



The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. **NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately. This is only a summary.** For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, www.HealthReformPlanSBC.com or by calling 1-866-760-1009. For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, provider, or other underlined terms, see the Glossary. You can view the Glossary at <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> or call 1-866-760-1009 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	For each Plan Year, In-Network: Individual \$1,100 / Family \$2,250. Out-of-Network: Individual \$2,200 / Family \$4,500.	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan, each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible.
Are there services covered before you meet your deductible?	Yes. Emergency care & preventive care; plus in-network office visits are covered before you meet your deductible.	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost sharing and before you meet your deductible. See a list of covered preventive services at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	In-Network: Individual \$4,600 / Family \$9,250. Out-of-Network: Individual \$9,200 / Family \$18,500. Prescription: Individual \$2,400 / Family \$4,750	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan, they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit?	Premiums, balance-billing charges, health care this plan doesn't cover & penalties for failure to obtain pre-authorization for services.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit.
Will you pay less if you use a network provider?	Yes. See www.aetna.com/docfind or call 1-866-760-1009 for a list of in-network providers.	This plan uses a provider network. You will pay less if you use a provider in the plan's network. You will pay the most if you use an out-of-network provider, and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist?	No.	You can see the specialist you choose without a referral.



All **copayment** and **coinsurance** costs shown in this chart are after your **deductible** has been met, if a **deductible** applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		In-Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$25 <u>copay</u> /visit, <u>deductible</u> doesn't apply	40% <u>coinsurance</u>	None
	<u>Specialist</u> visit	\$35 <u>copay</u> /visit, <u>deductible</u> doesn't apply	40% <u>coinsurance</u>	None
	<u>Preventive care</u> / <u>screening</u> /immunization	No charge	40% <u>coinsurance</u> , <u>deductible</u> doesn't apply	You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your <u>provider</u> if the services needed are preventive. Then check what your <u>plan</u> will pay for.
If you have a test	<u>Diagnostic test</u> (x-ray, blood work)	\$30 <u>copay</u> /visit, <u>deductible</u> doesn't apply	40% <u>coinsurance</u>	None
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	None
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.optumrx.com	Generic drugs	\$15 / \$30 / \$45 copay / prescription (retail) & \$25 copay / prescription (mail-order)	Not covered	31 / 60 / 90-day supply / prescription (retail) & up to a 90-day supply (mail-order)
	Preferred brand drugs	\$35 / \$70 / \$105 copay / prescription (retail) & 45 copay / prescription (mail-order)	Not covered	31 / 60 / 90-day supply / prescription (retail) & up to a 90-day supply (mail-order)
	Non-preferred brand drugs	\$50 / \$100 / \$105 copay / prescription (retail) & 85 copay / prescription (mail-order)	Not covered	31 / 60 / 90-day supply / prescription (retail) & up to a 90-day supply (mail-order)

