



**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
HMO Bronze
CA \$60/95 6300 M**

Empresas de California: de 1 a 100 empleados

| Este plan solo proporciona acceso a los beneficios cubiertos cuando son brindados por un proveedor de la red. El plan no proporciona acceso a los beneficios cubiertos cuando son brindados por un proveedor fuera de la red, excepto para el cuidado de emergencia para tratar una enfermedad de emergencia. Este plan pagará el cuidado de emergencia sujeto a los beneficios dentro de la red. | | |
|---|--|-------------------------|
| CARACTERÍSTICAS DEL PLAN | CUIDADO DENTRO DE LA RED | CUIDADO FUERA DE LA RED |
| Selección del médico de cuidado primario | Se requiere. | No aplica. |
| Deducible (por año calendario) | \$6,300 individual. \$12,600 familiar. | No aplica. |
| A menos que se indique de otra manera, el deducible debe completarse antes de que puedan pagarse los beneficios. | | |
| Como se indica en el plan, el costo compartido que paga el miembro para ciertos servicios se excluye de los cargos para completar el deducible. | | |
| Ningún miembro de la familia puede contribuir más que el monto de deducible individual al deducible familiar. Cuando se cumpla el deducible familiar, se considerará que todos los miembros de la familia han completado sus deducibles para lo que reste del año. | | |
| Coseguro del miembro (se aplica a todos los gastos, a menos que se especifique de otra manera) | 40 % | No aplica. |
| Desembolso máximo (por año calendario, incluye el deducible) | \$9,100 individual. \$18,200 familiar. | No aplica. |
| Solo aquellos gastos de desembolso resultantes de la aplicación del porcentaje de coseguro, de los deducibles y de los copagos (excepto cualquier multa) pueden utilizarse para satisfacer el desembolso máximo. | | |
| Ningún miembro de la familia puede contribuir más que el monto de desembolso máximo individual al desembolso máximo familiar. Cuando se cumpla el desembolso máximo familiar, se considerará que todos los miembros de la familia han completado sus desembolsos máximos para lo que reste del año. | | |
| Requisitos de remisión | Se requiere. | No aplica. |
| SERVICIOS PRESTADOS POR MÉDICOS | CUIDADO DENTRO DE LA RED | CUIDADO FUERA DE LA RED |
| Visitas al consultorio de un médico no especialista | \$60; deducible eximido para las visitas 1-3. \$60 después del deducible a partir de la visita 4. Deducible eximido para las visitas 1-3 al médico de cuidado primario, médico especialista, otros proveedores y servicios de cuidado de urgencia combinados. | Sin cobertura. |
| Incluye los servicios de un internista, médico general, médico de familia o pediatra para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. | | |
| Consultas de telemedicina a un proveedor no especialista | \$60; deducible eximido para las visitas 1-3. \$60 después del deducible a partir de la visita 4. Deducible eximido para las visitas 1-3 al médico de cuidado primario, médico especialista, otros proveedores y servicios de cuidado de urgencia combinados. | Sin cobertura. |
| Consultas a un proveedor de telemedicina no especialista | Copago de \$60; deducible eximido. | Sin cobertura. |
| Visitas al consultorio de un especialista Deducible eximido para las visitas 1-3 al médico de cuidado primario, médico especialista, otros proveedores y servicios de cuidado de urgencia combinados. | Primeras 3 visitas: copago de \$95; deducible eximido. Visita 4 en adelante: copago de \$95 después del deducible. | Sin cobertura. |
| Consultas de telemedicina a un especialista | Primeras 3 visitas: copago de \$95; deducible eximido. Visita 4 en adelante: copago de \$95 después del deducible. | Sin cobertura. |

