



Aetna Health Inc. y Aetna Health Insurance Company

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN - CPOS \$1,000 80/60 \$25/\$50  
 (Remisiones no requeridas)**

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN	PROVEEDORES PARTICIPANTES	PROVEEDORES NO PARTICIPANTES
<b>Deducible</b> (por año calendario)	\$1,000 Individual 2 individuos por familia	\$1,000 Individual 2 individuos por familia
<p>A menos que se indique de otra manera, el deducible debe completarse antes de que los beneficios sean pagaderos. Todos los gastos cubiertos se acumulan separadamente para el deducible participante y el no participante.</p> <p>El costo compartido del miembro para ciertos servicios, incluyendo el costo compartido por medicamentos con receta y autoinyectables, como se indica en el plan, se excluye de los cargos para completar el deducible.</p> <p>Una vez que 2 miembros individuales de una familia hayan completado sus montos deducibles separadamente, se considerará que todos los miembros de la familia han completado sus deducibles para lo que reste del año calendario.</p>		
<b>Coseguro del miembro</b>	20%	40%
<b>Desembolso máximo</b> (por año calendario, excluye el deducible)	\$4,000 Individual 2 individuos por familia	\$8,000 Individual 2 individuos por familia
<p>Todos los gastos cubiertos se acumulan separadamente para el desembolso máximo participante y el no participante.</p> <p>Una vez que 2 miembros individuales de una familia hayan completado sus desembolsos máximos separadamente, se considerará que todos los miembros de la familia han completado sus desembolsos máximos para lo que reste del año calendario.</p> <p>Sólo aquellos gastos de desembolso resultantes de la aplicación del porcentaje de coseguro (excepto todos los deducibles, copagos, medicamentos con receta - incluyendo autoinyectables - pagos por trastornos mentales, abuso de sustancias, atención de emergencia/urgente, equipo médico duradero, montos que exceden lo permisible y montos por multas por omisión de la precertificación) pueden utilizarse para satisfacer el desembolso máximo.</p>		
<b>Máximo de por vida</b> (por miembro de por vida, atención preferida y no preferida combinadas)	\$2,000,000	\$2,000,000
<b>Pago por los servicios de un proveedor no participante</b>	No aplica.	Cargo reconocido*
<b>Selección de médico de cuidado primario</b>	No se requiere.	No aplica.
<p><b>Requerimiento de precertificación</b>          Algunos servicios de proveedores no participantes requieren precertificación, de lo contrario los beneficios se reducirán. Consulte los documentos de su plan para conocer la lista completa de servicios que requieren precertificación.</p>		
<b>Requerimiento de remisión</b>	No se requiere.	No aplica.
ATENCIÓN MÉDICA	PROVEEDORES PARTICIPANTES	PROVEEDORES NO PARTICIPANTES
<b>Visitas al médico de cuidado primario</b>	Copago de \$25, deducible exonerado	40% después del deducible
<b>Visitas al consultorio de especialista</b>	Copago de \$50, deducible exonerado	40% después del deducible
<b>Visitas al obstetra por maternidad</b>	20% después del deducible	40% después del deducible



Aetna Health Inc. y Aetna Health Insurance Company

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN - CPOS \$1,000 80/60 \$25/\$50**

<b>Pruebas y tratamiento de alergia</b>	Copago de \$50, deducible exonerado	40% después del deducible
<b>ATENCIÓN PREVENTIVA</b>	<b>PROVEEDORES PARTICIPANTES</b>	<b>PROVEEDORES NO PARTICIPANTES</b>
<b>Exámenes físicos de rutina a adultos/vacunas</b> Pueden aplicar límites de edad y frecuencia. Atención preferida y no preferida combinado.	Copago de \$25, deducible exonerado	40% después del deducible
<b>Exámenes a niños sanos (Well Child)/vacunas</b> Pueden aplicar límites de edad y frecuencia.	Copago de \$25, deducible exonerado	40% después del deducible
<b>Exámenes ginecológicos de rutina</b> Incluye citología y los costos de laboratorio asociados. Un examen de rutina cada 365 días	Copago de \$25, deducible exonerado	40% después del deducible
<b>Mamografías de rutina</b> Una mamografía inicial para mujeres de 35 a 39 años de edad, y una mamografía anual para mujeres de 40 años y mayores	Copago de \$50, 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.	40% después del deducible
<b>Examen de cáncer colorrectal</b> Para todos los miembros de 50 años de edad y mayores. Se aplica un límite de frecuencias.	El costo compartido del miembro se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta.	40% después del deducible
<b>Examen rutinario de ojos y de audición</b>	Cubierto como parte del examen físico de rutina	Cubierto como parte del examen físico de rutina
<b>PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO</b>	<b>PROVEEDORES PARTICIPANTES</b>	<b>PROVEEDORES NO PARTICIPANTES</b>
<b>Laboratorio de diagnóstico y Rayos X</b> Si se practican como parte de una visita al consultorio del médico y son facturados por éste, los gastos están cubiertos con sujeción al costo compartido para el miembro por la visita al consultorio del médico.	Copago de \$50, deducible exonerado	40% después del deducible
<b>Servicios de imágenes complejas</b> Se requiere precertificación. Incluyendo, pero sin limitarse a éstas, escanografías MRI, MRA, PET y CT, y cualquier otro servicio ambulatorio de imágenes diagnósticas con costo superior a \$500.	30% después del deducible	50% después del deducible