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		In-Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
	<u>Specialty drugs</u>	Applicable copay will apply	Not covered	31 / 60 / 90-day supply / prescription (retail) & up to a 90-day supply (mail-order)
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	None
	Physician/surgeon fees	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	None
If you need immediate medical attention	<u>Emergency room care</u>	\$100 <u>copay/visit</u> , <u>deductible</u> doesn't apply	\$100 <u>copay/visit</u> , <u>deductible</u> doesn't apply	Out-of-network emergency use paid the same as in-network. No coverage for non-emergency use.
	<u>Emergency medical transportation</u>	No charge	No charge	Out-of-network emergency use paid the same as in-network. 20% <u>coinsurance</u> for non-emergency transport, except 40% <u>coinsurance</u> out-of-network.
	<u>Urgent care</u>	\$35 <u>copay/visit</u> , <u>deductible</u> doesn't apply	40% <u>coinsurance</u>	No coverage for non-urgent use.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Penalty of \$500 for failure to obtain <u>pre-authorization</u> for out-of-network care.
	Physician/surgeon fees	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	None
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	Office: \$35 <u>copay/visit</u> , <u>deductible</u> doesn't apply; other outpatient services: no charge	Office & other outpatient services: 40% <u>coinsurance</u>	None
	Inpatient services	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Penalty of \$500 for failure to obtain <u>pre-authorization</u> for out-of-network care.
If you are pregnant	Office visits	No charge	40% <u>coinsurance</u>	Cost sharing does not apply for <u>preventive services</u> . Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound.) Penalty of \$500 for failure to obtain <u>pre-authorization</u> for out-of-network care may apply.
	Childbirth/delivery professional services	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	
	Childbirth/delivery facility services	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	
If you need help recovering or have	<u>Home health care</u>	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	90 visits/ <u>plan</u> year. Penalty of \$500 for failure to obtain <u>pre-authorization</u> for out-of-network care.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		In-Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
other special health needs	<u>Rehabilitation services</u>	\$35 <u>copay/visit deductible</u> doesn't apply	40% <u>coinsurance</u>	40 visits/ <u>plan</u> year for Physical Therapy, 12 visits/ <u>plan</u> year for Occupational & Speech Therapy.
	<u>Habilitation services</u>	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	None
	<u>Skilled nursing care</u>	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	100 days/ <u>plan</u> year. Penalty of \$500 for failure to obtain <u>pre-authorization</u> for out-of-network care.
	<u>Durable medical equipment</u>	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Limited to 1 <u>durable medical equipment</u> for same/similar purpose. Excludes repairs for misuse/abuse.
	<u>Hospice services</u>	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Penalty of \$500 for failure to obtain <u>pre-authorization</u> for out-of-network care.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	Not covered	Not covered	Not covered.
	Children's glasses	Not covered	Not covered	Not covered.
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	Not covered.

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)

- Bariatric surgery
- Cosmetic surgery
- Dental care (Adult & Child)
- Glasses (Child)
- Hearing aids
- Long-term care
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Prescription drugs
- Routine eye care (Adult & Child)
- Routine foot care
- Weight loss programs - Except for required preventive services.

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)

- Acupuncture - 10 visits/plan year for disease, injury & chronic pain.
- Chiropractic care - 20 visits/plan year.
- Infertility treatment - Limited to the diagnosis & treatment of underlying medical condition.
- Private-duty nursing - 30- 8 hour shifts/plan year.

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is:

- For more information on your rights to continue coverage, contact the [plan](#) at 1-866-760-1009.
- If your group health coverage is subject to ERISA, you may also contact the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
- For non-federal governmental group health [plans](#), you may also contact the Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight, at 1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov.
- If your coverage is a church [plan](#), church [plans](#) are not covered by the Federal COBRA continuation coverage rules. If the coverage is insured, individuals should contact their State insurance regulator regarding their possible rights to continuation coverage under State law.

Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the [Health Insurance Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your plan for a denial of a claim. This complaint is called a grievance or appeal. For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical claim. Your plan documents also provide complete information on how to submit a claim, appeal, or a grievance for any reason to your plan. For more information about your rights, this notice, or assistance, contact:

- If your group health coverage is subject to ERISA, you may contact Aetna directly by calling the toll-free number on your Medical ID Card, or by calling our general number at 1-866-760-1009. You may also contact the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
- For non-federal governmental group health [plans](#), you may also contact the Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight, at 1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov.
- Additionally, a consumer assistance program can help you file your [appeal](#). Contact information is at: <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.

[Minimum Essential Coverage](#) generally includes [plans](#), health insurance available through the [Marketplace](#) or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of [Minimum Essential Coverage](#), you may not be eligible for the [premium tax credit](#).

Does this plan meet Minimum Value Standards? No.

If your [plan](#) doesn't meet the [Minimum Value Standards](#), you may be eligible for a [premium tax credit](#) to help you pay for a [plan](#) through the [Marketplace](#).

To see examples of how this [plan](#) might cover costs for a sample medical situation, see the next section

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost-sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby
(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

- The plan's overall deductible \$1,100
- Specialist copayment \$35
- Hospital (facility) coinsurance 20%
- Other coinsurance 20%

This EXAMPLE event includes services like:

- Specialist office visits (*prenatal care*)
- Childbirth/Delivery Professional Services
- Childbirth/Delivery Facility Services
- Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work*)
- Specialist visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
In this example, Peg would pay:	
<i>Cost Sharing</i>	
<u>Deductibles</u>	\$1,100
<u>Copayments</u>	\$200
<u>Coinsurance</u>	\$1,200
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$70
The total Peg would pay is	\$2,570