| | | |
|---|---|--------------------------------|
| Consultas a un proveedor de telemedicina especialista | Copago de \$95; deducible eximido. | Sin cobertura. |
| Clínicas sin cita previa | Clínicas sin cita previa designadas: Cobertura total. Todos los demás proveedores de la red: \$60; deducible eximido para las visitas 1-3. \$60 después del deducible a partir de la visita 4. | Sin cobertura. |
| Las clínicas sin cita previa son centros de cuidado de salud independientes que (a) pueden estar ubicadas en una farmacia, supermercado u otra tienda de venta al por menor, y (b) brindan cuidado y servicios médicos limitados con programación previa o sin ella. Los centros de cuidado de urgencia, las salas de emergencias, los departamentos de cuidado ambulatorio de los hospitales, los centros quirúrgicos ambulatorios y los consultorios médicos no se consideran clínicas sin cita previa. | | |
| Consultas de telemedicina para servicios que no son de emergencia mediante una clínica sin cita previa Si se prestan servicios de asesoramiento y exámenes preventivos de telemedicina mediante una clínica sin cita previa, estos servicios se pagan con el beneficio de cuidado preventivo. | Clínicas sin cita previa designadas: Cobertura total. Todos los demás proveedores de la red: El costo compartido se basa en el tipo de servicio y el lugar donde se presta. | Sin cobertura. |
| Maternidad: cuidado para el parto y posparto | 40 % después del deducible. | Sin cobertura. |
| El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación. | | |
| Pruebas de alergias | El costo compartido se basa en el tipo de servicio y el lugar donde lo recibe. | Sin cobertura. |
| Inyecciones para tratar alergias Copago eximido si no hay contacto con un médico. | El costo compartido se basa en el tipo de servicio y el lugar donde lo recibe. | Sin cobertura. |
| CUIDADO PREVENTIVO | CUIDADO DENTRO DE LA RED | CUIDADO FUERA DE LA RED |
| Los servicios de cuidado preventivo se cubren de acuerdo con la reforma del cuidado de salud. | | |
| Exámenes físicos de rutina para adultos y vacunas La cobertura se limita a 1 examen cada 12 meses. | Cobertura total. | Sin cobertura. |
| Exámenes de rutina para niños sanos y vacunas Cobertura limitada a 7 exámenes en los primeros 12 meses de vida, 3 exámenes en los segundos 12 meses de vida, 3 exámenes en los terceros 12 meses de vida; posteriormente, 1 examen cada 12 meses hasta los 22 años de edad. | Cobertura total. | Sin cobertura. |
| Exámenes ginecológicos de rutina Incluye prueba de PAP, examen para detectar virus del papiloma humano (VPH) y los costos de laboratorio asociados. La cobertura se limita a 1 examen cada 12 meses. | Cobertura total. | Sin cobertura. |
| Mamografías de rutina | Cobertura total. | Sin cobertura. |
| Salud de la mujer Incluye exámenes para detectar diabetes gestacional; pruebas de ADN para detectar virus del papiloma humano (VPH); asesoramiento para infecciones de transmisión sexual; asesoramiento y exámenes para detectar virus de inmunodeficiencia humana (VIH); asesoramiento y exámenes en casos de violencia doméstica e interpersonal; asesoramiento, suministros y apoyo para lactancia materna. Pueden existir limitaciones. | Cobertura total. | Sin cobertura. |
| Maternidad (cuidado prenatal) | Cobertura total. | Sin cobertura. |
| Examen de tacto rectal de rutina y prueba de antígeno específico prostático Se recomienda para hombres con cobertura, de 40 años de edad y mayores. Se aplica un límite de frecuencia. | Cobertura total. | Sin cobertura. |

