



**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
MÉDICO PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Limitaciones de los beneficios: Algunos servicios o suministros están sujetos a límites por año. Es posible que haya una cantidad máxima de visitas o días, o un límite en dólares por año. En esos casos, el año de beneficios comienza el 1 de enero (a menos que se indique lo contrario). Consulte los documentos del plan para obtener más información.		
Deducible (por año calendario)	Ninguno individual. Ninguno familiar.	\$2,500 individual. \$5,000 familiar.
Primero debe alcanzar el deducible antes de que el plan comience a pagar los beneficios, a menos que se indique lo contrario. Los costos de los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para alcanzar el deducible. Consulte los documentos de su plan para obtener detalles. Su familia tendrá un deducible. Usted alcanzará ese deducible cuando los gastos de varios miembros de la familia se acumulen para el deducible familiar. Ninguna persona paga más que el monto de deducible individual.		
Coseguro del miembro Se aplica a todos los gastos excepto como se indicó.	Usted paga el 10 %.	Usted paga el 30 %.
Límite de desembolso (por año calendario)	\$2,500 individual. \$5,000 familiar.	\$12,500 individual. \$25,000 familiar.
Los gastos dentro de la red cubiertos se aplican para el límite de desembolso dentro de la red. Los gastos cubiertos fuera de la red se acumulan para su límite de desembolso fuera de la red. Los gastos de farmacia se tienen en cuenta para el límite de desembolso. Los gastos dentro de la red incluyen coseguro o copagos, y deducibles. Su familia tendrá un límite de desembolso. Usted alcanzará ese límite cuando los gastos de varios miembros de la familia se acumulen para el límite de desembolso familiar. Ninguna persona paga más que el monto del límite de desembolso individual. Los gastos fuera de la red incluyen coseguro y deducibles. Las multas no se aplican.		
Máximo de por vida Sin límite, excepto donde se indique lo contrario.		
Pago por cuidado fuera de la red**	No corresponde.	Profesional: 105 % de Medicare. Centro de salud: 140 % de Medicare.
Selección del médico de cuidado primario	Se recomienda.	No corresponde.
Requisitos para la precertificación: Para recibir algunos servicios fuera de la red, se necesita nuestra autorización previa (precertificación). Si no se obtiene esta aprobación, descontamos \$400 del monto de los beneficios. Consulte los documentos de su plan para obtener una lista completa de los servicios que requieren esta aprobación.		
Requisitos de remisión	No se requiere.	Ninguno.
Consultas de telesalud: Puede obtener acceso a servicios cubiertos para visitas de telesalud de diferentes tipos de proveedores de su red. Inicie sesión en Aetna.com para ver una lista de los proveedores que brindan servicios de telesalud. También encontrará más información sobre sus opciones, incluidos los montos de costos compartidos.		
Consultas de cuidado virtual: Puede tener acceso a servicios cubiertos mediante visitas de cuidado virtual brindado por diferentes tipos de proveedores de su red. Inicie sesión en Aetna.com para ver una lista de los proveedores que brindan cuidado virtual. También encontrará más información sobre sus opciones, incluidos los montos de costos compartidos.		
CVS VIRTUAL CARE	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
CVS Health Virtual Care (VC): medicina general	Cobertura del 100 %.	No aplica.
CVS Health Virtual Care (VC): salud mental	Cobertura del 100 %.	No aplica.



