



El **Resumen de beneficios y cobertura** lo ayudará a elegir un **plan** de salud. En este documento se muestra de qué manera usted y el **plan** comparten el costo de los servicios de cuidado médico cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo del **plan** (conocida como **prima**) le será entregada por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre la cobertura o solicitar una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.MembersHealthPlanNJ.com o llame al 1-833-982-7368. En el glosario podrá consultar las definiciones generales de los términos comunes como cantidad aprobada, saldo de facturación, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados. Consulte el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llame al 1-833-982-7368 y solicite una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | ¿Por qué es importante? |
|---|---|--|
| ¿Cuál es el deducible general? | Dentro de la <u>red</u> : individuo \$1,000/familia \$2,000. | Por lo general, usted debe pagar todos los costos hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> antes de que el <u>plan</u> comience a pagar los servicios prestados por los <u>proveedores</u> . Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , cada miembro debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagado por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general. |
| ¿Hay algún servicio cubierto antes de alcanzar el deducible ? | Sí. Las visitas al consultorio dentro de la <u>red</u> y el <u>cuidado preventivo</u> están cubiertos antes de que alcance el <u>deducible</u> . | Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios aun si no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que alcance el <u>deducible</u> . Consulte una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | No. | Usted no tiene que pagar <u>deducibles</u> para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ? | Dentro de la <u>red</u> : individuo \$6,850/familia \$13,700. | El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos en un año. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general. |
| ¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el límite de gastos de bolsillo ? | <u>Primas</u> , cargos del <u>saldo de facturación</u> y <u>cuidado médico</u> que este <u>plan</u> no cubre. | Si bien usted paga dichos gastos, estos no se tendrán en cuenta para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> . |
| ¿Pagaré menos si uso proveedores de la red ? | Sí. Para obtener una lista de los <u>proveedores de la red</u> , visite www.aetna.com/docfind o llame al 1-833-982-7368. | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará el monto máximo si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que el <u>proveedor</u> le facture la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga el <u>plan</u> (<u>saldo de facturación</u>). Tenga en cuenta que el <u>proveedor de la red</u> podría usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con el <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesito una remisión para consultar a un especialista ? | No. | Usted puede consultar a cualquier <u>especialista</u> y no necesita una <u>remisión</u> . |



Todos los costos de **copagos** y **coseguro** que se muestran en este cuadro son los que se pagarán después de haber alcanzado el **deducible**, en caso de aplicarse un **deducible**.

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|--|--|
| | | Proveedores de la red (pagará el monto mínimo) | Proveedores fuera de la red (pagará el monto máximo) | |
| Si se atiende en la clínica o el consultorio del proveedor médico | Consulta de cuidado primario para tratar una lesión o enfermedad | \$30 de <u>copago</u> /consulta, no se aplica el <u>deducible</u> ; excepto 10% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> para cirugía en el consultorio. | Sin cobertura. | Ninguna. |
| | Consulta con un <u>especialista</u> | \$50 de <u>copago</u> /consulta, no se aplica el <u>deducible</u> ; excepto 10% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> para cirugía en el consultorio. | Sin cobertura. | Ninguna. |
| | <u>Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas</u> | Sin cargo. | Sin cobertura. | Usted quizás tenga que pagar servicios que no son preventivos. Pregunte al <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique qué pagará el <u>plan</u> . |
| Si tiene que hacerse un examen | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre) | Laboratorio: \$30 de <u>copago</u> /consulta para servicios en consultorio independiente, no se aplica el <u>deducible</u> ; 10% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> para servicios en hospital o centro. Radiografías: 10% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> . | Sin cobertura. | Ninguna. |
| | Imágenes (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética) | 10% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> . | Sin cobertura. | Se puede requerir <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , los beneficios se podrían reducir un 50% hasta un máximo de \$10,000 del total de la <u>cantidad aprobada</u> del servicio. |

