



PLAN DESIGN & BENEFITS
ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED

PLAN FEATURES	IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK
Benefit Limitations - For any service or supply that is subject to a maximum visit, day, or dollar limitation on a per year basis, the benefit year begins on the effective date of the plan unless otherwise mandated. Refer to your plan documents for more information.		
Deductible (per plan year)	\$1,100 Individual \$2,250 Family	\$2,200 Individual \$4,500 Family
All covered expenses, accumulate separately toward the in-network or out-of-network Deductible. Unless otherwise indicated, the deductible must be met prior to benefits being payable. Member cost sharing for certain services, as indicated in the plan, are excluded from charges to meet the Deductible. Pharmacy expenses do not apply towards the Deductible. The family Deductible is a cumulative Deductible for all family members. The family Deductible can be met by a combination of family members; however, no single individual within the family will be subject to more than the individual Deductible amount.		
Member Coinsurance	20%	40%
Applies to all expenses unless otherwise stated.		
Payment Limit ((per plan year)	\$4,600 Individual \$9,250 Family	\$9,200 Individual \$18,500 Family
All covered expenses accumulate separately toward the in-network or out-of-network Payment Limit. Certain member cost sharing elements may not apply toward the Payment Limit. Pharmacy expenses do not apply towards the Payment Limit. Only those out-of-pocket expenses resulting from the application of coinsurance percentage, copays, and deductibles (except any penalty amounts) may be used to satisfy the Payment Limit. The family Payment Limit is a cumulative Payment Limit for all family members. The family Payment Limit can be met by a combination of family members; however, no single individual within the family will be subject to more than the individual Payment Limit amount.		
Lifetime Maximum Unlimited except where otherwise indicated.		
Payment for Out-of-Network Care**	Not Applicable	Professional: 80 th percentile of Fair Health - UCR Facility: Prevailing Charges
Primary Care Physician Selection Calendar Year	Optional	Not Applicable
Certification Requirements - Certification for certain types of Out-of-Network care must be obtained to avoid a reduction in benefits paid for that care. Certification for Hospital Admissions, Treatment Facility Admissions, Convalescent Facility Admissions, Home Health Care, Hospice Care and Private Duty Nursing is required - excluded amount applied separately to each type of expense is \$500 per occurrence.		
Referral Requirement	None	None
Telemedicine Consultations - Covered services for telemedicine consultations are available from a number of different kinds of providers under your plan. Log onto your secure Aetna website at https://www.aetna.com/ to review our telemedicine provider listings and get more information about your options, including specific cost sharing amounts.		



PLAN DESIGN & BENEFITS
ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED

PREVENTIVE CARE	IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK
Routine Adult Physical Exams/ Immunizations 1 exam every 12 months up to age 65, 1 exam every 12 months age 65 and older	Covered 100%; deductible waived	40%; deductible waived
Routine Well Child Exams/Immunizations 7 exams first 12 months, 3 exams 13th - 24th months, 3 exams 25th - 36th months, 1 exam per 12 months thereafter to age 22.	Covered 100%; deductible waived	40%; deductible waived
Routine Gynecological Care Exams 1 exam and pap smear per calendar year, includes related fees.	Covered 100%; deductible waived	40%; deductible waived
Routine Mammograms	Covered 100%; deductible waived	40%; deductible waived
Women's Health Includes: Screening for gestational diabetes, HPV (Human- Papillomavirus) DNA testing, counseling for sexually transmitted infections, counseling and screening for human immunodeficiency virus, screening and counseling for interpersonal and domestic violence, breastfeeding support, supplies and counseling. Contraceptive methods, sterilization procedures, patient education and counseling. Limitations may apply.	Covered 100%; deductible waived	40%; deductible waived
Routine Digital Rectal Exam Recommended: For covered males age 40 and over.	Covered 100%; deductible waived	40%; deductible waived
Prostate-specific Antigen Test Recommended: For covered males age 40 and over.	Covered 100%; deductible waived	40%; deductible waived
Colorectal Cancer Screening Recommended: For all members age 45 and over.	Covered 100%; deductible waived	40%; deductible waived
Routine Eye Exams	Not Covered	Not Covered
Routine Hearing Screening	Covered 100%; deductible waived	40%; deductible waived
PHYSICIAN SERVICES		
Office Visits to Non-Specialist Includes services of an internist, general physician, family practitioner or pediatrician.	\$25 office visit copay; deductible waived	40%; after deductible
Telemedicine Consultation with Non-Specialist	\$25 office visit copay; deductible waived	40%; after deductible
Specialist Office Visits	\$35 office visit copay; deductible waived	40%; after deductible
Telemedicine Consultation with Specialist	\$35 office visit copay; deductible waived	40%; after deductible
Hearing Exams	Not Covered	Not Covered
Pre-Natal Maternity	Covered 100%; deductible waived	40%; after deductible
Walk-in Clinics	Designated Walk-in Clinics Covered 100%; deductible waived All Other Network Providers \$25 copay; deductible waived	40%; after deductible
Walk-in Clinics are free-standing health care facilities that (a) may be located in or with a pharmacy, drug store, supermarket or other retail store; and (b) provide limited medical care and services on a scheduled or unscheduled basis. Urgent care centers, emergency rooms, the outpatient department of a hospital, ambulatory surgical centers, and physician offices are not considered to be Walk-in Clinics. If telemedicine preventive screening and counseling services are provided through a walk-in clinic, these services are paid under the preventive care benefit.		
Allergy Testing	Covered 100%; deductible waived	Your cost sharing is based on the type of service and where it is performed