| | | |
|---|---|--------------------------------|
| Examen para detectar cáncer colorrectal Se recomienda para todos los miembros de 45 años de edad y mayores. Se aplica un límite de frecuencia. | Cobertura total. | Sin cobertura. |
| Exámenes de ojos y de audición de rutina | Pagado como parte de un examen físico de rutina. | Sin cobertura. |
| SERVICIOS DE AUDICIÓN | CUIDADO DENTRO DE LA RED | CUIDADO FUERA DE LA RED |
| Exámenes de audición (especialistas) | Cobertura total. | Sin cobertura. |
| Audífonos | Sin cobertura. | Sin cobertura. |
| SERVICIOS DE LA VISTA | CUIDADO DENTRO DE LA RED | CUIDADO FUERA DE LA RED |
| Exámenes completos de ojos de rutina para adultos (examen de refracción) | Sin cobertura. | Sin cobertura. |
| Exámenes completos de ojos de rutina para niños (examen de refracción) La cobertura se limita a personas de 0 a 19 años de edad. | Cobertura total. | Sin cobertura. |
| Accesorios para la vista (adultos) | Sin cobertura. | Sin cobertura. |
| Accesorios para la vista (niños) La cobertura se limita a 1 par de marcos y 1 par de lentes de contacto o anteojos por año calendario para personas de 0 a 19 años de edad. | Cobertura total. | Sin cobertura. |
| PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO | CUIDADO DENTRO DE LA RED | CUIDADO FUERA DE LA RED |
| Servicios de laboratorio ambulatorios para diagnóstico | Copago de \$40; deducible eximido. | Sin cobertura. |
| Radiografías ambulatorias de diagnóstico (excepto para servicios de imágenes complejas) | 40 % después del deducible. | Sin cobertura. |
| Radiografías ambulatorias de diagnóstico para servicios de imágenes complejas Incluye, entre otras, resonancias magnéticas, angiorresonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones y tomografías computarizadas. Se requiere precertificación. | 40 % después del deducible. | Sin cobertura. |
| Servicios de laboratorio ambulatorios para diagnóstico brindados en la visita al consultorio del médico de cuidado primario | Se incluyen en el copago por visita al consultorio. | Sin cobertura. |
| Radiografías ambulatorias de diagnóstico realizadas en la visita al consultorio del médico de cuidado primario (excepto para servicios de imágenes complejas) | Se incluyen en el copago por visita al consultorio. | Sin cobertura. |
| Radiografías ambulatorias de diagnóstico para servicios de imágenes complejas realizadas en la visita al consultorio del médico de cuidado primario Incluye, entre otras, resonancias magnéticas, angiorresonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones y tomografías computarizadas. Se requiere precertificación. | Se incluyen en el copago por visita al consultorio. | Sin cobertura. |
| Servicios de laboratorio ambulatorios para diagnóstico brindados en la visita al consultorio de un especialista | Se incluyen en el copago por visita al consultorio. | Sin cobertura. |
| Radiografías ambulatorias de diagnóstico realizadas en la visita al consultorio de un especialista (excepto para servicios de imágenes complejas) | Se incluyen en el copago por visita al consultorio. | Sin cobertura. |
| Radiografías ambulatorias de diagnóstico para servicios de imágenes complejas realizadas en la visita al consultorio de un especialista Incluye, entre otras, resonancias magnéticas, angiorresonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones y tomografías computarizadas. Se requiere precertificación. | Se incluyen en el copago por visita al consultorio. | Sin cobertura. |

| CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA | CUIDADO DENTRO DE LA RED | CUIDADO FUERA DE LA RED |
|---|---|--------------------------------|
| Proveedor de cuidado de urgencia Deducible eximido para las visitas 1-3 al médico de cuidado primario, médico especialista, otros proveedores y servicios de cuidado de urgencia combinados. | \$60; deducible eximido para las visitas 1-3. \$60 después del deducible a partir de la visita 4. | Sin cobertura. |
| Uso no urgente de un proveedor de cuidado de urgencia | Sin cobertura. | Sin cobertura. |
| Sala de emergencias | 40 % después del deducible. | Pagado como dentro de la red. |
| Cuidado que no es de emergencia en sala de emergencias | Sin cobertura. | Sin cobertura. |
| Uso de emergencia de la ambulancia | 40 % después del deducible. | Pagado como dentro de la red. |
| Uso que no es de emergencia de la ambulancia | 40 % después del deducible. | Sin cobertura. |
| CUIDADO EN HOSPITAL | CUIDADO DENTRO DE LA RED | CUIDADO FUERA DE LA RED |
| Cobertura de internación Incluye maternidad (cuidado prenatal, parto y posparto) y trasplantes. | 40 % después del deducible. | Sin cobertura. |
| Cirugía ambulatoria Realizada en un departamento hospitalario para cuidado ambulatorio o en un centro quirúrgico independiente. | 40 % después del deducible. | Sin cobertura. |
| Colonoscopia (no preventiva) | El costo compartido se basa en el tipo de servicio y el lugar donde lo recibe. | Sin cobertura. |
| Trasplantes La cobertura se limita solo a centros Institutes of Excellence (IOE). | 40 % después del deducible. | Sin cobertura. |
| SERVICIOS DE SALUD EMOCIONAL Y PSICOLÓGICA (TRASTORNOS DE SALUD MENTAL y RELACIONADOS CON EL ABUSO DE SUSTANCIAS) | CUIDADO DENTRO DE LA RED | CUIDADO FUERA DE LA RED |
| Servicios de internación | 40 % después del deducible. | Sin cobertura. |
| Visitas ambulatorias al consultorio | Copago de \$60. | Sin cobertura. |
| Consultas de telemedicina a un médico o un proveedor de salud emocional y psicológica | Copago de \$60. | Sin cobertura. |
| Consultas a un proveedor de telemedicina | Copago de \$60. | Sin cobertura. |
| Otros servicios ambulatorios (p. ej., programas de internación parcial, programas ambulatorios intensivos) | Cobertura total. | Sin cobertura. |
| SERVICIOS DE TERAPIA | CUIDADO DENTRO DE LA RED | CUIDADO FUERA DE LA RED |
| Servicios ambulatorios de quiropráctico/terapia de manipulación de la columna vertebral | Sin cobertura. | Sin cobertura. |
| Rehabilitación ambulatoria a corto plazo: terapia física Acumulación y costo compartido: no hay límites de visitas por año calendario para terapias física, ocupacional y del habla (enseñanza de habilidades aparte) e incluye todos los lugares ambulatorios de prestación de dichas terapias. | Copago de \$60; deducible eximido. | Sin cobertura. |
| Rehabilitación ambulatoria a corto plazo: terapia ocupacional Acumulación y costo compartido: no hay límites de visitas por año calendario para terapias física, ocupacional y del habla (enseñanza de habilidades aparte) e incluye todos los lugares ambulatorios de prestación de dichas terapias. | Copago de \$60; deducible eximido. | Sin cobertura. |
| Rehabilitación ambulatoria a corto plazo: terapia del habla Acumulación y costo compartido: no hay límites de visitas por año calendario para terapias física, ocupacional y del habla (enseñanza de habilidades aparte) e incluye todos los lugares ambulatorios de prestación de dichas terapias. | Copago de \$60; deducible eximido. | Sin cobertura. |

