



PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN	DENTRO DE LA RED
Limitaciones de beneficios: Algunos servicios o suministros tienen límites por año. Es posible que exista una cantidad máxima de visitas o días, o un límite en dólares por año. En esos casos, el año de beneficios comenzará el 1.º de enero (a menos que se indique lo contrario). Consulte los documentos de su plan para obtener más información.	
Deducible (por año calendario)	\$1,000 por persona \$2,000 por familia
Primero debe alcanzar el deducible antes de que el plan comience a pagar los beneficios, a menos que se indique lo contrario. El monto que paga (costo compartido) por algunos servicios médicos no se tiene en cuenta para alcanzar el deducible. Los costos de los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para alcanzar el deducible. Consulte los documentos de su plan para obtener más detalles. Su familia tendrá un deducible. Usted alcanzará ese deducible cuando los gastos de varios miembros de la familia se acumulen para el deducible familiar. Ninguna persona tendrá que pagar más que el monto del deducible individual.	
Coseguro del miembro	Usted paga el 20 %
Se aplica a todos los gastos excepto como se indicó.	
Límite de desembolso (por año calendario)	\$3,500 por persona \$7,000 por familia
Es posible que algunos de sus costos compartidos no se tengan en cuenta para el límite de desembolso. Los gastos de farmacia se tienen en cuenta para su límite de desembolso. Los gastos dentro de la red incluyen coseguro o copagos, y deducibles. Su familia tendrá un límite de desembolso. Usted alcanzará ese límite cuando los gastos de varios miembros de la familia se acumulen para el límite de desembolso familiar. Ninguna persona tendrá que pagar más que el monto del límite de desembolso.	
Máximo de por vida	Sin límite, excepto donde se indique lo contrario.
Selección de médico de cuidado primario	Se recomienda
Requerimiento de remisión	No se requiere.
Consultas de telesalud: puede acceder a servicios cubiertos para visitas de telesalud de diferentes tipos de proveedores en su red. Inicie sesión en Aetna.com para ver una lista de proveedores de telesalud. También encontrará más información sobre sus opciones, incluidos los montos de costos compartidos.	
Consultas de atención virtual: puede acceder a servicios cubiertos para visitas de atención virtual de diferentes tipos de proveedores en su red. Inicie sesión en Aetna.com para ver una lista de proveedores de atención virtual. También encontrará más información sobre sus opciones, incluidos los montos de costos compartidos.	
Atención virtual CVS	DENTRO DE LA RED
CVS Health Virtual Primary Care (VPC) - consultas de atención preventiva	Cobertura del 100 %; sin deducible
Incluye servicios de detección y asesoramiento a través de CVS Health Virtual Primary Care para miembros mayores de 18 años; Consulte Aetna.com para obtener más información.	
Atención primaria virtual (VPC) de CVS Health: consultas	Cobertura del 100 %; sin deducible
Incluye consultas de servicios médicos básicos a través de CVS Health Virtual Primary Care para miembros mayores de 18 años; Consulte Aetna.com para obtener información adicional.	
CVS Health Virtual Care (VC) - medicina general	Cobertura del 100 %; sin deducible
CVS Health Virtual Care (VC) - salud mental	Cobertura del 100 %; sin deducible



PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

ATENCIÓN PREVENTIVA	DENTRO DE LA RED
Exámenes físicos de rutina a adultos/vacunas 1 examen cada 12 meses hasta los 65 años de edad; luego 1 examen cada 12 meses después de los 65 años	Cobertura del 100 %; sin deducible
Exámenes de rutina a niños sanos (Well Child)/vacunas • 7 exámenes en los primeros 12 meses • 3 exámenes desde los 13 meses hasta los 24 meses • 3 exámenes desde los 25 meses hasta los 36 meses • 1 examen cada 12 meses a partir de entonces hasta los 22 años	Cobertura del 100 %; sin deducible
Exámenes de atención ginecológica de rutina 1 examen y citología de PAP por año, incluidas las tarifas relacionadas.	Cobertura del 100 %; sin deducible
Mamografía de rutina Se recomienda 1 por año para miembros mayores de 40 años de edad.	Cobertura del 100 %; sin deducible
Salud de la mujer Incluye examen de diabetes gestacional; prueba de ADN del VPH (virus del papiloma humano); asesoramiento para infecciones de transmisión sexual; asesoramiento y examen del virus de inmunodeficiencia humana; asesoramiento y evaluación para violencia doméstica e interpersonal; apoyo, suministros y asesoramiento relacionados con el amamantamiento. También se incluye lo siguiente: métodos anticonceptivos (anticonceptivos exigidos por la ACA, incluidos los anticonceptivos y los dispositivos que no se pueden obtener en una farmacia), procedimientos de esterilización (incluida la ligadura de trompas), educación y asesoramiento para el paciente. Pueden aplicarse límites.	Cobertura del 100 %; sin deducible
Atención prenatal	Cobertura del 100 %; sin deducible
Examen de tacto rectal de rutina Se recomienda para miembros mayores de 40 años de edad.	Cobertura del 100 %; sin deducible
Prueba de antígeno específico prostático Se recomienda para miembros mayores de 40 años de edad.	Cobertura del 100 %; sin deducible
Examen de cáncer colorectal Se recomienda para miembros mayores de 45 años de edad.	Cobertura del 100 %; sin deducible
Examen rutinario de ojos 1 examen de rutina cada 24 meses.	Copago de \$30, sin deducible
Examen rutinario de audición	Cobertura del 100 %; sin deducible
Examen y seguimiento de audición de recién nacido	Copago de \$30, sin deducible
ATENCIÓN MÉDICA	DENTRO DE LA RED
Visitas al consultorio de un médico de cuidado primario (PCP) Incluye servicios de un internista, médico general, médico de familia o pediatra.	Copago de \$20 por visita al consultorio; sin deducible
Consulta de telesalud con un proveedor no especialista	Copago de \$20 por visita al consultorio; sin deducible
Visitas al consultorio de especialista	Copago de \$40 por visita al consultorio; sin deducible
Consulta de telesalud con un proveedor especialista	Copago de \$40 por visita al consultorio; sin deducible
Exámenes de audición	No está cubierto.
Clínicas sin cita previa	Copago de \$20; sin deducible



PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

Clínicas sin cita previa designadas

Cobertura del 100 %; sin deducible

Las clínicas sin cita previa son centros de cuidado de salud independientes. Pueden encontrarse en una farmacia, una tienda de productos generales y de farmacia, un supermercado o en otra tienda al por menor. Ofrecen algunos cuidados y servicios médicos limitados.

Clínicas que no son sin cita previa: centros de cuidado de urgencia, salas de emergencias, el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital, centros de cirugía ambulatoria y consultorios médicos.

Pruebas de alergias	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
Inyecciones para alergias	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO	DENTRO DE LA RED
Rayos X para diagnóstico (Distintos de servicios de imágenes complejas)	20%; sin deducible
Quando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio.	
Laboratorio de diagnóstico	20%; sin deducible
Quando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio.	
Servicios de imágenes complejas para diagnóstico	20 %, después del deducible
Quando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio.	
ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA	DENTRO DE LA RED
Proveedor de atención urgente	Copago de \$50 por visita al consultorio; sin deducible
Uso no urgente de un proveedor de atención urgente	Copago de \$50; sin deducible
Sala de emergencias	copago de \$100; sin deducible
Copago exonerado si hay admisión.	
Atención que no es de emergencia en sala de emergencias	No está cubierto.
Uso de ambulancia en casos de emergencia	Cobertura del 100 %; sin deducible
Uso de ambulancia en casos que no son de emergencia	No está cubierto.
ATENCIÓN EN HOSPITAL	DENTRO DE LA RED
Cobertura de hospitalización	20 %, después del deducible
Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	
Cobertura hospitalaria por maternidad (incluye atención durante el parto y después de este)	20 %, después del deducible
Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	
Atención ambulatoria en hospital	20 %, después del deducible
Quando recibe cuidado ambulatorio en un hospital, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	



PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

Cirugía ambulatoria – En hospital	20 %, después del deducible
Cuando recibe cuidado ambulatorio en un hospital, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	
Cirugía ambulatoria - Centro independiente	20 %, después del deducible
Cuando recibe cuidado ambulatorio en un hospital, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	
SERVICIOS DE SALUD MENTAL	DENTRO DE LA RED
En hospital	20 %, después del deducible
Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	
Visitas al consultorio por salud mental	Copago de \$40; sin deducible
Consultas de telesalud sobre salud mental	Copago de \$40 por visita al consultorio; sin deducible
Otros servicios de salud mental	Cobertura del 100 %; sin deducible
Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	
ABUSO DE SUSTANCIAS	DENTRO DE LA RED
En hospital	20 %, después del deducible
Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	
Centros residenciales de tratamiento	20 %, después del deducible
Si lo ingresan en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	
Visitas al consultorio por abuso de sustancias	Copago de \$40; sin deducible
Consultas de telesalud sobre abuso de sustancias	Copago de \$40 por visita al consultorio; sin deducible
Otros servicios por abuso de sustancias	Cobertura del 100 %; sin deducible
Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	
SERVICIOS DE TERAPIA	DENTRO DE LA RED
Terapia de manipulación de columna vertebral	Copago de \$40; sin deducible
Limitado a 25 visitas por año.	



PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

Rehabilitación ambulatoria a corto plazo Limitado a 90 visitas por año. Incluye terapias física, ocupacional y del habla.	Copago de \$40; sin deducible
Terapia física para habilitación	Copago de \$40; sin deducible
Terapia ocupacional para habilitación	Copago de \$40; sin deducible
Terapia del habla para habilitación	Copago de \$40; sin deducible
Terapia física relacionada con el autismo	Copago de \$40; sin deducible
Terapia ocupacional relacionada con el autismo	Copago de \$40; sin deducible
Terapia del habla relacionada con el autismo	Copago de \$40; sin deducible
Terapia de salud emocional y psicológica relacionada con el autismo Estos beneficios se combinan con visitas de salud mental ambulatorias.	Copago de \$40; sin deducible
Análisis aplicado del comportamiento relacionado con el autismo Sus beneficios para estos servicios son los mismos que cualquier otro beneficio de salud mental ambulatorio descrito en "Otros servicios".	Cobertura del 100 %; sin deducible
OTROS SERVICIOS	DENTRO DE LA RED
Centro de enfermería especializada Limitado a 100 días por año Si lo ingresan en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	20 %, después del deducible
Atención domiciliaria Los servicios de atención médica domiciliaria incluyen el servicio privado de enfermería. Se limita a tres visitas por día por parte del personal de una agencia de cuidado de salud en el hogar. Una visita equivale a un período de cuatro horas o menos.	Copago de \$40; después del deducible
Atención en hospicio - Internado Si lo ingresan en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	20 %, después del deducible
Atención en hospicio - Ambulatorio Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	20 %, después del deducible
Servicio privado de enfermería Consideramos cada período de hasta 8 horas como un turno de servicio privado de enfermería.	Tiene cobertura como parte del cuidado de salud en el hogar.
Equipo médico duradero	50 %, después del deducible
Prótesis	Copago de \$20; sin deducible
Ortótica	Copago de \$20; sin deducible
Suministros para diabéticos (si no están cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta)	Tiene igual cobertura que otros gastos médicos. Usted paga el costo compartido de sus medicamentos con receta si tiene cobertura de medicamentos con receta. De lo contrario, paga el costo compartido de la visita al médico de cuidado primario.



PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

Terapia de infusión (en el hogar o en el consultorio)	Copago de \$40; sin deducible
Terapias de infusión (en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro independiente)	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
Audífonos 1 audífono por oído cada 24 meses	Copago de \$20; sin deducible
Trasplantes	20 %, después del deducible La cobertura dentro de la red solo está disponible en los centros contratados IOE (Institutes of Excellence™).
Cirugía bariátrica	No está cubierto.
Acupuntura Limitado a 10 visitas por año	Copago de \$20; sin deducible
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	DENTRO DE LA RED
Tratamiento de infertilidad	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe. Tienes cobertura para la inseminación artificial y el diagnóstico y tratamiento de la causa subyacente de la infertilidad.
Tecnología reproductiva de avanzada (ART)	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe. La cobertura de ART se limita a cuatro extracciones de óvulos por vida del miembro e incluye fertilización in vitro (FIV), transferencia intratubárica de cigoto (ZIFT), transferencia intratubárica de gametos (GIFT), transferencias de embriones criopreservados, inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) o microcirugía de óvulos y ovulación. inducción (IO). El máximo se aplica a todos los procedimientos cubiertos por cualquiera de nuestros planes, excepto donde lo prohíba la ley
Preservación de la fertilidad	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe. La cobertura incluye criopreservación para infertilidad iatrogénica La esterilidad iatrogénica puede ocurrir como resultado de ciertos tipos de tratamiento médico.
Vasectomía	Cobertura del 100 %; sin deducible
Ligadura de trompas	Cobertura del 100 %; sin deducible
FARMACIA	DENTRO DE LA RED
Tipo de plan de farmacia	Plan de control avanzado de Aetna
Límite de desembolso para medicamentos con receta	Los gastos de medicamentos con receta se aplican al límite de desembolso médico.



PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

Medicamentos genéricos

Al por menor	Copago de \$10
Orden por correo	Copago de \$25

Medicamentos de marca preferidos

Al por menor	Copago de \$40
Orden por correo	Copago de \$100

Medicamentos de marca no preferidos

Al por menor	Copago de \$60
Orden por correo	Copago de \$150

Farmacia (requisitos y suministros por día)

Al por menor	Puede obtener un suministro de hasta 30 días de la red nacional de Aetna. Para un suministro de 31 a 90 días, usted será responsable del copago de medicamentos de orden por correo.
Orden por correo	Puede obtener un suministro de 31 a 90 días de CVS Caremark® Mail Service Pharmacy.
De especialidad	Puede obtener un suministro de medicamentos de especialidad de hasta 30 días. Lista para asegurados de Aetna de Advanced Control Formulary

Su plan de medicamentos con receta también incluye:

- Suministros para diabéticos
- Copago máximo de \$25 por abastecimiento, por un suministro de 30 días de insulina incluida en el Formulario
- Una lista limitada de medicamentos sin receta cuando se obtienen con una receta.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- Se incluyen medicamentos para la fertilidad orales e inyectables (los cargos médicos por inyecciones no están cubiertos en Rx, la cobertura médica es limitada).
- Se cubren anticonceptivos hasta un suministro de 12 meses. Se aplica la estrategia de copago para anticonceptivos.

Lo siguiente tiene cobertura del 100 % dentro de la red:

- Medicamentos quimioterapéuticos orales.
 - Vacunas estacionales.
 - Vacunas preventivas.
 - Medicamentos preventivos que cumplen con los requisitos según la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) y anticonceptivos, incluidos también condones masculinos
- Para obtener una lista completa de los medicamentos con receta que cumplen con los requisitos, visite Aetna.com.

Requisitos de precertificación

Algunos medicamentos con receta cubiertos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos. Si está tomando alguno de estos medicamentos cuando se cambia a este plan, puede obtenerlo 1 vez dentro de los primeros 90 días a partir de que su plan entre en vigor.

Algunos medicamentos con receta cubiertos requieren terapia escalonada antes de que los cubramos. Con la terapia escalonada, debe probar primero 1 o más medicamentos antes de que paguemos el medicamento en cuestión. Si está tomando alguno de estos medicamentos cuando se cambia a este plan, puede obtenerlo 1 vez dentro de los primeros 90 días a partir de que este plan entre en vigor.

Para obtener la información más actualizada sobre los requisitos de precertificación y la lista de medicamentos que requieren terapia escalonada, consulte los documentos de su plan o visite el sitio web para miembros.

Elija genéricos haciendo caso omiso de la leyenda “DAW” (Dispense As Written, entregar tal como se prescribe): A veces, su médico puede afirmar que usted necesita un medicamento con receta de marca aun cuando hay un genérico disponible. Si es así, usted pagará el copago del medicamento de marca. Si usted solicita un medicamento con receta de marca cuando hay un genérico disponible, pagará el copago del medicamento de marca correspondiente más la diferencia entre el precio del genérico y el del producto de marca.



