centros contratados IOE (Institutes of ExcellenceTM).	40 %; después del deducible La cobertura fuera de la red se aplica cuando utiliza un centro que no es IOE. Pagará más de desembolso cuando use un centro que no sea IOE.
Cirugía bariátrica Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Acupuntura Limitado a 20 visitas por año.	Copago de $40; sin deducible	40 %; después del deducible
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	**DENTRO DE LA RED**	**FUERA DE LA RED**
Tratamiento de infertilidad Tienes cobertura para la inseminación artificial y el diagnóstico y tratamiento de la causa subyacente de la infertilidad.	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
Tecnología reproductiva de avanzada (ART) Fertilización in vitro, transferencia intrafalopiana de cigotos, transferencia intrafalopiana de gametos, transferencia de embriones criopreservados, inyección de esperma intracitoplasmática o microcirugía de óvulos.	No está cubierto.	No está cubierto.
Preservación de la fertilidad	No está cubierto.	No está cubierto.
Vasectomía	Cobertura del 100 %; sin deducible	40 %; después del deducible
Ligadura de trompas	Cobertura del 100 %; sin deducible	40 %; después del deducible
FARMACIA	**DENTRO DE LA RED**	**FUERA 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.	

PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

Medicamentos genéricos		
Al por menor	Copago de $10	20 % del costo presentado Máximo de $250
Orden por correo	Copago de $25	No está cubierto.
Medicamentos de marca preferidos		
Al por menor	Copago de $30	20 % del costo presentado Máximo de $250
Orden por correo	Copago de $75	No está cubierto.
Medicamentos de marca no preferidos		
Al por menor	Copago de $60	20 % del costo presentado Máximo de $250
Orden por correo	Copago de $150	No está cubierto.
Farmacia (requisitos y suministros por día)		
Al por menor	Puede obtener un suministro de hasta 30 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) y anticonceptivos, incluidos también condones masculinos
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.

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.

PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

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.

** Cubrimos el costo de los servicios según los médicos estén “dentro de la red” o “fuera de la red”. Queremos ayudarlo a comprender cuánto pagamos por su atención fuera de la red. Al mismo tiempo, queremos dejar en claro cuánto más deberá pagar usted por esta atención “fuera de la red”.
Usted puede elegir un proveedor (médico u hospital) de nuestra red. También puede decidir visitar a un proveedor fuera de la red. Si elige un médico que está fuera de la red, su plan de salud puede pagar parte de la factura del médico. En la mayoría de los casos, usted pagará mucho más dinero de su bolsillo si elige visitar a un médico u hospital que no pertenecen a la red.

Cuando usted elige la atención fuera de la red, limitamos el monto que paga el plan. Este límite se denomina “monto reconocido” o “monto permitido”.
• Para médicos y otros profesionales, el monto está basado en lo que paga Medicare por esos servicios. El gobierno establece la tarifa de Medicare. La cantidad exacta que nosotros “reconocemos” depende del plan que usted o su empleador elijan.

• Para hospitales y otros centros, el monto está basado en lo que paga Medicare por esos servicios. El gobierno establece la tarifa de Medicare. La cantidad exacta que nosotros “reconocemos” depende del plan que usted o su empleador elijan.

El médico fija su propia tarifa para cobrarle. Esta puede ser más alta (a veces mucho más alta) que lo que su plan “reconoce”. El médico puede facturarle el monto en dólares que nosotros no “reconocemos”. Además, usted debe pagar todo copago, coseguro y deducible estipulados en el plan. Los montos en dólares que superen el cargo reconocido no cuentan para alcanzar los desembolsos o deducibles máximos que le corresponden. Para obtener más información sobre cómo pagamos los beneficios fuera de la red, visite nuestro sitio en Internet.
Usted puede evitar estos costos adicionales si recibe atención de los proveedores de atención de salud que forman parte de la amplia red de Aetna. Visite www.aetna.com y haga clic en “Find a Doctor” (encuentre un médico) en el lado izquierdo de la página. Si ya es miembro, ingrese en Aetna Navigator®, el sitio en Internet para miembros.
Esto tiene aplicación cuando usted elige recibir atención fuera de la red. En caso de que usted no tenga opción (por ejemplo, en una visita a la sala de emergencias después de un accidente en automóvil o para recibir otros servicios de emergencia), pagaremos la factura como si hubiera recibido atención dentro de la red. Usted paga el costo compartido y los deducibles que corresponden a su nivel de beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros si el proveedor le solicita que pague un costo mayor. Más allá de su costo compartido y sus deducibles, usted no es responsable de ningún saldo pendiente facturado por sus proveedores en relación con servicios de emergencia.
Esta manera de pagarles a médicos y hospitales fuera de la red se aplica cuando usted elige recibir cuidado fuera de la red. En caso de que no tenga opción (por ejemplo, en una visita a la sala de emergencias después de un accidente en automóvil), pagaremos la factura como si hubiera recibido cuidado dentro de la red. Usted paga los copagos y los deducibles de su plan que corresponden a su nivel de beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros si su proveedor le solicita que pague un costo mayor. Más allá de sus copagos y deducibles, usted no es responsable de ningún saldo pendiente facturado por sus proveedores en relación con servicios de emergencia.

Los planes son proporcionados por: Aetna Health Inc. Aunque creemos que este material es correcto en la fecha de producción, está sujeto a cambios.

Los beneficios y los planes de seguro de salud contienen exclusiones y limitaciones. No todos los servicios de salud están cubiertos.

PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de beneficios, exclusiones, limitaciones y condiciones de cobertura. Las características y la disponibilidad de los planes pueden variar de acuerdo con el lugar y están sujetas a cambio. 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.

Si su plan requiere la selección de un médico de cuidado primario y su médico de cuidado primario forma parte de un sistema integrado de entrega o de un grupo de médicos, su médico de cuidado primario generalmente lo remitirá a especialistas y hospitales afiliados al sistema de entrega o al grupo de médicos.
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
• 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, excepto en los casos que sean médicamente necesarias o indicadas
• 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
• 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 la disfunción sexual o para mejorar el rendimiento incluyendo terapia, suministros, consejería o medicamentos con receta.
• Servicio especial de enfermería
• Terapias o rehabilitaciones distintas de las que figuran como cubiertas en los documentos del plan
• 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.

Puede estar disponible la traducción de este material en otro idioma. Llame a Servicios al Cliente al número que figura en el dorso de su tarjeta de identificación.

PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

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.

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.