| | | |
|---|---|--------------------------------|
| Terapias física, ocupacional y del habla para enseñanza de habilidades | Copago de \$60. | Sin cobertura. |
| Terapias física, ocupacional y del habla para casos de autismo | Cobertura total. | Sin cobertura. |
| Terapia de salud emocional y psicológica para casos de autismo | Copago de \$60. | Sin cobertura. |
| Análisis aplicado del comportamiento para casos de autismo | Cobertura total. | Sin cobertura. |
| OTROS SERVICIOS Y DETALLES DEL PLAN | CUIDADO DENTRO DE LA RED | CUIDADO FUERA DE LA RED |
| Centro de enfermería especializada La cobertura se limita a 100 días por internación. | 40 % después del deducible. | Sin cobertura. |
| Cuidado de salud en el hogar La cobertura se limita a 100 visitas por año calendario. | 40 % después del deducible. | Sin cobertura. |
| Terapia de infusión Suministrada en el domicilio o en el consultorio médico. | Copago de \$95; deducible eximido. | Sin cobertura. |
| Terapia de infusión Suministrada en un departamento hospitalario para cuidado ambulatorio o en un centro independiente. | 40 % después del deducible. | Sin cobertura. |
| Terapias génicas, celulares y otras terapias innovadoras La cobertura se limita solo a centros designados para realizar terapias génicas, celulares y otras terapias innovadoras (GCIT™). | El costo compartido se basa en el tipo de servicio y el lugar donde lo recibe. | Sin cobertura. |
| Cuidado de hospicio (con internación) | Cobertura total. | Sin cobertura. |
| Cuidado de hospicio (ambulatorio) | Cobertura total. | Sin cobertura. |
| Servicio privado de enfermería (ambulatorio) | Sin cobertura. | Sin cobertura. |
| Acupuntura Deducible eximido para las visitas 1-3 al médico de cuidado primario, médico especialista, otros proveedores y servicios de cuidado de urgencia combinados. | \$60; deducible eximido para las visitas 1-3. \$60 después del deducible a partir de la visita 4. | Sin cobertura. |
| Equipo médico duradero | 40 % después del deducible. | Sin cobertura. |
| Suministros para diabéticos no disponibles en farmacias | Tiene igual cobertura que otros gastos médicos. | Sin cobertura. |
| Cirugía bariátrica | 40 % después del deducible. | Sin cobertura. |
| PLANIFICACIÓN FAMILIAR | CUIDADO DENTRO DE LA RED | CUIDADO FUERA DE LA RED |
| Tratamiento contra la esterilidad: solo de diagnóstico Cobertura solo para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad subyacente. | El costo compartido se basa en el tipo de servicio y el lugar donde lo recibe. | Sin cobertura. |
| Tratamiento contra la esterilidad: inseminación artificial e inducción de la ovulación | Sin cobertura. | Sin cobertura. |
| Tecnología de reproducción asistida Puede incluir transferencia intrafalopiana de gametos, transferencia intrafalopiana de cigotos, fertilización <i>in vitro</i> , inyección de esperma intracitoplasmática, microcirugía de óvulos y transferencia de embriones criopreservados. Obtenga información detallada en el <i>Certificado de cobertura</i> . La cobertura se limita a los servicios para la preservación de la fertilidad. Revise los detalles en el <i>Folleto</i> de su plan. | 40 % después del deducible. | Sin cobertura. |
| Vasectomía | Cobertura total. | Sin cobertura. |
| Ligadura de trompas | Cobertura total. | Sin cobertura. |
| SERVICIOS DENTALES PARA NIÑOS | CUIDADO DENTRO DE LA RED | CUIDADO FUERA DE LA RED |
| Servicios preventivos y de diagnóstico (incluye exámenes, limpiezas, radiografías, fluoruro y selladores) La cobertura se limita a personas de 0 a 19 años de edad. | Cobertura total. | Sin cobertura. |

| | | |
|---|--|--------------------------------|
| Servicios básicos (incluye mantenedores de espacio, rellenos, anestesia y ajustes de dentadura postiza) La cobertura se limita a personas de 0 a 19 años de edad. | 20 %; deducible eximido. | Sin cobertura. |
| Servicios mayores (incluye coronas, endodoncia, periodoncia, cirugía oral, dentaduras postizas y puentes) La cobertura se limita a personas de 0 a 19 años de edad. | 50 %; deducible eximido. | Sin cobertura. |
| Ortodoncia (solo médicamente necesaria) La cobertura se limita a personas de 0 a 19 años de edad. | 50 %; deducible eximido. | Sin cobertura. |
| DEDUCIBLE DE FARMACIA | CUIDADO DENTRO DE LA RED | CUIDADO FUERA DE LA RED |
| Deducible por año calendario para medicamentos con receta | Individual: \$500. Familiar: \$1,000. | No aplica. |
| FARMACIA: BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA | CUIDADO DENTRO DE LA RED | CUIDADO FUERA DE LA RED |
| Medicamentos genéricos | | |
| Al por menor | Genéricos: copago de \$17 después del deducible. | Sin cobertura. |
| Orden por correo | Genéricos: copago de \$34 después del deducible. | Sin cobertura. |
| Medicamentos de marca preferidos | | |
| Al por menor | 40 % hasta \$500 después del deducible. | Sin cobertura. |
| Orden por correo | 40 % hasta \$500 después del deducible. | Sin cobertura. |
| Medicamentos no preferidos | | |
| Al por menor | 40 % hasta \$500 después del deducible. | Sin cobertura. |
| Orden por correo | 40 % hasta \$500 después del deducible. | Sin cobertura. |
| Medicamentos de especialidad | | |
| Medicamentos de especialidad preferidos | 40 % hasta \$500 después del deducible. | Sin cobertura. |
| Medicamentos de especialidad no preferidos | 40 % hasta \$500 después del deducible. | Sin cobertura. Sin cobertura. |
| Farmacia (requisitos y días de suministro) | | |
| Al por menor: Suministro de hasta 30 días. | | |
| Orden por correo: Suministro de 31 a 90 días de CVS Caremark Mail Service Pharmacy™ o CVS Pharmacy al copago de medicamentos de órdenes por correo. | | |
| De especialidad: Suministro de hasta 30 días. | | |

