

NO SE REQUIEREN REMISIONES  
CARACTERÍSTICAS DEL BENEFICIO

AETNA - OPEN ACCESS AETNA SELECT  
DENTRO DE LA RED

FUERA DE LA RED

El Deducible y el Máximo Desembolso de su Bolsillo se combinan entre servicios Dentro de la Red y Fuera de la Red, si corresponde. El Máximo Desembolso de su Bolsillo incluye todo Deducible, Coaseguro, Copago médico y copago/coaseguro para medicamentos de venta con receta, pero no incluye las cantidades no cubiertas que rebasen los Cargos Permitidos o las multas de Precertificación del Plan.		
Deducible Anual	Ninguno	No se cubren
Máximo Desembolso de su Bolsillo anual	\$8,550/Persona; \$17,100/Familia (Incorporados)	No se cubren
Máximo por Toda la Vida	Sin límite	No se cubren
<b>Atención preventiva/Pruebas de detección</b>		
Atención preventiva (visita de bienestar en el consultorio)	El plan paga 100%	No se cubren
Atención preventiva/pruebas de detección	El plan paga 100%	No se cubren
<b>Servicios de médicos</b>		
Proveedor de atención primaria	Usted paga un copago de \$15 por visita	No se cubren
Atención ginecológica no de rutina	Usted paga un copago de \$30 por visita	No se cubren
Atención prenatal de rutina	Usted paga un copago de \$15 (sólo por la visita inicial)	No se cubren
Médico especialista	Usted paga un copago de \$30 por visita	No se cubren
Clínica de consultas sin cita	Usted paga un copago de \$15 por visita	No se cubren
Servicios de telesalud (TelaDoc)	Medicina general/Salud conductual: Usted paga un copago de \$15 por visita Dermatología: Usted paga un copago de \$30 por visita	No se cubren
<b>Servicios de hospital</b>		
Pacientes hospitalizados- Cargos del centro/hospital <sup>(2)</sup>	El plan paga 80%	No se cubren
Cirugía ambulatoria- Cargos del centro/hospital <sup>(2)</sup>	El plan paga 80%	No se cubren
Toda la demás atención en consulta externa- Cargos del centro/hospital	El plan paga 80%	No se cubren
<b>Atención de emergencia</b>		
Centro de atención urgente	Usted paga un copago de \$30 por visita	Usted paga un copago de \$30 por visita
Admisión de emergencia	El plan paga 80%	El plan paga 80%
Servicios de sala de emergencia	Copago de \$100 por visita, después el Plan paga el 80% (el copago no se cobra si se le hospitaliza)	Copago de \$100 por visita, después el Plan paga el 80% (el copago no se cobra si se le hospitaliza)
<b>Trastornos de salud mental y consumo de sustancias en pacientes hospitalizados<sup>(2)</sup></b>		
- Con base en centros/hospitales	El plan paga 80%	No se cubren
- Cargos de médicos/profesionales	El plan paga 80%	No se cubren
<b>Trastornos de salud mental y consumo de sustancias en pacientes en consulta externa</b>		
- Con base en consultorios	Usted paga un copago de \$15 por visita	No se cubren
- Todos los demás servicios en consulta externa (incluyen: tratamiento con hospitalización parcial, programa intenso para pacientes en consulta externa, servicios de salud conductual especializados, terapia electro convulsiva, estimulación magnética transcraneal, pruebas psicológicas y neuropsicológicas, 23 horas de observación, apoyo de asesoramiento por persona que ha andado un camino similar brindado por un especialista en este tipo de apoyo, desintoxicación como paciente ambulatorio y en consulta externa)	El plan paga 80%	No se cubren
<b>Servicios de laboratorio<sup>(2)</sup></b>		
- Con base en centros/hospitales	El plan paga 80%	No se cubren
- Con base en consultorios o laboratorios independientes	Usted paga un copago de \$15 por visita	No se cubren
<b>Otros servicios diagnósticos (radiografías/imágenes por resonancia magnética/tomografías computarizadas/tomografías por emisión de positrones/angiografías por resonancia magnética/mamografías, etc.)<sup>(2)</sup></b>		
- Con base en centros/hospitales	El plan paga 80%	No se cubren
- Con base en consultorios	El plan paga 80%	No se cubren
<b>Servicios de terapia en consulta externa<sup>(2)</sup></b>		
- Con base en centros/hospitales	El plan paga 80%	No se cubren
- Con base en consultorios o instalaciones independientes	El plan paga 80%	No se cubren
<b>Notas/Requisitos del Plan:</b>		

Incorporados significa que puede satisfacer el “Deducible” familiar o el “Máximo Desembolso de su Bolsillo” familiar al satisfacer el monto con cualquier combinación de integrantes de su familia. Sin embargo, una sola persona no puede satisfacer más del monto por persona.

No hay cobertura para ninguno de los Servicios Fuera de la Red electivos o No de Emergencia.

(2) Algunos servicios enumerados podrían requerir de Precertificación. Los Proveedores de la Red deben obtener la Precertificación para usted. Usted es responsable de la Precertificación correspondiente a todos los servicios que reciba de Proveedores Fuera de la Red. Se aplicará una multa del 50% del Cargo Permitido del Plan, hasta un máximo de \$10,000, si no se obtiene la Precertificación. Consulte el sitio de Internet del Plan en [www.membershealthplannj.com](http://www.membershealthplannj.com) para ver la lista completa de Precertificaciones.

Nota: Este resumen no pretende ser una lista completa de los servicios y no garantiza la cobertura. Una vez inscrito(a), se le proporcionará un Documento del Plan/Descripción Resumida del Plan (Summary Plan Description; SPD) con los detalles de todos los servicios cubiertos.

V1.1.21 rev10.14.20