

Resumen de los beneficios del plan médico



Aetna PPO | Group 6356800

Fecha de entrada en vigencia: 01/08/2019

Este es un breve resumen de beneficios. ESTE DOCUMENTO NO ES UN CONTRATO NI CERTIFICADO DE COBERTURA. Todas las descripciones de beneficios, entre ellas el cuidado alternativo, son servicios médicamente necesarios. Se le cobrará al miembro el monto más bajo de los costos compartidos relativos al servicio cubierto o el cargo actual por dicho servicio. Si desea conocer las disposiciones completas de la cobertura, entre ellas las limitaciones, consulte su certificado de cobertura.

De conformidad con la Ley de Atención Médica Asequible y Protección al Paciente de 2010:

El máximo vitalicio (en dólares) de los beneficios de salud fundamentales cubiertos deja de ser aplicable. Los miembros cuyas coberturas se den por terminadas debido a que alcanzaron el límite vitalicio derivado de este plan son elegibles para volver a inscribirse a este plan.

Beneficios	Red de proveedores preferidos	Red de proveedores no preferidos
Deducible del plan	Sin deducible anual	Deducible individual: \$500 por año calendario
Deducible que se acredita al deducible individual del próximo año	No aplica	Se aplica el saldo del cuarto trimestre
Coaseguro del plan	Sin coaseguro del plan	El plan paga el 80 % y usted paga el 20 % del monto permitido
Límite de gastos por cuenta propia	Límite de gastos por cuenta propia (individual): \$1,200 Los gastos por cuenta propia para los siguientes servicios cubiertos se incluyen en el límite de gastos por cuenta propia Todos los costos compartidos por concepto de los servicios cubiertos	Igual que en la red
Periodo de espera para afecciones preexistentes (PEC)	Sin PEC	Igual que en la red de proveedores preferidos
Máximo vitalicio	Sin límite	Igual que el máximo destinado para proveedores preferidos
Servicios ambulatorios (visita al consultorio)	Copago de \$15	Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Servicios hospitalarios	Servicios hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Cirugía ambulatoria: copago de \$50	Servicios hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Se aplica deducible y coaseguro Cirugía ambulatoria: se aplica copago de \$50, deducible y coaseguro
Medicamentos con prescripción (puede que algunos medicamentos inyectables estén cubiertos por los servicios ambulatorios)	Genérico preferido (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferido (Nivel 3) Copago de \$4/\$8/\$25/\$50	Genérico preferido/marca preferida/no preferido con copago de \$13/\$30/\$55
Prescripción pedida por correo	2 veces el costo compartido de la prescripción por suministro de 90 días	No cubierta
Acupuntura	12 visitas por año calendario con copago de \$15	El mismo límite de visitas del proveedor preferido Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Servicios de desplazamiento	El plan paga el 80 % y usted paga el 20 %	Igual que el beneficio del proveedor preferido

Resumen de los beneficios del plan médico de Aetna (continuación)

Beneficios	Red de proveedores preferidos	Red de proveedores no preferidos
Dependencia de sustancias químicas	Hospitalario: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorio: copago de \$0	Hospitalario: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro Ambulatorio: se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Aparatos, equipos y suministros <ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero Aparatos ortopédicos Máximo dos (2) sujetadores para postmastectomía cada seis (6) meses Suministros para ostomía Aparatos protésicos 	Se cubre el 50 %	Se cubre el 50 % y se aplican deducibles
Suministros para diabéticos	Insulina, agujas, jeringas y lancetas. Consulte "Medicamentos con prescripción". Bombas externas de insulina, medidores de glucosa en sangre, reactivos de prueba y suministros. Consulte "Aparatos, equipos y suministros". En caso de que se cubran los aparatos, equipos y suministros o medicamentos con prescripción y se tengan límites de beneficios, los suministros para diabéticos no estarán sujetos a dichos límites.	Insulina, agujas, jeringas y lancetas. Consulte "Medicamentos con prescripción". Bombas externas de insulina, medidores de glucosa en sangre, reactivos de prueba y suministros. Consulte "Aparatos, equipos y suministros". En caso de que se cubran los aparatos, equipos y suministros o medicamentos con prescripción y se tengan límites de beneficios, los suministros para diabéticos no estarán sujetos a dichos límites.
Servicios de rayos X y laboratorio de diagnóstico	Hospitalarios: se cubren en virtud de los servicios hospitalarios Ambulatorios: cubiertos completamente	Hospitalarios: se cubren en virtud de los servicios hospitalarios Ambulatorios: se aplica deducible y coaseguro
Servicios de emergencia (se exonera del copago si es hospitalizado)	Copago de \$200	Copago de \$200
Exámenes auditivos (rutinarios)	Copago de \$15	Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Dispositivos auditivos	No cubiertos	No cubiertos
Servicios de atención médica domiciliaria	Se cubren completamente hasta 130 visitas en total por año calendario	El mismo límite de visitas del proveedor preferido. Se aplica deducible y coaseguro
Servicios paliativos	Cubiertos completamente	Se aplica deducible y coaseguro
Servicios de infertilidad	Se cubren los servicios médicos y quirúrgicos para el tratamiento de la esterilidad e infertilidad y todos los servicios relacionados, entre ellos, la inseminación artificial, la fertilización in vitro, y la farmacoterapia, y están sujetos a los costos compartidos correspondientes por concepto de servicios ambulatorios, con máximo vitalicio de \$50,000. Se cubren los medicamentos para la fertilidad, y están sujetos al deducible y al coaseguro del plan del 20 %, con máximo vitalicio de \$5,000.	No cubiertos
Terapia manipulativa	Se cubren hasta 12 visitas por año calendario sin autorización previa Copago de \$15	El mismo límite de visitas del proveedor preferido Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Servicios de masaje	12 visitas por año calendario con copago de \$15	El mismo límite de visitas del proveedor preferido Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Servicios de maternidad	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: copago de \$15. La atención de rutina no está sujeta al copago por servicios ambulatorios	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro Ambulatorios: se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro. La atención de rutina no está sujeta al copago por servicios ambulatorios
Salud mental	Hospitalario: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorio: copago de \$0	Hospitalario: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro Ambulatorio: se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro

Resumen de los beneficios del plan médico de Aetna (continuación)

Beneficios	Red de proveedores preferidos	Red de proveedores no preferidos
Naturopatía	12 visitas por año calendario Copago de \$15	El mismo límite de visitas del proveedor preferido. Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Servicios neonatales	Estancia hospitalaria inicial: consulte "Servicios hospitalarios"; "Visitas al consultorio". Consulte "Servicios ambulatorios"; "Controles rutinarios de salud". Consulte "Cuidado preventivo". Los costos compartidos correspondientes por concepto de servicios neonatales son independientes de los de la madre.	Estancia hospitalaria inicial: consulte "Servicios hospitalarios"; "Visitas al consultorio". Consulte "Servicios ambulatorios"; "Controles rutinarios de salud". Consulte "Cuidado preventivo". Los costos compartidos correspondientes por concepto de servicios neonatales son independientes de los de la madre.
Cirugía relacionada con la obesidad (bariátrica)	Se cubren los costos compartidos si se cumplen los criterios médicos	Se cubren los costos compartidos si se cumplen los criterios médicos
Trasplantes de órganos	Sin límites ni periodo de espera Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: copago de \$15	No cubiertos
Cuidado preventivo: exámenes de control, vacunaciones, examen de Papanicolaou, mamografías	Cubierto completamente Servicios de cuidado preventivo para mujeres (entre ellos, medicamentos y aparatos anticonceptivos, y esterilización) cubiertos completamente.	No cubierto Los servicios de cuidado preventivo para mujeres (entre ellos, medicamentos y aparatos anticonceptivos, y esterilización) están sujetos a los costos compartidos correspondientes por concepto de cuidado preventivo y los máximos de beneficios. Mamografías de rutina: se aplica deducible y coaseguro
Servicios de rehabilitación Las visitas de rehabilitación son el total de visitas de terapia combinada por año calendario	Hospitalarios: 60 días por año calendario. No hay límite de cobertura para los servicios con diagnósticos de salud mental Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: 60 visitas por año calendario. No hay límite de cobertura para los servicios con diagnósticos de salud mental Copago de \$15	Hospitalarios: los límites de días son los mismos que los del beneficio del proveedor preferido Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Se aplica deducible y coaseguro Ambulatorios: los límites de visitas son los mismos que los del beneficio del proveedor preferido Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Centro de enfermería especializada	Se cubren completamente hasta 60 días por año calendario	Los límites de días son los mismos que los del beneficio del proveedor preferido. Se aplica deducible y coaseguro
Esterilización (vasectomía, ligadura de trompas)	Hospitalaria: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatoria: copago de \$15 Se cubren completamente los procedimientos de esterilización para mujeres	Hospitalaria: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro Ambulatoria: se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro Se cubren los procedimientos de esterilización para mujeres, y están sujetos a los costos compartidos correspondientes por concepto de cuidado preventivo y los máximos de beneficios
Servicios para la articulación temporomandibular (ATM)	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: copago de \$15	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro Ambulatorios: se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Asesoramiento para la cesación del consumo de tabaco	Programa Quit for Life (cubierto completamente)	Se aplican los costos compartidos correspondientes
Cuidado de rutina de la vista (1 visita cada 12 meses)	Copago de \$15	Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Lentes ópticos Lentes, entre ellos, lentes de contacto y monturas	Miembros menores de 19 años: 1 montura con sus respectivos lentes por año o lentes de contacto cubiertos con el 50 % de coaseguro Miembros mayores de 19 años: \$300 por 12 meses	Igual que el del beneficio del proveedor preferido