Windmill Health Products, LLC/Vital Health America LLC/Celmark
Effective Date: 01-01-2025
Open Access® Elect Choice® - New Jersey

PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

PROVISIONES GENERALES

Dependientes que cumplen con los requisitos para participar en su plan Cónyuge e hijos desde el nacimiento hasta los 26 años de edad. No importa la condición de estudiante de los hijos.

Los planes son proporcionados por: Aetna Health Inc. Aunque creemos que este material es correcto en la fecha de producción, está sujeto a cambios.

Los beneficios y los planes de seguro de salud contienen exclusiones y limitaciones. No todos los servicios de salud están cubiertos.

Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de beneficios, exclusiones, limitaciones y condiciones de cobertura. Las características y la disponibilidad de los planes pueden variar de acuerdo con el lugar y están sujetas a cambio. Los proveedores son contratistas independientes y no son nuestros agentes. La participación de los proveedores puede modificarse sin previo aviso. No proporcionamos atención ni garantizamos acceso a servicios de salud.



PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

La siguiente es una lista de servicios y suministros que en general no están cubiertos. Sin embargo, los documentos de su plan pueden contener excepciones a esta lista basadas en mandatos estatales o en el diseño del plan, o en las opciones adicionales adquiridas por su empleador.

- Todos los servicios médicos u hospitalarios que no están cubiertos específicamente en los documentos del plan, o que han sido limitados o excluidos de éste
- Cirugía cosmética, incluyendo reducción del seno
- Cuidado de custodia
- Atención dental y radiografías dentales
- Extracción de ovocitos a donante
- Procedimientos experimentales y en investigación, excepto para la cobertura de los costos de la atención médica necesaria de rutina a los pacientes miembros que participan en ensayos clínicos contra el cáncer
- Audífonos
- Partos en la casa
- Vacunas para viajes o empleos, excepto en los casos que sean médicamente necesarias o indicadas
- Medicamentos implantables y ciertos medicamentos inyectables incluyendo medicamentos inyectables para la infertilidad
- Servicios para la infertilidad incluyendo la inseminación artificial y tecnologías reproductivas de avanzada tales como IVF, ZIFT, GIFT, ICSI y otros servicios relacionados, a menos que figuren específicamente como cubiertos en los documentos de su plan
- Terapia de rehabilitación a largo plazo
- Servicios o suministros médicamente innecesarios
- Medicamentos con receta en casos ambulatorios (excepto para el tratamiento de la diabetes), excepto que estén cubiertos por una opción adicional de medicamentos con receta y de venta libre (excepto cuando se proveen en un hospital) y suministros
- Queratotomía radial o procedimientos relacionados
- Reversión de esterilización
- Servicios para el tratamiento de la disfunción sexual o para mejorar el rendimiento incluyendo terapia, suministros, consejería o medicamentos con receta.
- Servicio especial de enfermería
- Terapias o rehabilitaciones distintas de las que figuran como cubiertas en los documentos del plan
- Servicios para el control de peso, incluyendo procedimientos quirúrgicos, tratamientos médicos, programas de pérdida/control de peso, regímenes y suplementos alimenticios, supresores del apetito y otras medicaciones; alimentos o suplementos alimentarios, programas de ejercicios, equipos de ejercicios u otros equipos; y otros servicios y suministros cuya intención principal es controlar el peso o tratar la obesidad, incluyendo la obesidad mórbida, o cuyo propósito es reducir el peso, sin importar la existencia de condiciones comórbidas.



Windmill Health Products, LLC/Vital Health America LLC/Celmark
Effective Date: 01-01-2025
Open Access® Elect Choice® - New Jersey

PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

En casos de emergencia, llame al 911 o a su línea directa local para emergencias, o diríjase directamente a un centro de atención de emergencia.

Puede estar disponible la traducción de este material en otro idioma. Por favor llame a Servicios al Miembro al 1-888-982-3862.

Las características y la disponibilidad del plan pueden variar según la localidad y el tamaño del grupo.

Si desea obtener más información sobre los planes de Aetna, consulte en www.aetna.com.

Tanto Aetna como MinuteClinic, LLC (que se encarga del funcionamiento o de la prestación de ciertos servicios de respaldo para la administración de clínicas sin cita previa de MinuteClinic), son parte de la familia de CVS Health.

© 2021 Aetna Inc.