Aetna Health Inc. y Aetna Health Insurance Company

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN - CPOS \$1,000 80/60 \$25/\$50**

<b>ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA</b>	<b>PROVEEDORES PARTICIPANTES</b>	<b>PROVEEDORES NO PARTICIPANTES</b>
<b>Proveedor de atención urgente</b>	Copago de \$50, deducible exonerado	Copago de \$50, deducible exonerado
<b>Uso no urgente de un proveedor de atención urgente</b>	No se proporcionan beneficios.	No se proporcionan beneficios.
<b>Sala de emergencias</b> Copago exonerado si hay admisión.	Copago de \$250, deducible exonerado	Consulte los beneficios del proveedor participante.
<b>Atención que no es de emergencia en sala de emergencias</b>	No se proporcionan beneficios.	No se proporcionan beneficios.
<b>Ambulancia para emergencias</b>	20% después del deducible	Consulte los beneficios del proveedor participante.
<b>ATENCIÓN EN HOSPITAL</b>	<b>PROVEEDORES PARTICIPANTES</b>	<b>PROVEEDORES NO PARTICIPANTES</b>
<b>Cobertura de hospitalización</b> Incluye maternidad y trasplantes. La cobertura por trasplantes es proporcionada únicamente en un centro contratado IOE o NME.	20% después del deducible	40% después del deducible
<b>Cirugía ambulatoria - Consultorio externo de hospital</b> Realizada en departamento hospitalario para atención ambulatoria	30% después del deducible	50% después del deducible
<b>Cirugía ambulatoria - Centro independiente</b> Realizada en un centro quirúrgico independiente	20% después del deducible	40% después del deducible
<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b>	<b>PROVEEDORES PARTICIPANTES</b>	<b>PROVEEDORES NO PARTICIPANTES</b>
<b>En hospital</b> Limitado a 15 días por miembro por año calendario. Participante y no participante combinados	20% después del deducible	50% después del deducible
<b>Ambulatorio</b> Limitado a 20 visitas por miembro por año calendario. Participante y no participante combinados	Copago de \$50, deducible exonerado	50% después del deducible
<b>SERVICIOS POR ABUSO DE DROGAS O ALCOHOL</b>	<b>PROVEEDORES PARTICIPANTES</b>	<b>PROVEEDORES NO PARTICIPANTES</b>
<b>Desintoxicación en hospital</b> Limitado a 3 días por admisión, 2 admisiones por miembro por año calendario. Participante y no participante combinados	20% después del deducible	No se proporcionan beneficios.
<b>Desintoxicación ambulatoria</b>	No se proporcionan beneficios.	No se proporcionan beneficios.



Aetna Health Inc. y Aetna Health Insurance Company

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN - CPOS \$1,000 80/60 \$25/\$50**

<b>OTROS SERVICIOS</b>	<b>PROVEEDORES PARTICIPANTES</b>	<b>PROVEEDORES NO PARTICIPANTES</b>
<b>Centro de enfermería especializada</b> Limitado a 30 días por miembro por año calendario. Participante y no participante combinados	20% después del deducible	40% después del deducible
<b>Atención médica domiciliaria</b>	20% después del deducible	40% después del deducible
<b>Terapia de infusión</b> Suministrada en el domicilio o en el consultorio médico	20% después del deducible	40% después del deducible El pago máximo de Aetna es de \$50 por visita después del deducible.
<b>Terapia de infusión</b> Suministrada en un departamento hospitalario para atención ambulatoria o en un centro independiente	30% después del deducible	40% después del deducible El pago máximo de Aetna es de \$50 por visita después del deducible.
<b>Atención en hospicio - Internado</b> Limitado a 30 días por miembro por año calendario. Participante y no participante combinados	20% después del deducible	40% después del deducible
<b>Atención en hospicio - Ambulatorio</b> Limitado a 60 días por miembro por año calendario. Participante y no participante combinados	20% después del deducible	40% después del deducible
<b>Servicio privado de enfermería</b>	No se proporcionan beneficios.	No se proporcionan beneficios.
<b>Terapia ambulatoria del habla</b> Limitado a 20 visitas por miembro por año calendario. Participante y no participante combinados	20% después del deducible	40% después del deducible
<b>Terapia ambulatoria – Física y ocupacional</b> Limitado a 20 visitas por miembro por año calendario. Participante y no participante combinados	20% después del deducible	40% después del deducible
<b>Quiropráctico</b>	Copago de \$50 después del deducible Limitado a 20 visitas por año calendario	40% después del deducible Sin límite de visitas
<b>Equipo médico duradero</b> Beneficio máximo de \$2,500 por miembro por año calendario. Participante y no participante combinados	50% después del deducible	50% después del deducible



