

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	\$2,000/Persona; \$4,000/Familia (Incorporados)	No se cubren
Máximo Desembolso de su Bolsillo anual	\$4,000/Persona; \$8,000 Familia (Incorporados)	No se cubren
Máximo por Toda la Vida	Sin límite	No se cubren
Atención preventiva/Pruebas de detección		
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
Servicios de médicos		
Proveedor de atención primaria	Después del deducible, un copago de \$30 por visita	No se cubren
Atención ginecológica no de rutina	Después del deducible, 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	Después del deducible, un copago de \$50 por visita	No se cubren
Clínica de consultas sin cita	Después del deducible, un copago de \$30 por visita	No se cubren
Servicios de telesalud (TelaDoc)	Medicina general/Salud conductual: Después del deducible, un copago de \$30 por visita Dermatología: Después del deducible, un copago de \$50 por visita	No se cubren
Servicios de hospital		
Pacientes hospitalizados- Cargos del centro/hospital ⁽²⁾	Después del deducible, un copago de \$500 por admisión; después, el Plan paga el 100%	No se cubren
Cirugía ambulatoria- Cargos del centro/hospital ⁽²⁾	Después del deducible, un copago de \$200 por visita	No se cubren
Toda la demás atención en consulta externa- Cargos del centro/hospital	Después del deducible, un copago de \$200 por visita	No se cubren
Atención de emergencia		
Centro de atención urgente	Después del deducible, un copago de \$50 por visita	Después del deducible, un copago de \$50 por visita
Admisión de emergencia	Después del deducible, un copago de \$500 por admisión; después, el Plan paga el 100%	Después del deducible, un copago de \$500 por admisión; después, el Plan paga el 100%
Servicios de sala de emergencia	Después del deducible y un copago de \$100 por visita, el Plan paga el 100% (el copago no se cobra si se le hospitaliza)	Después del deducible y un copago de \$100 por visita, el Plan paga el 100% (el copago no se cobra si se le hospitaliza)
Trastornos de salud mental y consumo de sustancias en pacientes hospitalizados⁽²⁾		
- Con base en centros/hospitales	Después del deducible, un copago de \$500 por admisión; después, el Plan paga el 100%	No se cubren
- Cargos de médicos/profesionales	Después del deducible, el Plan paga el 100%	No se cubren
Trastornos de salud mental y consumo de sustancias en pacientes en consulta externa		
- Con base en consultorios	Después del deducible, 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, un copago de \$200 por visita	No se cubren
Servicios de laboratorio⁽²⁾		
- Con base en centros/hospitales	Después del deducible, el Plan paga el 100%	No se cubren
- Con base en consultorios o laboratorios independientes	Después del deducible, un copago de \$30 por visita	No se cubren
Otros servicios diagnósticos (radiografías/imágenes por resonancia magnética/tomografías computarizadas/tomografías por emisión de positrones/angiografías por resonancia magnética/mamografías, etc.)⁽²⁾		
- Con base en centros/hospitales	Después del deducible, un copago de \$200 por visita	No se cubren
- Con base en consultorios	Después del deducible, el Plan paga el 100%	No se cubren
Servicios de terapia en consulta externa⁽²⁾		
- Con base en centros/hospitales	Después del deducible, un copago de \$200 por visita	No se cubren

- Con base en consultorios o instalaciones independientes	Después del deducible, un copago de \$50 por visita	No se cubren
Notas/Requisitos del Plan:		
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 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