**PLAN DESIGN & BENEFITS
 ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED**

Allergy Injections	20%; after deductible	Your cost sharing is based on the type of service and where it is performed
DIAGNOSTIC PROCEDURES	IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK
Diagnostic X-ray (other than Complex Imaging Services) If performed as a part of a physician office visit and billed by the physician, expenses are covered subject to the applicable physician's office visit member cost sharing.	\$30 copay – physician's office or Outpatient facility	40%; after deductible
Diagnostic Laboratory If performed as a part of a physician office visit and billed by the physician, expenses are covered subject to the applicable physician's office visit member cost sharing.	\$30 copay – physician's office or Outpatient facility	40%; after deductible
Diagnostic Complex Imaging If performed as a part of a physician office visit and billed by the physician, expenses are covered subject to the applicable physician's office visit member cost sharing.	20%; after deductible	40%; after deductible
EMERGENCY MEDICAL CARE	IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK
Urgent Care Provider	\$35 office visit copay; deductible waived	40%; after deductible
Non-Urgent Use of Urgent Care Provider	Not Covered	Not Covered
Emergency Room Copay waived if admitted	\$100 copay; deductible waived	Same as in-network care
Non-Emergency Care in an Emergency Room	Not Covered	Not Covered
Emergency Use of Ambulance	Covered 100%; deductible waived	Same as in-network care
Non-Emergency Use of Ambulance	20%; after deductible	40%; after deductible
HOSPITAL CARE	IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK
Inpatient Coverage Your cost sharing applies to all covered benefits incurred during your inpatient stay.	20%; after deductible	40%; after deductible
Inpatient Maternity Coverage (includes delivery and postpartum care) Your cost sharing applies to all covered benefits incurred during your inpatient stay.	20%; after deductible	40%; after deductible
Outpatient Hospital Expenses Your cost sharing applies to all covered benefits incurred during your outpatient visit.	20%; after deductible	40%; after deductible
Outpatient Surgery - Hospital Your cost sharing applies to all covered benefits incurred during your outpatient visit.	20%; after deductible	40%; after deductible
Outpatient Surgery - Freestanding Facility Your cost sharing applies to all covered benefits incurred during your outpatient visit.	20%; after deductible	40%; after deductible
MENTAL HEALTH SERVICES	IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK
Inpatient Your cost sharing applies to all covered benefits incurred during your inpatient stay.	20%; after deductible	40%; after deductible
Mental Health Office Visits Your cost sharing applies to all covered benefits incurred during your outpatient visit.	\$35 copay; deductible waived	40%; after deductible
Mental Health Telemedicine Consultations Your cost sharing applies to all covered benefits incurred during your outpatient visit.	\$35 office visit copay; deductible waived	40%; after deductible