Aetna Health Inc. y Aetna Health Insurance Company

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN - CPOS \$1,000 80/60 \$25/\$50**

PLANIFICACIÓN FAMILIAR	PROVEEDORES PARTICIPANTES	PROVEEDORES NO PARTICIPANTES
<b>Tratamiento de infertilidad</b> Cobertura sólo para el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la causa médica subyacente	El costo compartido del miembro se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta.	40% después del deducible
<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.	40% después del deducible
FARMACIA – BENEFICIOS POR MEDICAMENTOS CON RECETA	FARMACIAS PARTICIPANTES	FARMACIAS NO PARTICIPANTES
<b>Al por menor</b> Hasta 30 días de suministro en farmacias participantes, incluye insulina.	Copago de \$20 para medicamentos de formulario genéricos, copago de \$40 para medicamentos de formulario de marca, y copago de \$60 para medicamentos de marca y genéricos fuera del formulario	No se proporcionan beneficios.
<b>Orden por correo</b> 31 a 90 días de suministro en farmacias participantes, incluye insulina.	Copago de \$40 para medicamentos de formulario genéricos, copago de \$80 para medicamentos de formulario de marca, y copago de \$120 para medicamentos de marca y genéricos fuera del formulario	No se proporcionan beneficios.
<b>Autoinyectables</b> (al por menor y orden por correo; excluye insulina; no acumula para el pago máximo de desembolso)	20%, deducible exonerado para medicamentos de formulario y fuera del formulario	No se proporcionan beneficios.
<b>Genéricos obligatorios haciendo caso omiso de la leyenda "entregar tal como se prescribe"</b> - El miembro paga sólo el copago aplicable, si el médico requiere un medicamento de marca. Si el miembro solicita un medicamento de marca cuando existe un equivalente genérico, el miembro paga el copago aplicable más la diferencia entre el precio del genérico y el del producto de marca.		
<b>El plan incluye:</b> medicamentos y dispositivos contraceptivos que se consiguen en farmacias, suministros para diabéticos que se consiguen en farmacias y medicamentos por estilo de vida/para aumentar el rendimiento (6 píldoras al mes).		
Se incluyen precertificación y una transición de atención (TOC) de 90 días para precertificación.		

\*Los pagos a proveedores no participantes por gastos en centros se determinan en base al Listado de precios aprobados de Aetna, que está sujeto a cambios. Los pagos a proveedores no participantes por otros cargos se determinan en base al cargo negociado que correspondería si dichos servicios o suministros fueran recibidos de un proveedor participante. En los documentos de su plan, se hace referencia a estos cargos como cargos "reconocidos".



**Aetna Health Inc. y Aetna Health Insurance Company**

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN - CPOS \$1,000 80/60 \$25/\$50**

**Lo que no está cubierto**

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 o en el diseño del plan, o en las opciones adicionales adquiridas.

- Todos los servicios médicos u hospitalarios que no estén específicamente cubiertos en los documentos del plan, o que han sido limitados o excluidos de éste, incluyendo los costos de los servicios anteriores al comienzo de la cobertura o posteriores a la terminación de ésta
- Sangre y productos sustitutos, excepto si se administran en una hospitalización o atención de emergencia
- Cirugía cosmética
- 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
- 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
- Rehabilitación a largo plazo
- Servicios o suministros médicamente innecesarios
- Ortótica, excepto ortótica diabética
- Medicamentos y suministros de venta libre (excepto cuando se proveen en un hospital)
- Medicamentos con receta en casos ambulatorios (excepto para el tratamiento de la diabetes), a menos que estén cubiertos por una opción adicional de medicamentos con receta
- Reversión de esterilización
- Servicios para el tratamiento de disfunción o insuficiencias sexuales incluyendo terapia, suministros, consejería y medicamentos con receta
- 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 otros medicamentos; 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



**Aetna Health Inc. y Aetna Health Insurance Company**

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN - CPOS \$1,000 80/60 \$25/\$50**

**Provisión de la exclusión de condiciones preexistentes**

Este plan impone una exclusión de condiciones preexistentes, que puede ser exonerada en algunas circunstancias (es decir, cobertura comprobable) y puede no aplicarse a su caso. Una exclusión de condiciones preexistentes significa que si usted tiene una enfermedad antes de su ingreso en este plan, es posible que deba esperar cierto período antes de que el plan le proporcione cobertura para esa enfermedad. Esta exclusión se aplica sólo a enfermedades para las cuales se indicó o se recibió asesoramiento, diagnóstico o tratamiento médico o por las cuales la persona tomó medicamentos recetados dentro de los seis meses anteriores.