**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
MÉDICO PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

CUIDADO PREVENTIVO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Exámenes físicos de rutina para adultos y vacunas 1 examen cada 12 meses hasta los 65 años de edad; luego 1 examen cada 12 meses después de los 65 años.	Cobertura del 100 %.	30 % después del deducible.
Exámenes de rutina para niños sanos y vacunas • 7 exámenes en los primeros 12 meses. • 3 exámenes desde los 13 hasta los 24 meses. • 3 exámenes desde los 25 hasta los 36 meses. • 1 examen cada 12 meses en lo sucesivo hasta los 22 años.	Cobertura del 100 %.	30 % después del deducible.
Exámenes de cuidado ginecológico de rutina 1 examen y prueba de PAP por año, incluidas la prueba de detección del VPH y costos relacionados.	Cobertura del 100 %.	30 % después del deducible.
Examen para detectar cáncer de seno Se recomienda 1 por año para miembros mayores de 40 años de edad.	Cobertura del 100 %.	30 % después del deducible.
Salud de la mujer Esto 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. También se incluye lo siguiente: métodos anticonceptivos (anticonceptivos exigidos por la Ley de Cuidado de Salud Asequible [ACA], incluidos los anticonceptivos y los dispositivos que no se pueden obtener en una farmacia), procedimientos de esterilización (incluida la ligadura de trompas), educación y asesoramiento para el paciente. Pueden existir límites.	Cobertura del 100 %.	30 % después del deducible.
Maternidad (cuidado prenatal)	Cobertura del 100 %.	30 % después del deducible.
Examen de tacto rectal de rutina Se recomienda para miembros mayores de 40 años de edad.	Cobertura del 100 %.	30 % después del deducible.
Prueba de antígeno específico prostático Se recomienda para miembros mayores de 40 años de edad.	Cobertura del 100 %.	30 % después del deducible.
Examen para detectar cáncer colorrectal Se recomienda para miembros mayores de 45 años de edad.	Cobertura del 100 %.	30 % después del deducible.
Exámenes completos de ojos de rutina 1 examen de rutina cada 24 meses.	Cobertura del 100 %.	30 % después del deducible.
Examen de audición de rutina	Cobertura del 100 %.	30 % después del deducible.
SERVICIOS PRESTADOS POR UN MÉDICO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Visitas al consultorio del médico de cuidado primario Incluye servicios de internista, médico general, médico de familia o pediatra.	Copago de \$20 por visita al consultorio.	30 % después del deducible.
Consulta de telesalud con un proveedor no especialista	Copago de \$20 por visita al consultorio.	30 % después del deducible.
Visitas al consultorio de un especialista	Copago de \$25 por visita al consultorio.	30 % después del deducible.
Consulta de telesalud con un proveedor especialista	Copago de \$25 por visita al consultorio.	30 % después del deducible.
Exámenes de audición	Sin cobertura.	Sin cobertura.



**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
MÉDICO PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

Clínicas sin cita previa	Copago de \$20.	30 % después del deducible.
Clínicas sin cita previa designadas	Cobertura del 100 %.	
Las clínicas sin cita previa son centros de cuidado de salud independientes. Pueden encontrarse en una farmacia, una tienda de productos generales y de farmacia, un supermercado o en otra tienda al por menor y brindan cuidado y servicios médicos limitados. Clínicas que no son sin cita previa: centros de cuidado de urgencia, salas de emergencias, el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital, centros de cirugía ambulatoria y consultorios médicos.		
Pruebas de alergias	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
Inyecciones para tratar alergias	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Radiografías de diagnóstico (distintas de servicios de imágenes complejas) Cuando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio.	10 %	30 % después del deducible.
Servicios de laboratorio para diagnóstico Cuando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio.	10 %	30 % después del deducible.
Servicios de diagnóstico por imágenes complejas Cuando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio.	10 %	30 % después del deducible.
CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Proveedor de cuidado de urgencia	Copago de \$50 por visita al consultorio.	30 % después del deducible.
Uso no urgente de un proveedor de cuidado de urgencia	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Sala de emergencias Copago eximido si hay admisión.	Copago de \$250.	Igual al cuidado dentro de la red.
Cuidado que no es de emergencia en sala de emergencias	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Uso de emergencia de la ambulancia	Cobertura del 100 %.	Igual al cuidado dentro de la red.
Uso que no es de emergencia de la ambulancia	Sin cobertura.	Sin cobertura.
CUIDADO EN HOSPITAL	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Cobertura de internación Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	Copago de \$250 por día hasta un máximo de 3 días.	30 % después del deducible.
Cobertura de internación por maternidad (Incluye cuidado para el parto y posparto) Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	Copago de \$250 por día hasta un máximo de 3 días.	30 % después del deducible.