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|------------------------------------|--|--|---|
| | | Proveedores de la red (pagará el monto mínimo) | Proveedores fuera de la red (pagará el monto máximo) | |
| <p>Si necesita medicamentos para el tratamiento de una enfermedad o afección</p> <p>Puede encontrar más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> en www.Express-Scripts.com.</p> | Medicamentos genéricos | <p>RX1: \$15 de copago/medicament os recetados (al por menor), \$35 de copago/medicament os recetados (peidos por correo).</p> <p>RX2: \$30 de copago/medicament os recetados (al por menor), \$70 de copago/medicament os recetados (pedidos por correo).</p> <p>RX3: \$15 de copago/medicament os recetados (al por menor), \$37.50 de copago/medicament os recetados (pedidos por correo).</p> <p>RX6: Sin cobertura.</p> | Sin cobertura. | Cubre un suministro de hasta 30 días (medicamentos recetados al por menor); un suministro de 90 días (medicamentos recetados pedidos por correo). Puede aplicarse la bonificación para abastecimiento al por menor, la terapia escalonada o la disposición “dispensar según lo indicado”. |

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|-------------------------|------------------------------------|--|--|---|
| | | Proveedores de la red (pagará el monto mínimo) | Proveedores fuera de la red (pagará el monto máximo) | |
| | Medicamentos de marca preferidos | <p><u>RX1:</u> \$35 de copago/medicamento(s) recetados (al por menor), \$82.50 de copago/medicamento(s) recetados (pedidos por correo).</p> <p><u>RX2:</u> \$50 de copago/medicamento(s) recetados (al por menor), \$120 de copago/medicamento(s) recetados (pedidos por correo).</p> <p><u>RX3:</u> 50% de coseguro/medicamentos recetados (al por menor y pedidos por correo).</p> <p><u>RX6:</u> Sin cobertura.</p> | Sin cobertura. | <p>Cubre un suministro de hasta 30 días (medicamentos recetados al por menor); un suministro de 90 días (medicamentos recetados pedidos por correo). Puede aplicarse la bonificación para abastecimiento al por menor, la terapia escalonada o la disposición "dispensar según lo indicado".</p> <p><u>RX3:</u> (Al por menor) en un suministro de 30 días el mínimo es de \$25 y el máximo es de \$500. (Pedidos por correo) en un suministro de 90 días el mínimo es de \$62.50 y el máximo es de \$1,250. Se aplica a medicamentos preferidos, no preferidos y de especialidad.</p> |

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|-------------------------|-------------------------------------|---|--|---|
| | | Proveedores de la red (pagará el monto mínimo) | Proveedores fuera de la red (pagará el monto máximo) | |
| | Medicamentos de marca no preferidos | <p><u>RX1:</u> \$50 de copago/medicament os recetados (al por menor), \$120 de copago/medicament os recetados (pedidos por correo).</p> <p><u>RX2:</u> \$80 de copago/medicament os recetados (al por menor), \$195 de copago/medicament os recetados (pedidos por correo).</p> <p><u>RX3:</u> 50% de coseguro/me dicamentos recetados (al por menor y pedidos por correo).</p> <p><u>RX6:</u> Sin cobertura.</p> | Sin cobertura. | <p>Cubre un suministro de hasta 30 días (medicamentos recetados al por menor); un suministro de 90 días (medicamentos recetados pedidos por correo). Puede aplicarse la bonificación para abastecimiento al por menor, la terapia escalonada o la disposición “dispensar según lo indicado”.</p> <p><u>RX3:</u> (Al por menor) en un suministro de 30 días el mínimo es de \$25 y el máximo es de \$500. (Pedidos por correo) en un suministro de 90 días el mínimo es de \$62.50 y el máximo es de \$1,250. Se aplica a medicamentos preferidos, no preferidos y de especialidad. Algunos medicamentos surtidos en farmacias de especialidad no se consideran beneficios esenciales para la salud y quedan fuera de los límites de gastos de bolsillo. El costo de estos medicamentos (si bien el fabricante se lo reembolsa sin costo) no se aplicará para alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.</p> |

