

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	\$3,000 Persona/\$6,000 Familia (Incorporados – se combinan entre el Nivel 1 y el Nivel 2)	\$6,000/Persona; \$12,000/Familia (Incorporados – se combinan entre el Nivel 1 y el Nivel 2)
Máximo Desembolso de su Bolsillo anual	\$6,850/Persona; \$13,700/Familia (Incorporados)	\$8,550/Persona; \$17,100/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	Las primeras 2 visitas al proveedor de atención primaria se cubren al 100%; en las visitas subsiguientes, usted paga un copago de \$30 por visita 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 50%
Atención ginecológica no de rutina	Después del deducible, un copago de \$50 por visita	Después del deducible, el Plan paga el 50%
Atención prenatal de rutina	Después del deducible, un copago de \$30 por visita (sólo por la visita inicial)	Después del deducible, el Plan paga el 50%
Médico especialista	Después del deducible, un copago de \$50 por visita	Después del deducible, el Plan paga el 50%
Clínica de consultas sin cita	Después del deducible, un copago de \$30 por visita	Después del deducible, el Plan paga el 50%
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	N/A
<b>Servicios de hospital</b>		
Pacientes hospitalizados- Cargos del centro/hospital <sup>(2)</sup>	Después del deducible, un copago de \$500 por día por 5 días por admisión	Después del deducible, el Plan paga el 50%
Cirugía ambulatoria- Cargos del centro/hospital <sup>(2)</sup>	El plan paga el 50%, después de un copago de \$250, después del deducible	Después del deducible, el Plan paga el 50%
Toda la demás atención en consulta externa- Cargos del centro/hospital	El plan paga el 50%, después de un copago de \$50, después del deducible	Después del deducible, el Plan paga el 50%
<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 día por 5 días por admisión	Después del deducible, un copago de \$500 por día por 5 días por admisión
Servicios de sala de emergencia	Después del deducible y un copago de \$100 por visita, el Plan paga el 50% (el copago no se cobra si se le hospitaliza)	Después del deducible y un copago de \$100 por visita, el Plan paga el 50% (el copago no se cobra si se le hospitaliza)
<b>Trastornos de salud mental y consumo de sustancias en pacientes hospitalizados(2)</b>		
- Con base en centros/hospitales	Después del deducible, un copago de \$500 por día por 5 días por admisión	Después del deducible, el Plan paga el 50%
- Cargos de médicos/profesionales	Después del deducible, el Plan paga el 50%	Después del deducible, el Plan paga el 50%
<b>Trastornos de salud mental y consumo de sustancias en pacientes en consulta externa</b>		
- Con base en consultorios	El plan paga 100%	Después del deducible, el Plan paga el 50%
- 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 50%	Después del deducible, el Plan paga el 50%
<b>Servicios de laboratorio<sup>(2)</sup></b>		
- Con base en centros/hospitales	Después del deducible, el Plan paga el 50%	Después del deducible, el Plan paga el 50%
- Con base en consultorios o laboratorios independientes	Después del deducible, un copago de \$30 por visita	Después del deducible, el Plan paga el 50%

**Otros servicios diagnósticos (radiografías/imágenes por resonancia magnética/tomografías computarizadas/tomografías por emisión de positrones/angiografías por resonancia magnética/mamografías, etc.)<sup>(2)</sup>**

- Con base en centros/hospitales	Después del deducible, el Plan paga el 50%	Después del deducible, el Plan paga el 50%
- Con base en consultorios	Después del deducible, el Plan paga el 50%	Después del deducible, el Plan paga el 50%
<b>Servicios de terapia en consulta externa<sup>(2)</sup></b>		
- Con base en centros/hospitales	Después del deducible, un copago de \$50 por visita	Después del deducible, el Plan paga el 50%
- Con base en consultorios o instalaciones independientes	Después del deducible, un copago de \$50 por visita	Después del deducible, el Plan paga el 50%
<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.