**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
MÉDICO PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	10 %	30 % después del deducible.
Cuando recibe cuidado ambulatorio en un hospital, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.		
Cirugía ambulatoria (hospital)	10 %	30 % después del deducible.
Cuando recibe cuidado ambulatorio en un hospital, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.		
Cirugía ambulatoria (centro independiente)	10 %	30 % después del deducible.
Cuando recibe cuidado ambulatorio en un hospital, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.		
SERVICIOS DE SALUD MENTAL	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios con internación	Copago de \$250 por día hasta un máximo de 3 días.	30 % después del deducible.
Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.		
Visitas al consultorio por servicios de salud mental	Copago de \$25.	30 % después del deducible.
Consultas de telesalud por servicios de salud mental	Copago de \$25 por visita al consultorio.	30 % después del deducible.
Otros servicios de salud mental	10 %	30 % después del deducible.
Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.		
ABUSO DE SUSTANCIAS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios con internación	Copago de \$250 por día hasta un máximo de 3 días.	30 % después del deducible.
Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.		
Centro residencial de tratamiento	Copago de \$250 por día hasta un máximo de 3 días.	30 % después del deducible.
Visitas al consultorio por abuso de sustancias	Copago de \$25.	30 % después del deducible.
Consultas de telesalud por abuso de sustancias	Copago de \$25 por visita al consultorio.	30 % después del deducible.
Otros servicios por abuso de sustancias	10 %	30 % después del deducible.
Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.		
SERVICIOS DE TERAPIA	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Terapia de manipulación de la columna vertebral	Copago de \$25.	30 % después del deducible.
		Limitado a 20 visitas por año.
Rehabilitación ambulatoria a corto plazo	Copago de \$25.	30 % después del deducible.
Se incluyen terapias física, ocupacional y del habla.		
Terapia física para enseñanza de habilidades	Cobertura del 100 %.	30 % después del deducible.
Terapia ocupacional para enseñanza de habilidades	Cobertura del 100 %.	30 % después del deducible.
Terapia del habla para enseñanza de habilidades	Cobertura del 100 %.	30 % después del deducible.
Terapia física relacionada con el autismo	Cobertura del 100 %.	30 % después del deducible.



THE WATERFRONT BEACH RESORT
Fecha de entrada en vigor: 1 de septiembre del 2026
OA Managed Choice® POS

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
MÉDICO PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

Terapia ocupacional relacionada con el autismo	Cobertura del 100 %.	30 % después del deducible.
Terapia del habla relacionada con el autismo	Cobertura del 100 %.	30 % después del deducible.
Terapia de salud conductual relacionada con el autismo	Copago de \$25.	30 % después del deducible.
Estos beneficios se combinan con visitas de salud mental ambulatorias.		
Análisis aplicado del comportamiento relacionado con el autismo	10 %	30 % después del deducible.
Sus beneficios para estos servicios son los mismos que cualquier otro beneficio de salud mental ambulatorio descrito en "Otros servicios".		
OTROS SERVICIOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Centro de enfermería especializada	Copago de \$250 por día hasta un máximo de 3 días.	30 % después del deducible.
Limitado a 60 días por año. Si lo ingresan en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.		
Cuidado de salud en el hogar	10 %	30 % después del deducible. Limitado a 120 visitas por año.
El servicio de cuidado de salud en el hogar incluye servicio privado de enfermería. Limitado a 3 visitas por día realizadas por el personal de una agencia de cuidado de salud en el hogar.		
Cuidado de hospicio (con internación)	Copago de \$250 por día hasta un máximo de 3 días.	30 % después del deducible.
Si lo ingresan en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.		
Cuidado de hospicio (ambulatorio)	10 %	30 % después del deducible.
Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.		
Servicio privado de enfermería	Cubierto como parte de cuidado de salud en el hogar.	Cubierto como parte de cuidado de salud en el hogar.
Consideramos cada período de hasta 8 horas como un turno de servicio privado de enfermería.		
Equipo médico duradero	10 %	30 % después del deducible.
Ortopedia	10 %	30 % después del deducible.
Ortopedia y calzado especial cubiertos para personas con deformidades en los pies.		
Suministros para diabéticos		
• Si no están cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta.	Usted paga el costo compartido de la visita al médico de cuidado primario.	Usted paga el costo compartido de la visita al médico de cuidado primario.
• Si están cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta.	Usted paga el costo compartido de los medicamentos con receta aplicables.	Usted paga el costo compartido de los medicamentos con receta aplicables.
Terapia de infusión (en el domicilio o en el consultorio)	Copago de \$25.	30 % después del deducible.
Terapia de infusión (cuidado ambulatorio en hospital o centro independiente)	10 %	30 % después del deducible.
Terapias génicas, celulares y otras terapias innovadoras (GCIT™)	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe. Copago de \$50. La cobertura dentro de la red es brindada únicamente en centros GCIT™ designados.	Sin cobertura.