PLAN DESIGN & BENEFITS
ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED

Other Mental Health Services	Covered 100%; deductible waived	40%; after deductible
SUBSTANCE ABUSE	IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK
Inpatient	20%; after deductible	40%; after deductible
Your cost sharing applies to all covered benefits incurred during your inpatient stay.		
Residential Treatment Facility	20%; after deductible	40%; after deductible
Substance Abuse Office Visits	\$35 copay; deductible waived	40%; after deductible
Your cost sharing applies to all covered benefits incurred during your outpatient visit.		
Substance Abuse Telemedicine Consultations	\$35 office visit copay; deductible waived	40%; after deductible
Your cost sharing applies to all covered benefits incurred during your outpatient visit.		
Other Substance Abuse Services	Covered 100%; deductible waived	40%; after deductible
OTHER SERVICES	IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK
Skilled Nursing Facility	20%; after deductible	40%; after deductible
Limited to 100 days per year Your cost sharing applies to all covered benefits incurred during your inpatient stay.		
Home Health Care	20%; after deductible	40%; after deductible
Limited to 90 visits per year. Private Duty Nursing not included. Limited to 3 intermittent visits per day by a participating home health care agency; 1 visit equals a period of 4 hrs or less.		
Hospice Care - Inpatient	20%; after deductible	40%; after deductible
Your cost sharing applies to all covered benefits incurred during your inpatient stay.		
Hospice Care - Outpatient	20%; after deductible	40%; after deductible
Your cost sharing applies to all covered benefits incurred during your outpatient visit.		
Private Duty Nursing - Outpatient	20%; after deductible	40%; after deductible
Limited to 30 eight hour shifts per year. Each period of private duty nursing of up to 8 hours will be deemed to be one private duty nursing shift.		
Spinal Manipulation Therapy	\$35 copay; deductible waived	40%; after deductible
Limited to 20 visits per year		
Outpatient Short-Term Rehabilitation	\$35 copay; deductible waived	40%; after deductible
Limited to physical therapy 40 visits per year; occupational and speech therapy 12 visits each therapy per year. Includes speech, physical, occupational therapy		
Habilitative Physical Therapy	20%; after deductible	40%; after deductible
Habilitative Occupational Therapy	20%; after deductible	40%; after deductible
Habilitative Speech Therapy	20%; after deductible	40%; after deductible
Autism Behavioral Therapy	\$35 copay; deductible waived	40%; after deductible
Combined with outpatient mental health visits		
Autism Applied Behavior Analysis	20%; after deductible	40%; after deductible
Covered same as any other Outpatient Mental Health Other Services benefit		
Autism Physical Therapy	20%; after deductible	40%; after deductible
Autism Occupational Therapy	20%; after deductible	40%; after deductible
Autism Speech Therapy	20%; after deductible	40%; after deductible
Durable Medical Equipment	20%; after deductible	40%; after deductible
Diabetic Supplies -- (if not covered under Pharmacy benefit)	Covered same as any other medical expense.	Covered same as any other medical expense.
Affordable Care Act Mandated Women's Contraceptives	Covered 100%; deductible waived	Covered same as any other expense.



**PLAN DESIGN & BENEFITS
 ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED**

Women's Contraceptive drugs and devices not obtainable at a pharmacy	Covered 100%; deductible waived	Covered same as any other expense.
Infusion Therapy Administered in the home or physician's office	\$35 copay; deductible waived	40%; after deductible
Infusion Therapy Administered in an outpatient hospital department or freestanding facility	20%; after deductible	40%; after deductible
Gene-based, Cellular, and other Innovative Therapies (GCIT™)	Your cost sharing is based on the type of service and where it is performed \$35 copay; deductible waived for gene therapy drugs, if applicable In-network coverage is provided at GCIT™ designated facilities only.	Not Covered
Vision Eyewear	Not Covered	Not Covered
Transplants	20%; after deductible	40%; after deductible
Bariatric Surgery	Not Covered	Not Covered
Acupuncture Limited to 10 visits per year	\$25 copay; deductible waived	40%; after deductible
"Other" Health Care -- 20% member coinsurance, after deductible, for services that are neither in-network nor out-of-network.		
FAMILY PLANNING	IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK
Infertility Treatment	Your cost sharing is based on the type of service and where it is performed Diagnosis and treatment of the underlying medical condition only.	Your cost sharing is based on the type of service and where it is performed
Comprehensive Infertility Services Artificial insemination and ovulation induction	Not Covered	Not Covered
Advanced Reproductive Technology (ART) In vitro fertilization (IVF), zygote intra-fallopian transfer (ZIFT), gamete intrafallopian transfer (GIFT), cryopreserved embryo transfers, intracytoplasmic sperm injection (ICSI) or ovum microsurgery.	Not Covered	Not Covered
Vasectomy	Your cost sharing is based on the type of service and where it is performed	40%; after deductible
Tubal Ligation	Covered 100%; deductible waived	40%; after deductible
GENERAL PROVISIONS		
Dependents Eligibility	Spouse, children from birth to age 26 regardless of student status.	

