

DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN - PPO VALUE

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN	ATENCIÓN PREFERIDA	ATENCIÓN NO PREFERIDA
Deducible (por año calendario)	\$1,500 individual	\$2,500 individual
<p>A menos que se indique de otra manera, el deducible debe completarse antes de que los beneficios sean pagaderos.</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. Todos los gastos cubiertos se acumulan separadamente para el deducible preferido y no preferido.</p>		
Coseguro del miembro (se aplica a todos los gastos, a menos que se especifique de otra manera)	20%	50%
Límite de pago (por año calendario, excluye el deducible)	\$5,000 individual	\$10,000 individual
<p>Todos los gastos cubiertos se acumulan separadamente para el límite de pago por atención preferida y no preferida.</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 límite de pago.</p>		
Máximo de por vida (por miembro de por vida, atención preferida y no preferida combinadas)	\$2,000,000	
Pago por atención no preferida	No aplica.	Cargo reconocido*
Selección de médico de cuidado primario	No aplica.	No aplica.
<p>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 domiciliaria y atención en hospicio. Los beneficios se reducirán en \$400 por ocurrencia si no se obtiene la certificación.</p>		
Requerimiento de remisión	Ninguno	Ninguno
ATENCIÓN MÉDICA	ATENCIÓN PREFERIDA	ATENCIÓN NO PREFERIDA
Visitas al consultorio de no especialista Incluye los servicios de un internista, médico general, médico de familia o pediatra para atención de rutina, así como para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.	Copago de \$25, deducible exonerado	50% después del deducible
Visitas al consultorio de especialista	Copago de \$25, deducible exonerado	50% después del deducible
<p>Las visitas al consultorio están limitadas a tres por miembro por año calendario, para todos los tipos de visitas combinadas (médico de cuidado primario, médico especialista, atención preventiva, rehabilitación ambulatoria a corto plazo, terapia del habla, salud mental, etc.). Los exámenes de laboratorio o radiografías de rutina proporcionadas durante una visita al consultorio con cobertura, y facturadas con la visita al consultorio, están incluidos en el copago por visita al consultorio. La atención preventiva (exámenes físicos y ginecológicos de rutina, mamografías y exámenes a niños sanos) está incluida en el beneficio de tres visitas al consultorio. Si el miembro decide no usar alguna o las tres visitas al consultorio para atención preventiva, dicha atención preventiva está cubierta de todas maneras al coseguro aplicable después del deducible.</p>		
Visitas al obstetra por maternidad	20% después del deducible	50% después del deducible
Cirugía (en consultorio)	20% después del deducible	50% después del deducible
Pruebas y tratamiento de alergias (practicados por un médico)	No está cubierto.	No está cubierto.

DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN - PPO VALUE

Inyecciones para alergias (no aplicadas por un médico)	No está cubierto.	No está cubierto.
ATENCIÓN PREVENTIVA	ATENCIÓN PREFERIDA	ATENCIÓN NO PREFERIDA
Exámenes físicos de rutina a adultos/vacunas Pueden aplicar límites de edad y frecuencia. Beneficio máximo de \$300 por miembro por cada 12 meses, atención preferida y no preferida combinado	20% después del deducible si no es una de las 3 visitas al consultorio.	Ver beneficio por visitas al consultorio.
Exámenes a niños sanos (Well Child)/vacunas Pueden aplicar límites de edad y frecuencia.	20% después del deducible si no es una de las 3 visitas al consultorio.	Ver beneficio por visitas al consultorio.
Exámenes ginecológicos de rutina Incluye citología y los costos de laboratorio asociados. Un examen de rutina cada 365 días	20% después del deducible si no es una de las 3 visitas al consultorio.	Ver beneficio por visitas al consultorio.
Mamografías de rutina Una mamografía inicial para mujeres de 35 a 39 años de edad, y una mamografía anual para mujeres de 40 años y mayores	20% después del deducible si no es una de las 3 visitas al consultorio.	Ver beneficio por visitas al consultorio.
Examen de tacto rectal de rutina/Prueba de antígeno específico prostático 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. 20% después del deducible si no es una de las 3 visitas al consultorio.	Ver beneficio por visitas al consultorio.
Examen de cáncer colorrectal 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. 20% después del deducible si no es una de las 3 visitas al consultorio.	Ver beneficio por visitas al consultorio.
Exámenes rutinarios de ojos y audición Cubierto sólo como parte de un examen físico de rutina	Cubierto como parte del examen físico de rutina	Cubierto como parte del examen físico de rutina
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO	ATENCIÓN PREFERIDA	ATENCIÓN NO PREFERIDA
Laboratorio de diagnóstico ambulatorio y Rayos X 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. Si se practican en el departamento hospitalario para atención ambulatoria, son pagaderos según las estipulaciones del plan relativas a la atención ambulatoria en hospital.	Copago de \$25, deducible exonerado Limitado a \$500 por miembro por año calendario	No está cubierto.
Servicios ambulatorios de imágenes complejas	No está cubierto.	No está cubierto.

DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN - PPO VALUE

ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA	ATENCIÓN PREFERIDA	ATENCIÓN NO PREFERIDA
Proveedor de atención urgente	No está cubierto.	No está cubierto.
Uso no urgente de un proveedor de atención urgente	No está cubierto.	No está cubierto.
Sala de emergencias Copago exonerado si hay admisión.	Copago de \$250 después del deducible	Pagado como atención preferida
Atención que no es de emergencia en sala de emergencias	No está cubierto.	No está cubierto.
Ambulancia para emergencias	20% después del deducible	Pagado como atención preferida
ATENCIÓN EN HOSPITAL	ATENCIÓN PREFERIDA	ATENCIÓN NO PREFERIDA
Cobertura de hospitalización Incluye maternidad (prenatal, parto y post-parto) y trasplantes. Si el trasplante se realiza a través de un centro Institute of Excellence® (Instituto de Excelencia) o National Medical Excellence®, los beneficios se pagarían al nivel preferido. Si el procedimiento no se realiza a través de un centro Institute of Excellence® (Instituto de Excelencia) o National Medical Excellence®, los beneficios se pagarían al nivel no preferido.	20% después del deducible	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria Realizada en departamento hospitalario para atención ambulatoria	30% después del deducible	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria Realizada en un centro quirúrgico independiente	20% después del deducible	50% después del deducible
Servicios ambulatorios en hospital distintos de cirugía	No está cubierto.	No está cubierto.
SERVICIOS DE SALUD MENTAL	ATENCIÓN PREFERIDA	ATENCIÓN NO PREFERIDA
En hospital	No está cubierto.	No está cubierto.
Ambulatorio	Ver beneficio por visitas al consultorio.	No está cubierto.
SERVICIOS POR ABUSO DE DROGAS O ALCOHOL	ATENCIÓN PREFERIDA	ATENCIÓN NO PREFERIDA
Desintoxicación en hospital	No está cubierto.	No está cubierto.
Desintoxicación ambulatoria	No está cubierto.	No está cubierto.
OTROS SERVICIOS Y DETALLES DEL PLAN	ATENCIÓN PREFERIDA	ATENCIÓN NO PREFERIDA
Centros de convalecencia (Centro de enfermería especializada) Limitado a 30 días por miembro por año calendario. Atención preferida y no preferida combinadas	20% después del deducible	50% después del deducible
Atención médica domiciliaria	20% después del deducible	50% después del deducible

DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN - PPO VALUE

Terapia de infusión Suministrada en el domicilio o en el consultorio médico	20% después del deducible	50% después del deducible Aetna paga hasta \$50 por visita después del deducible.
Terapia de infusión Suministrada en un departamento hospitalario para atención ambulatoria o en un centro independiente	30% después del deducible	50% después del deducible Aetna paga hasta \$50 por visita después del deducible.
Atención en hospicio - Internado Limitado a 30 días por miembro por año calendario. Atención preferida y no preferida combinadas	20% después del deducible	50% después del deducible
Atención en hospicio - Ambulatorio	No está cubierto.	No está cubierto.
Servicio privado de enfermería - Ambulatorio	No está cubierto.	No está cubierto.
Terapia ambulatoria del habla	Ver beneficio por visitas al consultorio.	Ver beneficio por visitas al consultorio.
Terapia ambulatoria - Física y ocupacional	Ver beneficio por visitas al consultorio.	Ver beneficio por visitas al consultorio.
Terapia ambulatoria de manipulación de columna vertebral (Quiropráctico)	Ver beneficio por visitas al consultorio.	Ver beneficio por visitas al consultorio.
Equipo médico duradero Beneficio máximo de \$2,500 por miembro por año calendario	50% después del deducible	No está cubierto.
Suministros para diabéticos que no se consiguen en farmacias	Tiene igual cobertura que otros gastos médicos.	Tiene igual cobertura que otros gastos médicos.
Medicamentos y dispositivos contraceptivos que no se consiguen en farmacias Incluye cobertura de visitas para contracepción.	Ver beneficio por visitas al consultorio.	Ver beneficio por visitas al consultorio.
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	ATENCIÓN PREFERIDA	ATENCIÓN NO PREFERIDA
Tratamiento de infertilidad Cobertura para el diagnóstico y tratamiento de la condición médica subyacente solamente	El costo compartido del miembro se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta.	El costo compartido del miembro se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta.
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.	El costo compartido del miembro se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta.
FARMACIA - BENEFICIOS POR MEDICAMENTOS CON RECETA	FARMACIAS PARTICIPANTES	FARMACIAS NO PARTICIPANTES
Máximo por año calendario para medicamentos con receta	\$500 por individuo	
Al por menor Hasta 30 días de suministro, incluye insulina.	Copago de \$20 para medicamentos genéricos, copago de \$40 para medicamentos de formulario de marca, y copago de \$60 para medicamentos de marca fuera del formulario	20% del costo presentado después de copago de \$20 para medicamentos genéricos, copago de \$40 para medicamentos de formulario de marca, y copago de \$60 para medicamentos de marca fuera del formulario

DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN - PPO VALUE

Orden por correo Suministro de 31 a 90 días, incluye insulina.	Copago de \$40 para medicamentos genéricos, copago de \$80 para medicamentos de formulario de marca, y copago de \$120 para medicamentos de marca fuera del formulario	No está cubierto.
Autoinyectables (al por menor y orden por correo, excluye insulina, no se acumula para el límite de pago)	30%, deducible exonerado para medicamentos de formulario y fuera del formulario	30%, deducible exonerado para medicamentos de formulario y fuera del formulario
Genérico obligatorio haciendo caso omiso de la leyenda "entregar tal como se prescribe" (MG w/DAW Override): 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] [coseguro] aplicable más la diferencia entre el precio del genérico y el del producto de marca.		
El plan incluye: 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.		

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.

*El pago para atención no preferida en centros se determina en base al Listado de precios aprobados de Aetna, que está sujeto a cambios. Los pagos por otro tipo de atención no preferida se determinan sobre la base del cargo negociado que aplicaría si tales servicios o suministros fueran recibidos de un proveedor preferido. A estos cargos se hace referencia en los documentos de su plan como cargos "reconocidos".

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 están cubiertos específicamente en los documentos del plan, o que han sido limitados o excluidos de éste
- 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
- 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

DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN - PPO VALUE

- Servicios para el tratamiento de disfunción o insuficiencias sexuales incluyendo terapia, suministros, consejería y medicamentos con receta
- Servicio especial de enfermería
- Tratamiento de los servicios para o relacionados con el tratamiento de la obesidad, o con dietas, o control de peso

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.

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, 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. 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 cambio 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. Los requerimientos para la precertificación pueden variar.

DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN - PPO VALUE

Dependiendo del plan seleccionado, los nuevos medicamentos con receta que no han sido revisados todavía por nuestro comité de revisión farmacéutica están disponibles con el copago más alto en planes con formulario abierto, o excluidos de cobertura a menos que se obtenga una excepción médica según 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 afiliarse) no están cubiertos, y no hay excepciones médicas disponibles para ellos. Aetna Rx Home Delivery, LLC, es un proveedor de farmacia con licencia que despacha órdenes de farmacia por correo. Las tarifas de reembolso de Aetna convenidas con Aetna Rx Home Delivery pueden ser más altas que los costos de comprar medicamentos y proporcionar el servicio de órdenes por correo de Aetna Rx Home Delivery.

En los planes de medicamentos con receta con niveles de copago o coseguro, el uso de medicamentos pertenecientes al formulario generalmente dará como resultado una economía para los miembros. Sin embargo, aunque el plan de medicamentos con receta utiliza copagos o coseguros calculados sobre bases porcentuales, puede haber algunas circunstancias en las que un medicamento perteneciente al formulario le cueste más al miembro que uno que no pertenezca a éste, porque (i) la tarifa de pago convenida con la farmacia para el medicamento de formulario puede ser más alta que la tarifa de pago convenida con la farmacia para el medicamento fuera del formulario, y (ii) los descuentos recibidos por Aetna de los fabricantes de medicamentos no se reflejan en el precio que obtiene el miembro para un medicamento con receta.

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.

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

Los planes son ofrecidos por Aetna Life Insurance Company.