**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
MÉDICO PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

Audífonos	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Trasplantes	Copago de \$250 por día hasta un máximo de 3 días. La cobertura preferida es brindada únicamente en un centro contratado Institutes of Excellence (IOE).	30 % después del deducible. La cobertura fuera de la red se aplica cuando utiliza un centro que no es IOE. En este caso, pagará más dinero de su bolsillo.
Cirugía bariátrica	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Acupuntura Limitado a 20 visitas por año.	Copago de \$20.	30 % después del deducible.
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios básicos para tratar la esterilidad	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
Tiene cobertura para la inseminación artificial y el diagnóstico y el tratamiento de la causa subyacente de la esterilidad.		
Tecnología de reproducción asistida	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo recibe.
La cobertura de tecnología de reproducción asistida se limita a 3 extracciones de óvulos de por vida e incluye fertilización <i>in vitro</i> , transferencia intrafalopiana de cigotos, transferencia intrafalopiana de gametos, transferencia de embriones criopreservados, inyección de esperma intracitoplasmática o microcirugía de óvulos e inducción de la ovulación. El máximo se aplica a todos los procedimientos cubiertos por cualquiera de nuestros planes, excepto donde lo prohíbe la ley.		
Preservación de la fertilidad	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo recibe.	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo recibe.
Incluye cobertura para criopreservación y almacenamiento en casos de esterilidad iatrogénica. La esterilidad iatrogénica es la esterilidad que puede ocurrir debido a ciertos tipos de tratamiento médico.		
Vasectomía	Cobertura del 100 %.	30 % después del deducible.
Ligadura de trompas	Cobertura del 100 %.	30 % después del deducible.
FARMACIA	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Tipo de plan de farmacia	Plan Advanced Control de Aetna (California)	
Límite de desembolso para medicamentos con receta	Los gastos de medicamentos con receta se aplican al límite de desembolso médico.	
Medicamentos genéricos		
Al por menor	Copago de \$10.	Sin cobertura.
Orden por correo	Copago de \$20.	Sin cobertura.
Medicamentos de marca preferidos		
Al por menor	Copago de \$30.	Sin cobertura.
Orden por correo	Copago de \$60.	Sin cobertura.
Medicamentos de marca no preferidos		
Al por menor	Copago de \$50.	Sin cobertura.
Orden por correo	Copago de \$100.	Sin cobertura.
Medicamentos de especialidad		
Medicamentos de especialidad preferidos	30 % Máximo de \$250.	Sin cobertura.
Medicamentos de especialidad no preferidos	30 % Máximo de \$250.	Sin cobertura.
Farmacia (requisitos y días de suministro)		
Al por menor	Puede obtener un suministro de hasta 30 días de la red nacional de Aetna.	
Orden por correo	Puede obtener un suministro de 31 a 90 días de CVS Caremark® Mail Service Pharmacy.	
De especialidad	Puede obtener un suministro de medicamentos de especialidad de hasta 30 días. Debe obtener todos los medicamentos de especialidad a través de nuestra red preferida de farmacias de especialidad. <i>Formulario del plan Advanced Control. Lista de medicamentos asegurados de Aetna.</i>	



DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

El plan de medicamentos con receta también incluye lo siguiente:

- Suministros para diabéticos.
- Copago máximo de \$25 por abastecimiento, por un suministro de 30 días de insulina del *Formulario*.
- Medicamentos con receta para la pérdida de peso que requieren precertificación.
- Medicamentos para la disfunción sexual en mujeres y 1 comprimido por día de Cialis de dosis baja y 6 comprimidos adicionales por mes para el tratamiento de la disfunción eréctil en hombres.
- Una lista limitada de medicamentos sin receta si se obtienen a través de una receta.