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|--|--|
| | | Proveedores de la red (pagará el monto mínimo) | Proveedores fuera de la red (pagará el monto máximo) | |
| | <u>Medicamentos de especialidad</u> | <p>RX1: De \$35 a \$50 de copago/medicamentos recetados (al por menor), de \$82.50 a \$120 de copago/medicamentos recetados (pedidos por correo).</p> <p>RX2: De \$50 a \$80 de copago/medicamentos recetados (al por menor), de \$120 a \$195 de copago/medicamentos recetados (pedidos por correo).</p> <p>RX3: 50% de coseguro/medicamentos recetados (al por menor y pedidos por correo).</p> <p>RX6: Sin cobertura.</p> | Sin cobertura. | <p>Cubre un suministro de hasta 30 días (medicamentos recetados al por menor); un suministro de 90 días (medicamentos recetados pedidos por correo). Puede aplicarse la bonificación para abastecimiento al por menor, la terapia escalonada o la disposición “dispensar según lo indicado”.</p> <p>RX3: (Al por menor) en un suministro de 30 días el mínimo es de \$25 y el máximo es de \$500. (Pedidos por correo) en un suministro de 90 días el mínimo es de \$62.50 y el máximo es de \$1,250. Se aplica a medicamentos preferidos, no preferidos y de especialidad. Algunos medicamentos surtidos en farmacias de especialidad no se consideran beneficios esenciales para la salud y quedan fuera de los límites de gastos de bolsillo. El costo de estos medicamentos (si bien el fabricante se lo reembolsa sin costo) no se aplicará para alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.</p> |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Arancel del centro (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio) | 10% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> . | Sin cobertura. | Se puede requerir <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , los beneficios se podrían reducir un 50% hasta un máximo de \$10,000 del total de la <u>cantidad aprobada</u> del servicio. |
| | Tarifa del médico/cirujano | 10% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> . | Sin cobertura. | Ninguna. |
| Si necesita cuidado médico inmediato | <u>Cuidados en la sala de emergencias</u> | \$100 de <u>copago/consulta</u> después del <u>deducible</u> ; luego, 10% de <u>coseguro</u> . | \$100 de <u>copago/consulta</u> después del <u>deducible</u> ; luego, 10% de <u>coseguro</u> . | No hay cobertura para cuidados que no son de emergencia. |

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|---|---|---|
| | | Proveedores de la red (pagará el monto mínimo) | Proveedores fuera de la red (pagará el monto máximo) | |
| | <u>Traslado médico de emergencia</u> | 10% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> . | 10% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> . | Traslados que no son de emergencia: sin cobertura, excepto si se autorizan previamente. |
| | <u>Cuidado urgente</u> | \$50 de <u>copago</u> /consulta, no se aplica el <u>deducible</u> . | \$50 de <u>copago</u> /consulta, no se aplica el <u>deducible</u> . | No hay cobertura para cuidados que no son de urgencia. |
| Si lo admiten en un hospital | Arancel del hospital (p. ej., habitación) | \$500 de <u>copago</u> /admisión después del <u>deducible</u> ; luego, 10% de <u>coseguro</u> . | Sin cobertura. | Se puede requerir <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , los beneficios se podrían reducir un 50% hasta un máximo de \$10,000 del total de la <u>cantidad aprobada</u> del servicio. |
| | Tarifa del médico/cirujano | 10% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> . | Sin cobertura. | Ninguna. |
| Si necesita servicios para tratar problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Visitas al consultorio: \$30 de <u>copago</u> /consulta, no se aplica el <u>deducible</u> ; todos los demás servicios ambulatorios: 10% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> . | Sin cobertura. | Ninguna. |
| | Servicios para pacientes internados | \$500 de <u>copago</u> /admisión después del <u>deducible</u> ; luego, 10% de <u>coseguro</u> . | Sin cobertura. | Se puede requerir <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , los beneficios se podrían reducir un 50% hasta un máximo de \$10,000 del total de la <u>cantidad aprobada</u> del servicio. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo; excepto \$30 de <u>copago</u> en la consulta inicial para confirmar el embarazo, no se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura. | El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . El cuidado durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en el resumen (por ejemplo, ultrasonido). Se puede requerir <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , los beneficios se podrían reducir un 50% hasta un máximo de \$10,000 del total de la <u>cantidad aprobada</u> del servicio. |
| | Servicios profesionales para el nacimiento/parto | 10% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> . | Sin cobertura. | |
| | Servicios en la instalación para el nacimiento/parto | \$500 de <u>copago</u> /admisión después del <u>deducible</u> ; luego, 10% de <u>coseguro</u> . | Sin cobertura. | |