**We cover the cost of services based on whether doctors are "in network" or "out of network." We want to help you understand how much we pay for your out-of-network care. At the same time, we want to make it clear how much more you will need to pay for this "out-of-network" care.

You may choose a provider (doctor or hospital) in our network. You may choose to visit an out-of-network provider. If you choose a doctor who is out of network, your health plan may pay some of that doctor's bill. Most of the time, you will pay a lot more money out of your own pocket if you choose to use an out-of-network doctor or hospital.



PLAN DESIGN & BENEFITS
ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED

When you choose out-of-network care, we limit the amount it will pay. This limit is called the "recognized" or "allowed" amount.

- For doctors and other professionals the amount is based on what Medicare pays for these services. The government sets the Medicare rate. Exactly how much we "recognize" depends on the plan you or your employer picks.
- For hospitals and other facilities, the amount is based on what Medicare pays for these services. The government sets the Medicare rate. Exactly how much we "recognize" depends on the plan you or your employer picks.

Your doctor sets his or her own rate to charge you. It may be higher -- sometimes much higher -- than what your plan "recognizes." Your doctor may bill you for the dollar amount that we don't "recognize." You must also pay any copayments, coinsurance and deductibles under your plan. No dollar amount above the "recognized charge" counts toward your deductible or out-of-pocket maximums. To learn more about how we pay out-of-network benefits visit our website.

You can avoid these extra costs by getting your care from Aetna's broad network of health care providers. Go to www.aetna.com and click on "Find a Doctor" on the left side of the page. If you are already a member, sign on to your Navigator member site.

This applies when you choose to get care out of network. When you have no choice (for example: emergency room visit after a car accident, or for other emergency services), we will pay the bill as if you got care in network. You pay cost sharing and deductibles for your in-network level of benefits. Contact us if your provider asks you to pay more. You are not responsible for any outstanding balance billed by your providers for emergency services beyond your cost sharing and deductibles.

This way of paying out-of-network doctors and hospitals applies when you choose to get care out of network. When you have no choice (for example: emergency room visit after a car accident), we will pay the bill as if you got care in network. You pay your plan's copayments, coinsurance and deductibles for your in-network level of benefits. Contact us if your provider asks you to pay more. You are not responsible for any outstanding balance billed by your providers for emergency services beyond your copayments, coinsurance and deductibles.

Plans are provided by: Aetna Life Insurance Company. While this material is believed to be accurate as of the production date, it is subject to change.

Health benefits and health insurance plans contain exclusions and limitations. Not all health services are covered.

See plan documents for a complete description of benefits, exclusions, limitations and conditions of coverage. Plan features and availability may vary by location and are subject to change. You may be responsible for the health care provider's full charges for any non-covered services, including circumstances where you have exceeded a benefit limit contained in the plan. Providers are independent contractors and are not our agents. Provider participation may change without notice. We do not provide care or guarantee access to health services.

The following is a list of services and supplies that are *generally* not covered. However, your plan documents may contain exceptions to this list based on state mandates or the plan design or rider(s) purchased by your employer.



**PLAN DESIGN & BENEFITS
ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED**

- All medical and hospital services not specifically covered in, or which are limited or excluded by your plan documents.
- Cosmetic surgery, including breast reduction.
- Custodial care.
- Dental care and dental X-rays.
- Donor egg retrieval
- Experimental and investigational procedures, except for coverage for medically necessary routine patient care costs for members participating in a cancer clinical trial.
- Hearing aids
- Home births
- Immunizations for travel or work, except where medically necessary or indicated.
- Implantable drugs and certain injectable drugs including injectable infertility drugs.
- Infertility services, including artificial insemination and advanced reproductive technologies such as IVF, ZIFT, GIFT, ICSI and other related services, unless specifically listed as covered in your plan documents.
- Long-term rehabilitation therapy.
- Non-medically necessary services or supplies.
- Outpatient prescription drugs (except for treatment of diabetes), unless covered by a prescription plan rider and over-the-counter medications (except as provided in a hospital) and supplies.
- Radial keratotomy or related procedures.
- Reversal of sterilization.
- Services for the treatment of sexual dysfunction/enhancement, including therapy, supplies or counseling or prescription drugs.
- Special duty nursing.
- Therapy or rehabilitation other than those listed as covered.
- Weight control services including surgical procedures, medical treatments, weight control/loss programs, dietary regimens and supplements, appetite suppressants and other medications; food or food supplements, exercise programs, exercise or other equipment; and other services and supplies that are primarily intended to control weight or treat obesity, including Morbid Obesity, or for the purpose of weight reduction, regardless of the existence of comorbid conditions.

