

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 (Agregados)   | No se cubren   |
| Máximo Desembolso de su Bolsillo anual   | \$6,550/Persona; \$13,100/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   | 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  | Después del deducible, un copago de \$30 (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:<br>Después del deducible, un copago de \$30 por visita<br>Dermatología: Después del deducible, 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   | No se cubren   |
| Cirugía ambulatoria- Cargos del centro/hospital <sup>(2)</sup>   | 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   |
| <b>Atención de emergencia</b>  |  |  |
| 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 del deducible, un copago de \$500 por admisión   |
| 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) |
| <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   | No se cubren   |
| - Cargos de médicos/profesionales  | Después del deducible, el Plan paga el 100%  | No se cubren   |
| <b>Trastornos de salud mental y consumo de sustancias en pacientes en consulta externa</b>   |  |  |
| - 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   |
| <b>Servicios de laboratorio<sup>(2)</sup></b>  |  |  |
| - 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   |
| <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, 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 <sup>(2)</sup>  |  |              |
|--|--|--------------|
| - 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:   |  |              |
| <p>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.</p> <p>No hay cobertura para ninguno de los Servicios Fuera de la Red electivos o No de Emergencia.</p> <p>(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.</p> <p>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.</p> |  |              |

V1.1.21 rev10.14.20