

# Resumen de los beneficios del plan médico



Aetna PPO | Group 6356800

Fecha de entrada en vigencia: 1/8/2020

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 real 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 del 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.
- Solo proveedores de la agencia: los hijos dependientes que sean menores de veintiséis (26) años son elegibles para inscribirse a este plan. Usted será responsable de pagar el costo completo de la prima de sus dependientes. Comuníquese con su empleador para conocer las tarifas de la prima.

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 es aplicable	Se aplica al 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. Si elige un médico de atención primaria del sitio web de Aetna, todas las visitas con ese médico tendrán un copago de \$0	Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Servicios hospitalarios	<b>Servicios hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización <b>Cirugía ambulatoria:</b> copago de \$50	<b>Servicios hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Se aplica deducible y coaseguro <b>Cirugía ambulatoria:</b> 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 Copago de \$13/\$30/\$55
Prescripción pedida por correo	2 veces el costo compartido de la prescripción por suministro de 90 días	No cubiertos
Acupuntura	12 visitas por año calendario con copago de \$15 (12 visitas por año calendario)	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	<b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización <b>Ambulatorios:</b> copago de \$0	<b>Hospitalarios:</b> se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro <b>Ambulatorios:</b> se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Aparatos, equipos y suministros <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo médico duradero</li> <li>Aparatos ortopédicos</li> <li>Máximo dos (2) sujetadores para postmastectomía cada seis (6) meses</li> <li>Suministros para ostomía</li> <li>Aparatos protésicos</li> </ul>	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	<b>Hospitalarios:</b> se cubren como parte de los servicios hospitalarios <b>Ambulatorios:</b> cubiertos completamente	<b>Hospitalarios:</b> se cubren como parte de los servicios hospitalarios <b>Ambulatorios:</b> 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	Cubiertos por un beneficio separado: EPIC Hearing. Sin copago, cada 3 años recibe hasta \$1,200 por cada oreja para cubrir los costos de un audífono. Obtenga más información en <a href="http://myseiu.be/hearing">myseiu.be/hearing</a>	Cubiertos por un beneficio separado: EPIC Hearing. Sin copago, cada 3 años recibe hasta \$1,200 por cada oreja para cubrir los costos de un audífono. Obtenga más información en <a href="http://myseiu.be/hearing">myseiu.be/hearing</a>
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	Copago de \$15 (12 visitas por año calendario)	El mismo límite de visitas del proveedor preferido Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Servicios de maternidad	<b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización <b>Ambulatorios:</b> copago de \$15. La atención de rutina no está sujeta al copago por servicios ambulatorios	<b>Hospitalarios:</b> se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro <b>Ambulatorios:</b> se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro. La atención de rutina no está sujeta al copago por servicios ambulatorios
Salud mental	<b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización <b>Ambulatorios:</b> copago de \$0	<b>Hospitalarios:</b> se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro <b>Ambulatorios:</b> 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	Copago de \$15 (12 visitas por año calendario)	El mismo límite de visitas del proveedor preferido. Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Servicios neonatales	<b>Estancia hospitalaria inicial:</b> 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.	<b>Estancia hospitalaria inicial:</b> 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 <b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización <b>Ambulatorios:</b> copago de \$15	No cubiertos
Cuidado preventivo (exámenes de control, vacunaciones, examen de Papanicolaou, mamografías)	Cubiertos completamente Servicios de cuidado preventivo para mujeres (entre ellos, medicamentos y aparatos anticonceptivos, y esterilización) cubiertos completamente.	No cubiertos 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)	<b>Hospitalarios:</b> 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 <b>Ambulatorios:</b> 60 visitas por año calendario. No hay límite de cobertura para los servicios con diagnósticos de salud mental. Copago de \$15	<b>Hospitalarios:</b> 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 <b>Ambulatorios:</b> 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)	<b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización <b>Ambulatorios:</b> copago de \$15 Se cubren completamente los procedimientos de esterilización para mujeres.	<b>Hospitalarios:</b> se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro <b>Ambulatorios:</b> 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)	<b>Hospitalarios:</b> copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización <b>Ambulatorios:</b> copago de \$15	<b>Hospitalarios:</b> se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro <b>Ambulatorios:</b> 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