Managing Joe's Type 2 Diabetes
(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

- The plan's overall deductible \$1,100
- Specialist copayment \$35
- Hospital (facility) coinsurance 20%
- Other coinsurance 20%

This EXAMPLE event includes services like:

- Primary care physician office visits (*including disease education*)
- Diagnostic tests (*blood work*)
- Prescription drugs
- Durable medical equipment (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$5,600
In this example, Joe would pay:	
<i>Cost Sharing</i>	
<u>Deductibles</u>	\$0
<u>Copayments</u>	\$300
<u>Coinsurance</u>	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$4,300
The total Joe would pay is	\$4,600

Mia's Simple Fracture
(in-network emergency room visit and follow up care)

- The plan's overall deductible \$1,100
- Specialist copayment \$35
- Hospital (facility) coinsurance 20%
- Other coinsurance 20%

This EXAMPLE event includes services like:

- Emergency room care (*including medical supplies*)
- Diagnostic test (*x-ray*)
- Durable medical equipment (*crutches*)
- Rehabilitation services (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$2,800
In this example, Mia would pay:	
<i>Cost Sharing</i>	
<u>Deductibles</u>	\$0
<u>Copayments</u>	\$300
<u>Coinsurance</u>	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$10
The total Mia would pay is	\$310

Assistive Technology

Persons using assistive technology may not be able to fully access the following information. For assistance, please call 866-393-0002.

Smartphone or Tablet

To view documents from your smartphone or tablet, the free WinZip app is required. It may be available from your App Store.

Non-Discrimination

Aetna complies with applicable Federal civil rights laws and does not unlawfully discriminate, exclude or treat people differently based on their race, color, national origin, sex, age, disability, gender identity or sexual orientation.

We provide free aids/services to people with disabilities and to people who need language assistance.

If you need a qualified interpreter, written information in other formats, translation or other services, call the number on your ID card.

If you believe we have failed to provide these services or otherwise discriminated based on a protected class noted above, you can also file a grievance with the Civil Rights Coordinator by contacting:

Civil Rights Coordinator,
P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (CA HMO customers: P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779),
1-800-648-7817, TTY: 711,
Fax: 859-425-3379 (CA HMO customers: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, or at 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna is the brand name used for products and services provided by one or more of the Aetna group of subsidiary companies, including Aetna Life Insurance Company, Coventry Health Care plans and their affiliates.



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.HealthReformPlanSBC.com o llame al 1-866-760-1009. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-866-760-1009 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible total</u> ?	Por cada año del plan, dentro de la red: individual \$1,100/familiar \$2,250. Fuera de la red: individual \$2,200/familiar \$4,500.	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este plan comience a pagar. Si otros miembros de la familia están incluidos en el plan, cada miembro debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de los gastos del <u>deducible</u> pagada por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. La atención de emergencia; más las visitas al consultorio y la <u>atención preventiva</u> dentro de la red están cubiertas antes de que alcance el <u>deducible</u> .	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este plan cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este plan?	Dentro de la red: individual \$4,600/familiar \$9,250. Fuera de la red: individual \$9,200/familiar \$18,500. Medicamentos con receta: individual \$2,400/familiar \$4,750.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia están incluidos en el plan, deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación de saldo</u> , atención médica que este plan no cubre y sanciones por no obtener la <u>autorización previa</u> para los servicios.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite www.aetna.com/docfind o llame al 1-866-760-1009.	Este plan utiliza una red de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su plan paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .



Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$25 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el deducible.	40 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$35 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el deducible.	40 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin cargo.	40 % de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará el <u>plan</u> .
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	\$30 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el deducible.	40 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.optumrx.com	Medicamentos genéricos	\$15/\$30/\$45 de copago/medicamentos con receta médica (al por menor) y \$25 de copago/medicamentos con receta médica (pedidos por correo).	Sin cobertura.	Un suministro de 31/60/90 días (medicamentos con receta médica al por menor) y un suministro de hasta 90 días (medicamentos con receta médica pedidos por correo).
	Medicamentos de marca preferidos	\$35/\$70/\$105 de copago/medicamentos con receta médica (al por menor) y \$45 de copago/medicamentos con receta médica (pedidos por correo).	Sin cobertura.	Un suministro de 31/60/90 días (medicamentos con receta médica al por menor) y un suministro de hasta 90 días (medicamentos con receta médica pedidos por correo).
	Medicamentos de marca no preferidos	\$50/\$100/\$105 de copago/medicamentos con receta médica (al por menor) y \$85 de copago/medicamentos con receta médica (pedidos por correo).	Sin cobertura.	Un suministro de 31/60/90 días (medicamentos con receta médica al por menor) y un suministro de hasta 90 días (medicamentos con receta médica pedidos por correo).
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	Se cobrará el copago correspondiente.	Sin cobertura.	Un suministro de 31/60/90 días (medicamentos con receta médica al por menor) y un suministro de hasta 90 días (medicamentos con receta médica pedidos por correo).

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$100 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el deducible.	\$100 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el deducible.	La atención de emergencia fuera de la red se paga igual que dentro de la <u>red</u> . No hay cobertura para atención que no es de emergencia.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cargo.	Sin cargo.	La atención de emergencia fuera de la red se paga igual que dentro de la <u>red</u> . 20 % de <u>coseguro</u> para traslados que no son de emergencia; 40 % de <u>coseguro</u> para atención fuera de la red.
	<u>Atención de urgencia</u>	\$35 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el deducible.	40 % de <u>coseguro</u> .	No hay cobertura para atención que no es de urgencia.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	Sanción de \$500 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas al consultorio: \$35 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el deducible; otros servicios para pacientes ambulatorios: sin cargo.	Visitas al consultorio y otros servicios para pacientes ambulatorios: 40 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	Sanción de \$500 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo.	40 % de <u>coseguro</u> .	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en este resumen (por ejemplo, ecografía). Puede aplicarse una sanción de \$500 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	90 visitas/año calendario. Sanción de \$500 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	Servicios de rehabilitación	\$35 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el deducible.	40 % de <u>coseguro</u> .	40 visitas/año del <u>plan</u> para fisioterapia. 12 visitas/año del <u>plan</u> para terapias ocupacional y del habla.
	<u>Servicios de habilitación</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	100 días/año del <u>plan</u> . Sanción de \$500 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	Limitado a 1 <u>equipo médico duradero</u> con el mismo objetivo o uno similar. Se excluyen las reparaciones por mal uso o abuso.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	Sanción de \$500 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	Anteojos para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	Control dental para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Cirugía bariátrica.
- Cirugía plástica.
- Atención dental (adultos y niños).
- Anteojos (niños).
- Audífonos.
- Atención a largo plazo.
- Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU.
- Medicamentos con receta médica
- Atención de rutina para la vista (adultos y niños).
- Atención de rutina para los pies.
- Programas para la pérdida de peso, excepto los servicios preventivos requeridos.

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Acupuntura: 10 visitas por año del plan para tratar una enfermedad, una lesión o un dolor crónico.
- Cuidado quiropráctico: 10 visitas por año del plan.
- Tratamiento para la infertilidad: Limitado al diagnóstico y al tratamiento de la afección médica subyacente.
- Enfermería privada: 30 turnos de 8 horas/año del plan.

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es:

- Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-866-760-1009.
- Si su cobertura de salud de grupo está sujeta a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), también puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- Para planes de salud de grupo gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 (interno 61565) o visitar www.cciio.cms.gov.
- Si está cubierto por un plan de la iglesia, tenga en cuenta que dichos planes no están cubiertos por las normas de continuidad de cobertura de la ley federal COBRA. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con el regulador de seguros del estado para conocer los posibles derechos de continuidad de la cobertura según la ley estatal.

Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con:

- Si su cobertura de salud de grupo está sujeta a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), puede comunicarse con Aetna, directamente, al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación médica, o al número general 1-866-760-1009. También puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- Para planes de salud de grupo gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 (interno 61565) o visitar www.cciio.cms.gov.
- Asimismo, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. La información de contacto se encuentra en <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? No.