Planificación familiar

- Medicamentos para la fertilidad, orales e inyectables, incluidos (los cargos médicos por inyecciones no están cubiertos en el plan de medicamentos con receta, la cobertura médica es limitada).
- Anticonceptivos cubiertos hasta un suministro para 12 meses. Se aplica la estrategia de copago por anticonceptivos.

Lo siguiente tiene cobertura del 100 % dentro de la red:

- Medicamentos quimioterapéuticos orales.
- Vacunas estacionales.
- Vacunas preventivas.
- Medicamentos preventivos que cumplen con los requisitos según la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) y anticonceptivos, incluidos también condones masculinos.

Visite Aetna.com para obtener una lista completa de los medicamentos con receta que cumplen con los requisitos.

Requisitos de precertificación

Algunos medicamentos con receta cubiertos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos.

Algunos medicamentos con receta cubiertos requieren terapia escalonada antes de que los cubramos. Con la terapia escalonada, debe probar primero 1 o más medicamentos antes de que paguemos el medicamento en cuestión.

Para obtener la información más actualizada sobre los requisitos de precertificación y la lista de medicamentos que requieren terapia escalonada, consulte los documentos de su plan o visite el sitio web para miembros.

Elija genéricos haciendo caso omiso de la leyenda “Entregar tal como se prescribe” (DAW): A veces, su médico puede afirmar que usted necesita un medicamento con receta de marca aun cuando hay un genérico disponible. Si es así, usted pagará el copago del medicamento de marca. Si solicita un medicamento con receta de marca cuando existe un equivalente genérico, paga el copago aplicable más la diferencia entre el precio del genérico y el del producto de marca.

ESTIPULACIONES GENERALES

Dependientes elegibles para participar en su plan

Cónyuge, hijos desde el nacimiento hasta los 26 años de edad. No importa la condición de estudiante de los hijos.

** Cubrimos el costo de los servicios según los médicos brinden servicios dentro o fuera de la red. Queremos ayudarlo a comprender cuánto pagamos 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 médico fuera de la red, su plan de salud puede pagar parte de la factura del profesional. En la mayoría de los casos, usted pagará mucho más dinero de su bolsillo si elige visitar a un médico o un hospital que no pertenecen a la red.

Cuando usted elige cuidado fuera de la red, limitamos el monto que paga. Este límite se denomina “monto reconocido” o “monto permitido”.

- Para médicos y otros profesionales, el monto está basado en lo que paga Medicare por esos servicios. El Gobierno establece la tarifa de Medicare. La cantidad exacta que reconocemos depende del plan que usted o su empleador elijan.

- Para hospitales y otros centros, el monto está basado en lo que paga Medicare por esos servicios. El Gobierno establece la tarifa de Medicare. La cantidad exacta que reconocemos depende del plan que usted o su empleador elijan.

El médico fija su propia tarifa para cobrarle. Esta puede ser más alta (a veces mucho más alta) de lo que su plan reconoce. El médico puede facturarle el monto en dólares que no reconocemos. Además, usted debe pagar todo copago, coseguro y deducible estipulados en el plan. Los montos en dólares que superen el cargo reconocido no cuentan para alcanzar los desembolsos o deducibles máximos que le corresponden. Para obtener más información sobre cómo pagamos los beneficios fuera de la red, visite nuestro sitio web.



DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

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 Navigator, el sitio web para miembros.

Esto se aplica cuando usted elige recibir cuidado fuera de la red. En caso de que 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 nosotros si su 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.

Esta manera de pagarles a médicos y hospitales fuera de la red se aplica 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), pagaremos la factura como si hubiera recibido cuidado dentro de la red. Usted paga los copagos y los deducibles del plan que corresponden a su nivel de beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros si su proveedor le solicita que pague un costo mayor. Más allá de sus copagos y sus deducibles, usted no es responsable de ningún saldo pendiente facturado por sus proveedores en relación con servicios de emergencia.