In case of emergency, call 911 or your local emergency hotline, or go directly to an emergency care facility.

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

Puede estar disponible la traducción de este material en otro idioma. Por favor llame a Servicios al Miembro al **1-888-982-3862**.

Plan features and availability may vary by location and group size.

For more information about Aetna plans, refer to **www.aetna.com**.

Aetna and MinuteClinic, LLC (which either operates or provides certain management support services to MinuteClinic-branded walk-in clinics) are both within the CVS Health family.

© 2014 Aetna Inc.

DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
ADMINISTRADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY CON FINANCIACIÓN PROPIA

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Limitaciones de los beneficios: Para los servicios o suministros que están sujetos a un máximo de visitas, días o límite en dólares por año, el año de beneficios comienza en la fecha de entrada en vigor del plan, a menos que se exija algo distinto. Consulte los documentos de su plan para obtener más información.		
Deducible (por año del plan)	\$1,100 individual. \$2,250 familiar.	\$2,200 individual. \$4,500 familiar.
<p>Todos los gastos cubiertos se acumulan separadamente para el deducible dentro o fuera de la red. A menos que se indique de otra manera, el deducible debe completarse antes de que puedan pagarse los beneficios. El costo compartido que paga el miembro por ciertos servicios, como se indica en el plan, se excluye de los cargos para completar el deducible. Los gastos de farmacia no se aplican para el deducible. El deducible familiar es un deducible acumulativo para todos los miembros de la familia. El deducible familiar se puede alcanzar por una combinación de miembros de la familia; sin embargo, ningún individuo de la familia estará sujeto a una suma mayor que el monto de deducible individual.</p>		
Coseguro del miembro	20 %	40 %
Se aplica a todos los gastos, a menos que se especifique de otra manera.		
Límite de pago (por año del plan)	\$4,600 individual. \$9,250 familiar.	\$9,200 individual. \$18,500 familiar.
<p>Todos los gastos cubiertos se acumulan separadamente para el límite de pago dentro o fuera de la red. Ciertos elementos del costo compartido que paga el miembro pueden no ser aplicables para el límite de pago. Los gastos de farmacia no se aplican para el límite de pago. Solo aquellos gastos de desembolso resultantes de la aplicación del porcentaje de coseguro, de los deducibles y de los copagos (excepto cualquier multa) pueden utilizarse para satisfacer el límite de pago. El límite de pago familiar es un límite de pago acumulativo para todos los miembros de la familia. El límite de pago familiar se puede alcanzar por una combinación de miembros de la familia; sin embargo, ningún individuo de la familia estará sujeto a una suma mayor que el monto de límite de pago individual.</p>		
Máximo de por vida	Sin límite, excepto donde se indique lo contrario.	
Pago por cuidado fuera de la red**	No aplica.	Profesional: 80 % de Fair Health (usual, acostumbrado y razonable). Centro: cargos predominantes
Selección del médico de cuidado primario Por año calendario	Opcional.	No aplica.
Requisitos para la certificación Debe obtenerse certificación para ciertos tipos de cuidado fuera de la red con el fin de evitar una reducción en los beneficios pagados por dicho cuidado. Se requiere certificación para ingresos en hospitales, ingresos en centros de tratamiento, ingresos en centros de convalecencia, cuidado de salud en el hogar, cuidado de hospicio y servicio privado de enfermería; el monto excluido que se aplica separadamente a cada tipo de gasto es de \$500 por ocurrencia.		
Requisitos de remisión	Ninguno.	Ninguno.
Consultas de telemedicina: Hay servicios cubiertos para consultas de telemedicina disponibles para diferentes tipos de proveedores dentro de su plan. Inicie sesión en el sitio web seguro de Aetna, en https://www.aetna.com/ , para revisar las listas de proveedores de telemedicina y obtener más información sobre sus opciones, lo que incluye montos de costo compartido específicos.		
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 y 1 examen cada 12 meses a partir de los 65 años.	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	40 %; deducible eximido.
Exámenes de rutina para niños sanos y vacunas	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	40 %; deducible eximido.

DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
ADMINISTRADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY CON FINANCIACIÓN PROPIA

7 exámenes en los primeros 12 meses de vida, 3 exámenes entre los meses 13 y 24, 3 exámenes entre los meses 25 y 36; posteriormente, 1 examen cada 12 meses hasta los 22 años de edad.

Exámenes de cuidado ginecológico de rutina 1 examen y prueba de PAP por año calendario, incluye costos asociados.	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	40 %; deducible eximido.
Mamografías de rutina	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	40 %; deducible eximido.
Salud de la mujer Incluye exámenes para detectar diabetes gestacional; pruebas de ADN para detectar virus del papiloma humano (VPH); asesoramiento para infecciones de transmisión sexual; asesoramiento y exámenes para detectar virus de inmunodeficiencia humana (VIH); asesoramiento y exámenes en casos de violencia doméstica e interpersonal; asesoramiento, suministros y apoyo para lactancia materna; métodos anticonceptivos; procedimientos de esterilización; educación y asesoramiento de pacientes. Pueden existir limitaciones.	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	40 %; deducible eximido.
Examen de tacto rectal de rutina Se recomienda para hombres con cobertura, de 40 años de edad y mayores.	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	40 %; deducible eximido.
Prueba de antígeno específico prostático Se recomienda para hombres con cobertura, de 40 años de edad y mayores.	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	40 %; deducible eximido.
Examen para detectar cáncer colorrectal Se recomienda para todos los miembros de 45 años de edad y mayores.	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	40 %; deducible eximido.
Exámenes completos de ojos de rutina	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Examen de audición de rutina	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	40 %; deducible eximido.
SERVICIOS PRESTADOS POR MÉDICOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Visitas al consultorio de un médico no especialista Incluye servicios de internista, médico general, médico de familia o pediatra.	Copago de \$25 por visita al consultorio; deducible eximido.	40 % después del deducible.
Consulta de telemedicina con un proveedor no especialista	Copago de \$25 por visita al consultorio; deducible eximido.	40 % después del deducible.
Visitas al consultorio de un especialista	Copago de \$35 por visita al consultorio; deducible eximido.	40 % después del deducible.
Consulta de telemedicina con un proveedor especialista	Copago de \$35 por visita al consultorio; deducible eximido.	40 % después del deducible.
Exámenes de audición	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Maternidad (cuidado prenatal)	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	40 % después del deducible.
Clínicas sin cita previa	Clínicas sin cita previa designadas Cobertura del 100 %; deducible eximido. Todos los demás proveedores de la red Copago de \$25; deducible eximido.	40 % después del deducible.



Fecha de entrada en vigor: 1.º de junio de 2022
Open Choice® PPO

DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
ADMINISTRADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY CON FINANCIACIÓN PROPIA

Las clínicas sin cita previa son centros de cuidado de salud independientes que (a) pueden estar ubicadas en una farmacia, supermercado u otra tienda de venta al por menor, y (b) brindan cuidado y servicios médicos limitados con programación previa o sin ella. Los centros de cuidado de urgencia, las salas de emergencias, los departamentos de cuidado ambulatorio de los hospitales, los centros quirúrgicos ambulatorios y los consultorios médicos no se consideran clínicas sin cita previa.

Si se prestan servicios de asesoramiento y exámenes preventivos de telemedicina mediante una clínica sin cita previa, estos servicios se pagan con el beneficio de cuidado preventivo.

Pruebas de alergias	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	El costo compartido se basa en el tipo de servicio y el lugar donde se presta.
Inyecciones para tratar alergias	20 % después del deducible.	El costo compartido se basa en el tipo de servicio y el lugar donde se presta.

DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
ADMINISTRADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY CON FINANCIACIÓN PROPIA

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Radiografías de diagnóstico (distintas de servicios de imágenes complejas) Si los estudios se realizan como parte de la visita al consultorio y son facturados por el médico, los gastos están cubiertos según el costo compartido que paga el miembro por la visita al consultorio.	Copago de \$30; consultorio médico o centro ambulatorio.	40 % después del deducible.
Servicios de laboratorio para diagnóstico Si los estudios se realizan como parte de la visita al consultorio y son facturados por el médico, los gastos están cubiertos según el costo compartido que paga el miembro por la visita al consultorio.	Copago de \$30; consultorio médico o centro ambulatorio.	40 % después del deducible.
Servicios de diagnóstico por imágenes complejas Si los estudios se realizan como parte de la visita al consultorio y son facturados por el médico, los gastos están cubiertos según el costo compartido que paga el miembro por la visita al consultorio.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Proveedor de cuidado de urgencia	Copago de \$35 por visita al consultorio; deducible eximido.	40 % después del deducible.
Uso no urgente de un proveedor de cuidado de urgencia	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Sala de emergencias Copago eximido en caso de ingreso.	Copago de \$100; deducible eximido.	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 %; deducible eximido.	Igual al cuidado dentro de la red.
Uso que no es de emergencia de la ambulancia	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
CUIDADO EN HOSPITAL	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Cobertura de internación El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Cobertura de internación por maternidad (incluye cuidado para el parto y posparto) El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Gastos de cuidado ambulatorio en hospital El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Cirugía ambulatoria (hospital) El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Cirugía ambulatoria (centro independiente) El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
SERVICIOS DE SALUD MENTAL	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Con internación El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.

DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
ADMINISTRADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY CON FINANCIACIÓN PROPIA

Visitas al consultorio por servicios de salud mental	Copago de \$35; deducible eximido.	40 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria.		
Consultas de telemedicina por servicios de salud mental	Copago de \$35 por visita al consultorio; deducible eximido.	40 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria.		
Otros servicios de salud mental	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	40 % después del deducible.
ABUSO DE SUSTANCIAS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Con internación	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación.		
Centros residenciales de tratamiento	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Visitas al consultorio por abuso de sustancias	Copago de \$35; deducible eximido.	40 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria.		
Consultas de telemedicina por abuso de sustancias	Copago de \$35 por visita al consultorio; deducible eximido.	40 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria.		
Otros servicios por abuso de sustancias	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	40 % después del deducible.
OTROS SERVICIOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Centro de enfermería especializada	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Limitado a 100 días por año. El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación.		
Cuidado de salud en el hogar	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Limitado a 90 visitas por año. No se incluye el servicio privado de enfermería. Limitado a 3 visitas intermitentes por día por una agencia de cuidado de salud en el hogar participante; 1 visita equivale a un período de 4 horas o menos.		
Cuidado de hospicio (con internación)	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación.		
Cuidado de hospicio (ambulatorio)	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria.		
Servicio privado de enfermería (ambulatorio)	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Limitado a 30 turnos de 8 horas por año. Cada período de servicio privado de enfermería de hasta 8 horas será considerado 1 turno de enfermería privada.		
Terapia de manipulación de la columna vertebral	Copago de \$35; deducible eximido.	40 % después del deducible.
Limitado a 20 visitas por año.		
Rehabilitación ambulatoria a corto plazo	Copago de \$35; deducible eximido.	40 % después del deducible.
Limitado a 40 visitas de terapia física por año; terapias ocupacional y del habla: 12 visitas por cada terapia por año. Incluye terapias física, ocupacional y del habla.		
Terapia física para enseñanza de habilidades	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.

DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
ADMINISTRADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY CON FINANCIACIÓN PROPIA

Terapia ocupacional para enseñanza de habilidades	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Terapia del habla para enseñanza de habilidades	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Terapia de salud emocional y psicológica para casos de autismo Combinado con visitas ambulatorias por salud mental.	Copago de \$35; deducible eximido.	40 % después del deducible.
Análisis aplicado del comportamiento para casos de autismo Tiene igual cobertura que cualquier otro beneficio de servicios ambulatorios de salud mental.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Terapia física para casos de autismo	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Terapia ocupacional para casos de autismo	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Terapia del habla para casos de autismo	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Equipo médico duradero	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Suministros para diabéticos (si no están cubiertos como beneficio de farmacia)	Tiene igual cobertura que otros gastos médicos.	Tiene igual cobertura que otros gastos médicos.
Anticonceptivos para mujeres exigidos por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act)	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	Tiene igual cobertura que otros gastos.
Medicamentos y dispositivos anticonceptivos para mujeres no disponibles en farmacias	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	Tiene igual cobertura que otros gastos.
Terapia de infusión Suministrada en el domicilio o en el consultorio médico.	Copago de \$35; deducible eximido.	40 % después del deducible.
Terapia de infusión Suministrada en un departamento hospitalario para cuidado ambulatorio o en un centro independiente.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Terapias génicas, celulares y otras terapias innovadoras (GCIT™)	El costo compartido se basa en el tipo de servicio y el lugar donde se presta. Copago de \$35; deducible eximido para medicamentos de terapia génica si corresponde. La cobertura dentro de la red es brindada únicamente en centros GCIT™ designados.	Sin cobertura.
Accesorios para la vista	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Trasplantes	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Cirugía bariátrica	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Acupuntura Limitado a 10 visitas por año.	Copago de \$25; deducible eximido.	40 % después del deducible.

DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
ADMINISTRADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY CON FINANCIACIÓN PROPIA

Otro cuidado de salud: Coseguro del miembro del 20 % después del deducible por servicios que no están dentro ni fuera de la red.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Tratamiento contra la esterilidad	El costo compartido se basa en el tipo de servicio y el lugar donde se presta.	El costo compartido se basa en el tipo de servicio y el lugar donde se presta.
Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad subyacente solamente.		
Servicios integrales para la esterilidad relativa	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Inseminación artificial e inducción de la ovulación.		
Tecnología de reproducción asistida	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Fertilización in vitro, transferencia intrafalopiana de cigotos, transferencia intrafalopiana de gametos, transferencia de embriones criopreservados, inyección de esperma intracitoplasmática o microcirugía de óvulos.		
Vasectomía	El costo compartido se basa en el tipo de servicio y el lugar donde se presta.	40 % después del deducible.
Ligadura de trompas	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	40 % después del deducible.

ESTIPULACIONES GENERALES

Cumplimiento con los requisitos de dependientes Cónyuge, hijos desde el nacimiento hasta los 26 años de edad, sin importar su estado estudiantil.

** 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 u hospital que no pertenecen a la red.

Cuando usted elige el cuidado fuera de la red, limitamos el monto que paga el plan. 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
ADMINISTRADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY CON FINANCIACIÓN PROPIA**

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" (Encuentre un médico) en el lado izquierdo de la página. Si ya es miembro, ingrese en Navigator, el sitio web para miembros.

Lo anterior tiene aplicación 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 el proveedor le solicita que pague un costo mayor. Más allá de su costo compartido y sus deducibles, usted no es responsable de ningún saldo pendiente facturado por sus proveedores en relación con servicios de emergencia.

Esta manera de pagar a los médicos y hospitales fuera de la red 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, el coseguro y los deducibles del plan que corresponden a su nivel de beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros si el proveedor le solicita que pague un costo mayor. Más allá de sus copagos, su coseguro 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 Life Insurance Company. 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 del plan pueden variar según la ubicación y están sujetas a cambios. Usted puede ser responsable de la totalidad de los cargos de un proveedor del cuidado de la salud por todos los servicios que no están cubiertos, incluidas aquellas circunstancias en las cuales usted haya superado el límite de beneficios que figura en el plan. 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 acceso a servicios de salud.

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 cláusulas adicionales adquiridas por su empleador.

DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
ADMINISTRADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY CON FINANCIACIÓN PROPIA

- Todos los servicios médicos y hospitalarios que no estén específicamente cubiertos en los documentos del plan o que estén limitados o excluidos en estos.
- Cirugía cosmética, incluida la reducción de senos.
- Cuidado no médico.
- Cuidado dental y radiografías dentales.
- Extracción de óvulos de la 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 esterilidad.
- 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.
- 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 cláusula adicional sobre la cobertura de medicamentos con receta, y suministros y medicamentos sin receta (excepto cuando se proveen en un hospital).
- Queratotomía radial o procedimientos relacionados.
- Reversión de esterilización.
- Servicios para el tratamiento de la disfunción sexual o para mejorar el rendimiento, incluidos suministros, terapia, asesoramiento 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 o 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.

Es posible que este material se encuentre disponible en otro idioma. Comuníquese con Servicios al Cliente, al **1-888-982-3862**.

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 opera o brinda determinados servicios de asistencia en la administración a clínicas sin cita previa MinuteClinic, son miembros del grupo de CVS Health.

© 2014 Aetna Inc.