

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	\$1,000/Persona; \$2,000/Familia (Incorporados)	No se cubren
Máximo Desembolso de su Bolsillo anual	\$6,850/Persona; \$13,700/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 \$30 por visita	No se cubren
Atención ginecológica no de rutina	Usted paga un copago de \$50 por visita	No se cubren
Atención prenatal de rutina	Usted paga un copago de \$30 por visita (sólo por la visita inicial)	No se cubren
Médico especialista	Usted paga un copago de \$50 por visita	No se cubren
Clínica de consultas sin cita	Usted paga un copago de \$30 por visita	No se cubren
Servicios de telesalud (TelaDoc)	Medicina general/Salud conductual: Usted paga un copago de \$30 por visita Dermatología: Usted paga un copago de \$50 por visita	No se cubren
<b>Servicios de hospital</b>		
Pacientes hospitalizados- Cargos del centro/hospital <sup>(2)</sup>	Después del deducible, un copago de \$500 por admisión; después, el Plan paga el 90%	No se cubren
Cirugía ambulatoria- Cargos del centro/hospital <sup>(2)</sup>	Después del deducible, el Plan paga el 90%	No se cubren
Toda la demás atención en consulta externa- Cargos del centro/hospital	Después del deducible, el Plan paga el 90%	No se cubren
<b>Atención de emergencia</b>		
Centro de atención urgente	Usted paga un copago de \$50 por visita	Usted paga un copago de \$50 por visita
Admisión de emergencia	Después del deducible, un copago de \$500 por admisión; después, el Plan paga el 90%	Después del deducible, un copago de \$500 por admisión; después, el Plan paga el 90%
Servicios de sala de emergencia	Después del deducible y un copago de \$100 por visita, el Plan paga el 90% (el copago no se cobra si se le hospitaliza)	Después del deducible y un copago de \$100 por visita, el Plan paga el 90% (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	Después del deducible, un copago de \$500 por admisión; después, el Plan paga el 90%	No se cubren
- Cargos de médicos/profesionales	Después del deducible, el Plan paga el 90%	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 \$30 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)	Después del deducible, el Plan paga el 90%	No se cubren
<b>Servicios de laboratorio<sup>(2)</sup></b>		
- Con base en centros/hospitales	Después del deducible, el Plan paga el 90%	No se cubren
- Con base en consultorios o laboratorios independientes	Usted paga un copago de \$30 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	Después del deducible, el Plan paga el 90%	No se cubren
- Con base en consultorios	Después del deducible, el Plan paga el 90%	No se cubren
<b>Servicios de terapia en consulta externa<sup>(2)</sup></b>		
- Con base en centros/hospitales	Usted paga un copago de \$50 por visita	No se cubren

- Con base en consultorios o instalaciones independientes	Usted paga un copago de \$50 por visita	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 llegar al monto por persona correspondiente a cualquier (1) integrante de su familia cubierto y después cualquier combinación de integrantes de su familia puede satisfacer el monto restante.		
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 <a href="http://www.membershealthplannj.com">www.membershealthplannj.com</a> 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