Los planes son brindados por Aetna Health Inc. Aunque creemos que este material es correcto en la fecha de elaboración, está sujeto a cambios.

Los planes de beneficios y de seguro de salud contienen exclusiones y limitaciones. No todos los servicios de salud están cubiertos.

Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura. Las características y la disponibilidad de los planes pueden variar según la ubicación y están sujetas a cambios. Los proveedores son contratistas independientes y no son nuestros agentes. La participación de los proveedores puede modificarse sin previo aviso. No brindamos cuidado ni garantizamos el acceso a los servicios de salud.

Si su plan requiere la selección de un médico de atención primaria, y este forma parte de un sistema de servicios médicos integrados o de un grupo de médicos, su médico de atención primaria generalmente lo remitirá a especialistas y hospitales que pertenecen a ese sistema o grupo.

La siguiente es una lista 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, en el diseño del plan o en las opciones adicionales adquiridas por su empleador.

- Todos los servicios médicos y hospitalarios que no estén específicamente cubiertos en los documentos del plan, o que han sido limitados o excluidos de este.
- Cirugía cosmética, incluida la reducción de senos.
- Cuidado de custodia.
- Cuidado dental y radiografías dentales.
- Extracción de ovocitos a donante.
- Procedimientos en etapa de prueba e investigación (excepto para la cobertura de los costos del cuidado médico necesario de rutina a los pacientes miembros que participan en ensayos clínicos contra el cáncer).
- Audífonos.
- Partos en el hogar.
- Vacunas para viajes o empleos, excepto en los casos que sean médicamente necesarias o indicadas.
- Medicamentos implantables y ciertos medicamentos inyectables, incluidos medicamentos inyectables para la infertilidad.
- Servicios para tratar la esterilidad, incluida la inseminación artificial y tecnología de reproducción asistida (como fertilización *in vitro*, transferencia intrafalopiana de cigotos, transferencia intrafalopiana de gametos, inyección de esperma intracitoplasmática) y otros servicios relacionados, a menos que se enumeren específicamente como cubiertos en los documentos de su plan.



THE WATERFRONT BEACH RESORT
Fecha de entrada en vigor: 1 de septiembre del 2026
OA Managed Choice® POS

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
MÉDICO PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

- Terapia de rehabilitación a largo plazo.
 - Servicios o suministros médicamente innecesarios.
 - 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 y de venta libre (excepto cuando se proveen en un hospital) y suministros.
 - Queratotomía radial o procedimientos relacionados.
 - Reversión de esterilización.
 - Servicios para el tratamiento de la disfunción sexual o para mejorar el rendimiento, incluidos suministros, terapia, consejería o medicamentos con receta.
 - Servicio especial de enfermería.
 - Terapias o rehabilitaciones distintas de las enumeradas como cubiertas.
 - Servicios para el control de peso, incluidos 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, incluida la obesidad mórbida, o cuyo propósito es reducir el peso, sin importar la existencia de enfermedades comórbidas.
- 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.

Puede estar disponible la traducción de este material en otro idioma. Llame a Servicios al Cliente al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación.

Translation of the material into another language may be available. Please call Member Services at 1-888-982-3862.

Las características y la disponibilidad del plan pueden variar según la ubicación y el tamaño del grupo.

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

Aetna y MinuteClinic, LLC (que administra o brinda ciertos servicios de apoyo para el manejo de enfermedades en las clínicas sin cita previa de MinuteClinic), forman parte de las compañías de CVS Health.

***** Este documento del plan le ofrece una descripción general de algunos de sus beneficios y obligaciones de costos compartidos. Esta información SOLO tiene fines ilustrativos. El presente no es un documento oficial y puede diferir de su *Certificado de cobertura (COC)*, que es su documento oficial. Consulte su *COC* para obtener información sobre su cobertura, los servicios y las obligaciones por su parte.**

© 2021 Aetna Inc.