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$1,100
- Copago de especialista \$35
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20 %
- Otro coseguro 20 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,100
<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coseguro</u>	\$1,200
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$70
El total que Peg pagaría es	\$2,570

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El deducible general del plan \$1,100
- Copago de especialista \$35
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20 %
- Otro coseguro 20 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)
Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta médica
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$4,300
El total que Joe pagaría es	\$4,600

Fractura simple de Mía
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$1,100
- Copago de especialista \$35
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20 %
- Otro coseguro 20 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la Sala de Emergencias (*incluye suministros médicos*)
Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mía pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$10
El total que Mía pagaría es	\$310

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Tecnología de asistencia

Las personas que usan tecnología de asistencia quizás no puedan tener acceso completo a la siguiente información. Para obtener asistencia, llame al 866-393-0002.

Teléfono inteligente o tableta

Para ver los documentos desde su teléfono inteligente o tableta, se requiere la aplicación gratuita WinZip. Puede estar disponible en App Store.

Aviso sobre la no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina de forma ilícita, excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad, identidad de género u orientación sexual.

Brindamos asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades y que necesitan asistencia de idiomas.

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Si cree que no hemos brindado estos servicios o que lo hemos discriminado de alguna manera por pertenecer a una de las clases protegidas mencionadas más arriba, puede comunicarse con el coordinador de derechos civiles y presentar una queja formal:

Civil Rights Coordinator

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de HMO de California: P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779)

1-800-648-7817, TTY: 711

Fax: 859-425-3379 (clientes de HMO de California: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com

También puede presentar una queja sobre derechos civiles en el portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ingresando en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede hacerlo por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios ofrecidos por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company, planes Coventry Health Care y sus filiales.

- Hindi- **t(c::l fflISfT flt(lifrtl ct, - 1-866-760-1009 Cf< m Cfiftl**
- Hmong - Yog xav tau kev pab exhais lus Hmoob hu dawb tau rau J-866-760-1009.
- Ibo· Maka enyemaka asl,JSl,J na Igbo kp99 1-866-760-1009 na akwl,lghj l,JQW9 9 bl,lla
- Ilocano- Para iti tulong ti pagsasao iti pagsasao tawagan ti 1-866-760-1009 nga awan ti bayadanyo.
- Italian- Per cicevere assistenza linguistica in italiano, puo chiamare gratL<itamenre 1-866-760-1009.
- Japanese - 日本語で援助をご希望の方は、1-866-760-1009 まで無料でお電話ください。
- Karen- လာဝာ်မၤစၢၤလာဝာ်ကတိၤကတိၤအဂီၢ် ကတိၤ ၈66-760-1009 လာဝာ်အိၣ်ဒီးတၢ်လာဝာ်သ့ၣ်လာဝာ်စၢၤတၢ်
- Korean- OJ£ <2!01 :i:1 g :;i {i!0Al'2'!¥E .2f <2!-866-760-1009 0.£1-oH2? Al.2..
- Kru-Bassa- 'Be'm'ke gbo-kpa-kpa dye piayi cf.e 'Ba·soo:wuquun wE£, cf.a 1-866-760-1009
- Kurdish - 1.S.IJo.Y-½u:il...1 "-/ 1-866-760-1009 o),....: 4 u-'-'.J 04j'-'! c.s:1W.I_;/S.Y.
- Laotian - 'ltn'l1JC1e.n'l1Ji1:;>'Lu :imme t1Jn'l1JettJW'li)!@'l:;>, ni:;,i1J'l ltnn'l1-866-760-1009 1 '1EJ6 (i)!Ji'l1t11.
- arathi- g.)Uj<"4j ., 3TT'TT qifU4Ffii81, 1-866-760-1009 cf{'q;r.f'qir'J,
- Marshallese- Nan b6k jipan ilo Kajin Majol, kallok 1-866-760-1009 ilo ejjelok w6nan.
- Micronesian- Ohng palien sawas en soun kawewe ni omw lokaia Ponape koahl 1-866-760-1009 ni sohte isais.
- Pohnpeyan-
- Mon-Khmer, Cambodian- nu llll'l1Nlctll'l1Nl i:1111NQSS loirnsrul8 1-866-760-1009 !!!-11Wfil'in'l'i CUh
- Navajo- T'aa shi shizaad k'ehji bee shikaa'doowol ninizingo Dinek'ehji koji' t'aa'jiik'eh61ne' 1-866-760-1009
- Nepali- (ilq1i4)) mf.'t=\TM>3TT1!!11tli.:14<'11q13.i<fi1<>!!TTt 1-866-760-1009m1NO•!1-:l.(;)tl_1
- Nilotic-Dinka- Ten kuo:my e thok e Thuoriiari col t-866-760-1009kec'in ayoc.
- Norwegian- For sprakassistanse pa norsk, ring 1-866-760-1009 kostnadsfritt.
- Panjabi- AA.,!!l:'6 Rd'li-!3- et, 1-866-760-1009 '3 q"8'q; }I
- PennsylvaniaDutch- Fer Hefle in Deutsch, ruf:1-866-760-1009aa. Es Aaruf koschtet nix.
- Persian- ■ . ..>>- u.,W tSl y, p. U-' 1-866-760-1009 o).....!4(5"-'.JI!J.:j"-1 c.s:1W.l.J 15l..>!'
- Polish· Aby uzyskac pomoc w j yku polskim, zadzwon bezplarnie pod numer 1-866-760-1009.
- Portuguese - Para obter assistencia linguistica em porruges ligue para o 1-866-760-1009graruimmenre.
- Romanian- Pentru asistenla lin ,istica io romine te telefonap la nwnarul graruit 1-866-760-1009