Medicamentos de especialidad: Todas las recetas deben abastecerse a través de nuestra red preferida de farmacias de especialidad.

Acumulación verdadera: Es posible que algunos medicamentos con receta de especialidad reúnan los requisitos para participar en programas de asistencia con los copagos de terceros, como un talón de pago del fabricante o un reembolso. Estos podrían disminuir los costos de desembolso. Los montos recibidos a través de uno de estos programas no se aplicarán al deducible ni al desembolso máximo.

Elija siempre genéricos: Si el miembro o el médico solicitan un medicamento de marca cuando existe un equivalente genérico, el miembro paga el costo compartido aplicable más la diferencia entre el precio del genérico y el del producto de marca.

Precertificación: Incluida. Consulte el *Formulario* para obtener detalles.

Terapia escalonada: Incluida. Consulte el *Formulario* para obtener detalles.

Programa Maintenance Choice® con exclusión voluntaria: Después de dos abastecimientos al por menor, los miembros deben abastecer un suministro de medicamentos de mantenimiento para 90 días en CVS Caremark Mail Service Pharmacy™ o una farmacia al por menor CVS Pharmacy. Si el miembro quiere seguir abasteciendo el suministro de 30 días en cualquier otra farmacia de la red, solo debe llamar al número que aparece en su tarjeta de identificación de miembro. Si no nos notifica que quiere ser excluido del suministro de medicamentos para 90 días de CVS Pharmacy, el miembro deberá pagar el 100 % del costo de los medicamentos. El miembro puede llamarnos en cualquier momento, incluso desde la farmacia, para informar que quiere ser excluido del beneficio.

El plan de farmacia incluye lo siguiente:

Suministros para diabéticos disponibles en farmacias (incluyen agujas, jeringas, tiras reactivas, lancetas e hisopos con alcohol, disponibles al por menor o a través de órdenes por correo).

Medicamentos para mejorar el rendimiento: Se incluye cobertura de hasta 30 píldoras por mes o 27 píldoras cada 90 días para medicamentos por estilo de vida y para aumentar el rendimiento. Consulte el *Formulario* de Aetna para más detalles sobre la precertificación.

Anticonceptivos femeninos exigidos por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act) y medicamentos preventivos con cobertura del 100 % dentro de la red.

Vacunas preventivas y estacionales con cobertura del 100 % dentro de la red.

Proveedores dentro y fuera de la red

Cubrimos el costo de los servicios según los médicos brinden servicios dentro o fuera de la red. Queremos ayudarlo a comprender cuánto paga Aetna por su cuidado fuera de la red. Al mismo tiempo, queremos dejar en claro cuánto más deberá pagar usted por este cuidado fuera de la red.

Usted puede elegir un proveedor (médico u hospital) de nuestra red o visitar a un proveedor fuera de la red. Si elige un proveedor fuera de la red, su plan de salud de Aetna no pagará ninguna parte de la factura del profesional. Usted pagará mucho más dinero de su bolsillo si elige visitar a un médico u hospital que no pertenecen a la red.

Usted puede evitar estos costos adicionales si recibe cuidado de los proveedores del cuidado de la salud que forman parte de la amplia red de Aetna. Visite www.aetna.com y haga clic en "Find a Doctor" (Buscar un médico) en el lado izquierdo de la página. Si ya es miembro, ingrese en el sitio web para miembros de Aetna.