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|--|--|
| | | Proveedores de la red (pagará el monto mínimo) | Proveedores fuera de la red (pagará el monto máximo) | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales | <u>Cuidado de la salud en el hogar</u> | \$50 de <u>copago</u> /consulta, no se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura. | 60 consultas/año calendario. Se puede requerir <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , los beneficios se podrían reducir un 50% hasta un máximo de \$10,000 del total de la <u>cantidad aprobada</u> del servicio. |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | \$50 de <u>copago</u> /consulta, no se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura. | 60 consultas/año calendario combinadas para terapias física, ocupacional y del habla. Se puede requerir <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , los beneficios se podrían reducir un 50% hasta un máximo de \$10,000 del total de la <u>cantidad aprobada</u> del servicio. |
| | <u>Servicios de recuperación de las habilidades</u> | \$30 de <u>copago</u> /consulta, no se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura. | Se limita al tratamiento del autismo. |
| | <u>Cuidado de enfermería especializado</u> | \$500 de <u>copago</u> /admisión después del <u>deducible</u> ; luego, 10% de <u>coseguro</u> . | Sin cobertura. | Se puede requerir <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , los beneficios se podrían reducir un 50% hasta un máximo de \$10,000 del total de la <u>cantidad aprobada</u> del servicio. |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | 10% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> . | Sin cobertura. | Limitado a 1 <u>equipo médico duradero</u> con el mismo objetivo o uno similar. Se excluyen las reparaciones por mal uso o abuso. |
| | <u>Cuidado de hospicio</u> | 10% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> . | Sin cobertura. | Se puede requerir <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , los beneficios se podrían reducir un 50% hasta un máximo de \$10,000 del total de la <u>cantidad aprobada</u> del servicio. |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin cargo. | Sin cobertura. | 1 examen de rutina para la vista por año calendario. |
| | Anteojos para niños | Montos superiores a \$125.00. | Montos superiores a \$125.00. | 1 par de anteojos por año calendario. |
| | Consulta dental para niños | Sin cobertura. | Sin cobertura. | Sin cobertura. |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre. (Consulte los documentos del plan o la póliza para obtener información sobre otros servicios excluidos).

- Cirugía plástica.
- Tratamiento dental (adultos y niños).
- Cuidado a largo plazo.
- Cuidados que no son de emergencia para viajes fuera de los EE. UU.
- Medicamentos recetados.
- Cuidado de rutina para los pies.
- Programas para la pérdida de peso, excepto para los servicios preventivos requeridos.

Otros servicios cubiertos. (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan).

- Acupuntura (en lugar de anestesia).
- Cirugía bariátrica.
- Cuidado quiropráctico: 30 consultas/año calendario.
- Audífonos: 1 audífono por oído cada 24 meses para niños hasta los 15 años de edad.
- Tratamiento para la infertilidad: Se limita al diagnóstico, a la inseminación artificial y a la inducción de la ovulación.
- Cuidado de enfermería particular: 70 turnos de 8 horas/año calendario.
- Tratamiento de rutina para la vista (adultos): 1 examen de rutina para la vista por año calendario dentro de la red únicamente.

Su derecho a continuar con la cobertura:

Existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con la cobertura una vez que esta finaliza. La información de contacto de dichas agencias se incluye a continuación.

- Para obtener más información sobre su derecho a continuar con la cobertura, llame al plan al 1-833-982-7368.
- Si la cobertura de salud grupal está sujeta a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (Employee Retirement Income Security Act), también puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar <https://www.dol.gov/agencies/ebsa>.

Es posible que existan otras opciones de cobertura que incluyan la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una reclamación o una apelación:

Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene alguna queja con su plan por la denegación de un reclamo. Esto se denomina reclamación o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la *Explicación de beneficios* que recibirá para el reclamo médico. Los documentos del plan también brindan información completa sobre cómo presentar un reclamo, una apelación o una reclamación por cualquier razón relacionada con su plan. Para obtener más información sobre sus derechos o este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con los siguientes:

- Aetna directamente llamando al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación médica o a nuestro número de teléfono gratuito general al 1-833-982-7368.
- Si la cobertura de salud grupal está sujeta a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (Employee Retirement Income Security Act), también puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar <https://www.dol.gov/agencies/ebsa>.
- Asimismo, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Puede encontrar la información de contacto en

<http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>.

¿Brinda este plan una cobertura mínima esencial? Sí.

Si no cuenta con una cobertura mínima esencial por un mes, deberá realizar un pago cuando presente la declaración de impuestos, a menos que reúna los requisitos para ser eximido del requisito de tener cobertura de salud por dicho mes.

¿Cumple este plan con el estándar de valor mínimo? Sí.