- Russian - Ifro6w nOA)"IJITbnoMOll(b pyccKOff3bl'IHOfOnepeBOA'llfKa, OO38OHUTE no 6ecr1Aanlmly HOMepy 1-866-760-1009.
- Samoan - Mo fesoasoanitau gagana I le Gagana Samoa vala'au le 1-866-760-1009 e aunoa ma se totogi.
- Serbo-Croatian- Za jezifou pomoc na hrvacskom jeziku pozovite besplatno broj 1-866-760-1009.
- Spanish - Para obtener asistencia Lingüística en español, Uame sin cargo al 1-866-760-1009.
- Sudanic-Fulfulde- Fii yo on hebu balal e ko yowitii e haala Pular noddee e oo numero cfoo 1-866-760-1009. Njodi woo fawaaki on.
- Swahili- Ukihitaji usaidizi karika lugha ya Kiswahili piga simu kwa 1-866-760-1009 bila malipo.
- Syriac - «....._...< «, __ " ;..._Mr<':;:,l..._ « c,,o.i,,r<m«' .l" \ i = , d\.,l, a'1-866-760-1009 a •---..:
- Tagalog- Para sa culong sa wika na nasa Tagalog, tawagan ang 1-866-760-1009 nang walang bayad.
- Telugu- 4& o:i)o §'(s,.)u-oel 4'0.l.)uruoc:-1-866-760-1009 s, s-6 o:iloc. (ilwru)
- Thai- d'l'1InJA11llthtJL'1-1\$1t1V11 1UIH1Y1LfiU III1Y1'1.VItJ 'iVI 1-866-760-1009 v'B'1.1liFi1td':i1tJ
- Tongan- Kapau 'oku fiema'u hii tokoni 'i he lea faka-Tonga telefoni 1-866-760-1009 'o 'ikai ha otongi.
- Trukese- Ren aninnisin chiaku ren(Kapasen Chuuk) kopwe kekkeeri 1-866-760-1009 nge esapw kame ngonuk.
- Turkish - (Oil) agnsr dil yardIm i in. Hi bir icret odemedem 1-866-760-1009.
- Ukrainian- ll(o6 OTJ)mtan1A00OMof) nepeKA8A3'la)!..pai"HCbKOi"MOBH, JaTeAecpoHp"rre 3a 6e3KOUITOBHJIMHmrepoM1-866-760-1009.
- Urdu - - wI.iJ1 . I-866-760-1009 • c!, c;!fi J...,h ul. JJ_j
- Vietnamese- Oe'dl.la\; hotrci.ngonngub hg(ngon ngLJ), hay go[mien phi'den s61'-866-760-1009.
- Yiddish- .1XIt!)1'(110 "1!) 1-866-760-1009 IJ!)r\ IU'i'X I'H 9I•;,)1<1!)1U 1X!)
- Yoruba - Fun iranl9w9 nipa ede(Yoruba) pe 1-866-760-1009 lai san ow6 kankan rara.