Esto tiene aplicación cuando usted elige recibir cuidado 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 cuidado 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 Aetna 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.

Lo que no está cubierto

Este plan no cubre todos los gastos de cuidado de salud e incluye exclusiones y limitaciones. Los miembros deben consultar los documentos de sus planes para determinar cuáles servicios de cuidado 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 adquirido.

- Todos los servicios médicos u hospitalarios que no estén cubiertos específicamente en los documentos del plan, o que han sido limitados o excluidos de este.
- Gastos relacionados con cualquier tipo de cirugía ocular principalmente para corregir defectos de refracción.
- Cirugía cosmética, incluida la reducción de senos.
- Cuidado no médico.
- Cuidado dental y radiografías dentales para adultos.
- Extracción de óvulos de la donante.
- Procedimientos en etapa de prueba e investigación.
- Vacunas para viajes o empleos.
- Servicios para tratar la esterilidad, entre los que se incluyen inseminación artificial, tecnología de reproducción asistida (como fertilización *in vitro*, transferencia intrafalopiana de cigotos, transferencia intrafalopiana de gametos, inyección de espermatozoides intracitoplasmática) y otros servicios relacionados, a menos que se enumeren específicamente como cubiertos en los documentos de su plan.
- Servicios o suministros médicamente innecesarios.
- Ortopedia, con excepción de lo especificado en el plan.
- Medicamentos y suministros sin receta.
- Reversión de esterilización.
- Servicios para el tratamiento de disfunción o insuficiencia sexuales, incluidos suministros, terapia, asesoramiento o medicamentos con receta.
- Servicio especial de enfermería.
- Programas para bajar de peso o suplementos dietéticos.

Este material tiene solamente propósitos informativos y no constituye una oferta de cobertura ni asesoramiento médico. Contiene solo una descripción parcial y general de beneficios de planes o programas, y no constituye un contrato. Aetna no brinda servicios de cuidado de salud y, por lo tanto, no puede garantizar ningún resultado ni prevenir ninguna consecuencia. Consulte los documentos del plan (por ejemplo, *Certificado de seguro de grupo* o *Póliza de grupo*) para determinar las estipulaciones contractuales que rigen, incluidas las exclusiones, las limitaciones y los procedimientos relacionados con el plan. Aetna y MinuteClinic, LLC (que opera las clínicas sin cita previa de MinuteClinic o les brinda ciertos servicios de apoyo para su administración) forman parte del grupo de compañías de CVS Health. Aetna no es responsable de ninguna forma por los servicios recibidos en centros de CVS MinuteClinic. CVS Caremark® Mail Service Pharmacy y Aetna son parte del grupo de compañías de CVS Health.

Los prestadores y proveedores preferidos son contratistas independientes de práctica privada y no son empleados ni agentes de Aetna ni de sus filiales. No se puede garantizar la disponibilidad de algún proveedor en particular, y la composición de la red de proveedores está sujeta a cambios sin previo aviso.

Si su plan cubre medicamentos con receta en casos ambulatorios, incluye un formulario de medicamentos (*Lista de medicamentos preferidos* o *Formulario*). Este es un listado de medicamentos con receta generalmente cubiertos por su plan de beneficios de medicamentos con receta en forma preferencial, sujeto a las limitaciones y condiciones aplicables. En general, su beneficio de farmacia 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. Para obtener información sobre el proceso de revisión y selección de medicamentos para el *Formulario*, sobre el *Formulario* y sobre otros programas de farmacias, como precertificación y terapia escalonada, consulte nuestro sitio web, www.aetna.com, o la *Guía de medicamentos del formulario* de Aetna. Los miembros deben consultar a sus médicos tratantes en cuanto a preguntas sobre medicamentos específicos. Consulte los documentos de su plan o comuníquese con Servicios al Cliente para obtener información sobre las condiciones y limitaciones de su cobertura.

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

En casos de emergencia, llame al 911 o a su número local para llamadas de emergencia, o diríjase directamente a un centro de cuidado de emergencia.

Los planes son brindados por Aetna Health Inc.

Para obtener más información sobre los planes de Aetna, consulte en www.aetna.com.