Si el plan no alcanza los estándares de valor mínimo, puede ser elegible para recibir un crédito fiscal para las primas que lo ayudará a pagar un plan a través del Mercado.

Language Assistance: For language assistance in your language call 1-866-603-9961 at no cost.

Spanish (Español): Para obtener asistencia lingüística en español, llame sin cargo al 1-866-603-9961

Tagalog (Tagalog): Para sa tulong sa wika na nasa Tagalog, tawagan ang 1-866-603-9961 nang walang bayad

Chinese (中文): 欲取得繁體中文語言協助，請撥打 1-866-603-9961，無需付費。

-----*Para ver ejemplos sobre cómo este plan paga los servicios en una situación médica específica, consulte la sección siguiente.*-----

Sobre los ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos mencionados son ejemplos de cómo el plan cubriría el servicio médico. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio de los proveedores y de otros factores. Concéntrese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que debería pagar según los distintos planes médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados en la cobertura individual.

Nacimiento del bebé de Peg
(9 meses de cuidado prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

| | |
|---|---------|
| ■ <u>Deducible general del plan</u> | \$1,000 |
| ■ <u>Copago de especialista</u> | \$50 |
| ■ <u>Copago del centro hospitalario</u> | \$500 |
| ■ <u>Otro coseguro</u> | 10 % |

Esta situación de EJEMPLO incluye los servicios que se detallan a continuación:

- Visitas al consultorio de un especialista (*cuidado prenatal*)
- Servicios profesionales para el nacimiento/parto
- Servicios en la instalación para el nacimiento/parto
- Exámenes de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
- Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo **\$12,800**

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|--------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$1,000 |
| Copagos | \$200 |
| Coseguro | \$1,100 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$100 |
| Peg pagaría un total de | \$2,400 |

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(1 año de cuidado de rutina dentro de la red para la enfermedad bien controlada)

| | |
|---|---------|
| ■ <u>Deducible general del plan</u> | \$1,000 |
| ■ <u>Copago de especialista</u> | \$50 |
| ■ <u>Copago del centro hospitalario</u> | \$500 |
| ■ <u>Otro coseguro</u> | 10 % |

Esta situación de EJEMPLO incluye los servicios que se detallan a continuación:

- Visitas al consultorio del médico de cuidado primario (*educación sobre enfermedades incluida*)
- Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
- Medicamentos recetados
- Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo **\$7,400**

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|--------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$400 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$6,000 |
| Joe pagaría un total de | \$6,400 |

Fractura simple de Mia
(consulta en la sala de emergencias y cuidado de seguimiento dentro de la red)

| | |
|---|---------|
| ■ <u>Deducible general del plan</u> | \$1,000 |
| ■ <u>Copago de especialista</u> | \$50 |
| ■ <u>Copago del centro hospitalario</u> | \$500 |
| ■ <u>Otro coseguro</u> | 10 % |

Esta situación de EJEMPLO incluye los servicios que se detallan a continuación:

- Cuidados en la sala de emergencias (*insumos médicos incluidos*)
- Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
- Equipo médico duradero (*muletas*)
- Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total del ejemplo **\$1,900**

En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|--------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$1,000 |
| Copagos | \$200 |
| Coseguro | \$40 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| Mia pagaría un total de | \$1,240 |

Nota: Estas cifras presuponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si participa en este programa, es posible que se reduzcan los costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, llame al 1-833-982-7368.

El plan debería pagar los costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.

Tecnología de asistencia

Las personas que usan tecnología de asistencia quizás no puedan tener acceso completo a la siguiente información. Para obtener asistencia, llame al 1-833-982-7368.

No discriminación

Aetna cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina, excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, sexo o discapacidad.

Además, brinda asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades y que necesitan asistencia de idiomas.

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Si cree que no hemos brindado estos servicios o que lo hemos discriminado de alguna manera por pertenecer a una de las clases protegidas mencionadas más arriba, puede comunicarse con el coordinador de derechos civiles y presentar una reclamación a la siguiente dirección:

Civil Rights Coordinator

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de planes CA HMO: P.O. Box 24030 Fresno, CA 93779)

1-800-648-7817, TTY: 711, fax: 859-425-3379 (clientes de planes CA HMO: 1-860-262-7705)

Correo electrónico: CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja en el portal correspondiente de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios ofrecidos por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company, planes Coventry Health Care y sus filiales (Aetna).