Generalmente, este período finaliza el día anterior a que su cobertura entre en vigencia. Sin embargo, si usted tuvo un período de espera para la cobertura, el período de seis meses finaliza el día anterior a que comience el período de espera. El período de exclusión, si se aplica, puede durar hasta 12 meses 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 menos de seis meses de cobertura comprobable inmediatamente antes de su fecha de inscripción, el período de exclusión de condiciones preexistentes de su plan se reducirá por la cantidad (es decir, el número de días) de esa cobertura previa.

A fin de reducir o posiblemente eliminar su período de exclusión sobre la base de su cobertura comprobable, debe proporcionarnos una copia de cualquier certificado de cobertura comprobable que usted tenga. Por favor comuníquese con su representante de Servicio a Miembros de Aetna al 1-888-802-3862 para PPO y al 1-888-702-3862 para HMO/CPOS si necesita ayuda para obtener un certificado de cobertura comprobable de su aseguradora anterior o si tiene dudas acerca de la información suministrada anteriormente.

La exclusión de condición preexistente no se aplica a embarazo ni al hijo menor de 18 años, 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 de inscripción abierta del plan; la exclusión de condición preexistente se aplicará a partir de la fecha de vigencia de la cobertura de la persona.

**En Arizona, los beneficios son proporcionados por Aetna Health of Arizona Inc. y por Corporate Health 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 atención de salud y, consecuentemente, no puede garantizar ningún resultado ni prever ninguna consecuencia. Consulte los documentos del plan (por ejemplo, Lista de Beneficios, Certificado de Cobertura, Evidencia de Cobertura, Contrato de Grupo, Certificado de Seguro de Grupo y/o Póliza de Grupo) para determinar las estipulaciones contractuales que rigen, incluyendo las exclusiones, las limitaciones y los procedimientos relacionados con el plan. La disponibilidad de un plan o programa puede variar según el área geográfica de servicio. Algunos beneficios están sujetos a limitaciones o máximo de visitas. Los médicos, hospitales y otros proveedores de atención de salud participantes son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de Aetna. No se puede garantizar la disponibilidad de algún proveedor en particular, y la composición de la red de proveedores está sujeta a cambio. La notificación de los cambios se proporcionará de acuerdo con las leyes estatales aplicables.



**Aetna Health Inc. y Aetna Health Insurance Company**

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN - CPOS \$1,000 80/60 \$25/\$50**

Si su plan cubre medicamentos con receta en casos ambulatorios, puede incluir un formulario de medicamentos (listado de medicamentos preferidos). Un formulario es un listado de medicamentos con receta generalmente cubiertos con su plan de beneficios de medicamentos con receta en forma preferencial, sujeto a las limitaciones y condiciones aplicables. Su beneficio de farmacia generalmente no se limita a los medicamentos enumerados en el formulario. Los medicamentos enumerados en el formulario están sujetos a cambios, de acuerdo con las leyes estatales aplicables. Si desea información sobre el proceso de revisión y selección de medicamentos para el formulario, información referida al formulario y a otros programas de farmacias, como por ejemplo precertificación y terapia escalonada, sírvase consultar el sitio de Aetna en Internet, Aetna.com, o la Guía de Medicamentos de Formulario de Aetna. Numerosos medicamentos, incluyendo algunos de los listados en el formulario, están sujetos a acuerdos de descuentos entre Aetna y el fabricante de los medicamentos. Los descuentos que Aetna recibe de los fabricantes de medicamentos no se reflejan en el costo que paga el miembro por un medicamento con receta. Además, si su plan de medicamentos utiliza copagos o coseguros calculados sobre un porcentaje o deducible, es posible que el uso de medicamentos dentro del formulario no necesariamente dé como resultado un costo menor para el miembro. Los miembros deben consultar a sus médicos tratantes en cuanto a preguntas sobre medicamentos específicos. Consulte los documentos de su plan o comuníquese con Servicio a Miembros para solicitar información referida a las condiciones y limitaciones de su cobertura.

Aetna Rx Home Delivery se refiere a Aetna Rx Home Delivery, LLC, subsidiaria de Aetna Inc., un proveedor de farmacia con licencia que despacha órdenes de farmacia por correo. Los cargos negociados por Aetna con Aetna Rx Home Delivery pueden ser más altos que los costos de comprar medicamentos y proporcionar el servicio de órdenes de farmacia por correo de Aetna Rx Home Delivery.

"Aetna" es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna.

Aunque creemos que esta información es correcta en la fecha de publicación, está sujeta a cambios.