

NO SE REQUIEREN REMISIONES

**NIVEL 1: AHORROS MÁXIMOS**

**NIVEL 2: AHORROS ESTÁNDAR**

**NIVEL 1 - (NJ) AETNA WHOLE HEALTH<sup>SM</sup>- NEW JERSEY-  
AETNA SELECT MULTI-TIER**

**NIVEL 2 - OPEN ACCESS AETNA SELECT**

**CARACTERÍSTICAS DEL BENEFICIO**

El Deducible y el Máximo Desembolso de su Bolsillo se combinan entre el Nivel 1 y el Nivel 2. 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	\$1,500/Persona/\$3,000 Familia (Agregados – se combinan entre el Nivel 1 y el Nivel 2)	\$3,000/Persona; \$6,000/Familia (Agregados – se combinan entre el Nivel 1 y el Nivel 2)
Máximo Desembolso de su Bolsillo anual	\$7,000/Persona; \$14,000/Familia (Incorporados)	\$7,000/Persona; \$14,000/Familia (Incorporados)
Máximo por Toda la Vida	Sin límite	Sin límite
<b>Atención preventiva/Pruebas de detección</b>		
Atención preventiva (visita de bienestar en el consultorio)	El plan paga 100%	El plan paga 100%
Atención preventiva/pruebas de detección	El plan paga 100%	El plan paga 100%
<b>Servicios de médicos</b>		
Proveedor de atención primaria	Después del deducible, las primeras 2 visitas al proveedor de atención primaria se cubren al 100%; el Plan paga el 90% en las visitas subsiguientes después del deducible (las visitas preventivas al consultorio no cuentan para las 2 primeras visitas al consultorio del proveedor de atención primaria que se cubren al 100%)	Después del deducible, el Plan paga el 70%
Atención ginecológica no de rutina	Después del deducible, el Plan paga el 90%	Después del deducible, el Plan paga el 70%
Atención prenatal de rutina	Después del deducible, el Plan paga el 90% (sólo por la visita inicial)	Después del deducible, el Plan paga el 70%
Médico especialista	Después del deducible, el Plan paga el 90%	Después del deducible, el Plan paga el 70%
Clínica de consultas sin cita	Después del deducible, el Plan paga el 90%	Después del deducible, el Plan paga el 70%
Servicios de telesalud (TelaDoc)	Medicina general/Salud conductual/Dermatología: Después del deducible, el Plan paga el 90%	N/A
<b>Servicios de hospital</b>		
Pacientes hospitalizados- Cargos del centro/hospital <sup>(2)</sup>	Después del deducible, el Plan paga el 90%	Después del deducible, el Plan paga el 70%
Cirugía ambulatoria- Cargos del centro/hospital <sup>(2)</sup>	Después del deducible, el Plan paga el 90%	Después del deducible, el Plan paga el 70%
Toda la demás atención en consulta externa- Cargos del centro/hospital	Después del deducible, el Plan paga el 90%	Después del deducible, el Plan paga el 70%
<b>Atención de emergencia</b>		
Centro de atención urgente	Después del deducible, el Plan paga el 90%	Después del deducible, el Plan paga el 90%
Admisión de emergencia	Después del deducible, el Plan paga el 90%	Después del deducible, el Plan paga el 90%
Servicios de sala de emergencia	Después del deducible, el Plan paga el 90%	Después del deducible, el Plan paga el 90%
<b>Trastornos de salud mental y consumo de sustancias en pacientes hospitalizados(2)</b>		
- Con base en centros/hospitales	Después del deducible, el Plan paga el 90%	Después del deducible, el Plan paga el 70%
- Cargos de médicos/profesionales	Después del deducible, el Plan paga el 90%	Después del deducible, el Plan paga el 70%
<b>Trastornos de salud mental y consumo de sustancias en pacientes en consulta externa</b>		
- Con base en consultorios	Después del deducible, el Plan paga el 90%	Después del deducible, el Plan paga el 70%
- 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%	Después del deducible, el Plan paga el 70%
<b>Servicios de laboratorio<sup>(2)</sup></b>		
- Con base en centros/hospitales	Después del deducible, el Plan paga el 90%	Después del deducible, el Plan paga el 70%
- Con base en consultorios o laboratorios independientes	Después del deducible, el Plan paga el 90%	Después del deducible, el Plan paga el 70%
<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%	Después del deducible, el Plan paga el 70%
- Con base en consultorios	Después del deducible, el Plan paga el 90%	Después del deducible, el Plan paga el 70%

Servicios de terapia en consulta externa <sup>(2)</sup>		
- Con base en centros/hospitales	Después del deducible, el Plan paga el 90%	Después del deducible, el Plan paga el 70%
- Con base en consultorios o instalaciones independientes	Después del deducible, el Plan paga el 90%	Después del deducible, el Plan paga el 70%
Notas/Requisitos del Plan:		
El Deducible Agregado significa que todo el “Deducible” familiar debe satisfacerse ya sea por una persona o una combinación de integrantes de la familia antes de que los beneficios se paguen. El “Máximo Desembolso de su Bolsillo” incorporado significa que la cantidad por persona para cualquiera (1) de los integrantes cubiertos de la familia debe satisfacerse y después, cualquier combinación de integrantes de la familia pueden 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.		

Vi.1.121 rev10.14.20