



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

<b>CARACTERÍSTICAS DEL PLAN</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>
<b>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.</b>	
<b>Deducible (por año calendario)</b>	\$750 por persona \$1,500 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.	
<b>Coseguro del miembro</b>	Usted paga el 20 %
Se aplica a todos los gastos excepto como se indicó.	
<b>Límite de desembolso (por año calendario)</b>	\$3,000 por persona \$6,000 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.	
<b>Máximo de por vida</b>	Sin límite, excepto donde se indique lo contrario.
<b>Selección de médico de cuidado primario</b>	Se recomienda
<b>Requerimiento de remisión</b>	No se requiere.
<b>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.</b>	
<b>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.</b>	
<b>Atención virtual CVS</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>
<b>CVS Health Virtual Primary Care (VPC) - consultas de atención preventiva</b>	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.	
<b>Atención primaria virtual (VPC) de CVS Health: consultas</b>	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.	
<b>CVS Health Virtual Care (VC) - medicina general</b>	Cobertura del 100 %; sin deducible
<b>CVS Health Virtual Care (VC) - salud mental</b>	Cobertura del 100 %; sin deducible



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

<b>ATENCIÓN PREVENTIVA</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>
<b>Exámenes físicos de rutina a adultos/vacunas</b> 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
<b>Exámenes de rutina a niños sanos (Well Child)/vacunas</b> • 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
<b>Exámenes de atención ginecológica de rutina</b> 1 examen y citología de PAP por año, incluidas las tarifas relacionadas.	Cobertura del 100 %; sin deducible
<b>Mamografía de rutina</b> Se recomienda 1 por año para miembros mayores de 40 años de edad.	Cobertura del 100 %; sin deducible
<b>Salud de la mujer</b> 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
<b>Atención prenatal</b>	Cobertura del 100 %; sin deducible
<b>Examen de tacto rectal de rutina</b> Se recomienda para miembros mayores de 40 años de edad.	Cobertura del 100 %; sin deducible
<b>Prueba de antígeno específico prostático</b> Se recomienda para miembros mayores de 40 años de edad.	Cobertura del 100 %; sin deducible
<b>Examen de cáncer colorectal</b> Se recomienda para miembros mayores de 45 años de edad.	Cobertura del 100 %; sin deducible
<b>Examen rutinario de ojos</b> 1 examen de rutina cada 24 meses.	Copago de \$30, sin deducible
<b>Examen rutinario de audición</b>	Cobertura del 100 %; sin deducible
<b>Examen y seguimiento de audición de recién nacido</b>	Copago de \$30, sin deducible
<b>ATENCIÓN MÉDICA</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>
<b>Visitas al consultorio de un médico de cuidado primario (PCP)</b> Incluye servicios de un internista, médico general, médico de familia o pediatra.	Copago de \$20 por visita al consultorio; sin deducible
<b>Consulta de telesalud con un proveedor no especialista</b>	Copago de \$20 por visita al consultorio; sin deducible
<b>Visitas al consultorio de especialista</b>	Copago de \$40 por visita al consultorio; sin deducible
<b>Consulta de telesalud con un proveedor especialista</b>	Copago de \$40 por visita al consultorio; sin deducible
<b>Exámenes de audición</b>	No está cubierto.
<b>Clínicas sin cita previa</b>	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.

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



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

<b>Cirugía ambulatoria – En hospital</b>	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.	
<b>Cirugía ambulatoria - Centro independiente</b>	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.	
<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>
<b>En hospital</b>	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.	
<b>Visitas al consultorio por salud mental</b>	Copago de \$40; sin deducible
<b>Consultas de telesalud sobre salud mental</b>	Copago de \$40 por visita al consultorio; sin deducible
<b>Otros servicios de salud mental</b>	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.	
<b>ABUSO DE SUSTANCIAS</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>
<b>En hospital</b>	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.	
<b>Centros residenciales de tratamiento</b>	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.	
<b>Visitas al consultorio por abuso de sustancias</b>	Copago de \$40; sin deducible
<b>Consultas de telesalud sobre abuso de sustancias</b>	Copago de \$40 por visita al consultorio; sin deducible
<b>Otros servicios por abuso de sustancias</b>	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.	
<b>SERVICIOS DE TERAPIA</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>
<b>Terapia de manipulación de columna vertebral</b>	Copago de \$40; sin deducible
Limitado a 25 visitas por año.	



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

<b>Rehabilitación ambulatoria a corto plazo</b> Limitado a 90 visitas por año. Incluye terapias física, ocupacional y del habla.	Copago de \$40; sin deducible
<b>Terapia física para habilitación</b>	Copago de \$40; sin deducible
<b>Terapia ocupacional para habilitación</b>	Copago de \$40; sin deducible
<b>Terapia del habla para habilitación</b>	Copago de \$40; sin deducible
<b>Terapia física relacionada con el autismo</b>	Copago de \$40; sin deducible
<b>Terapia ocupacional relacionada con el autismo</b>	Copago de \$40; sin deducible
<b>Terapia del habla relacionada con el autismo</b>	Copago de \$40; sin deducible
<b>Terapia de salud emocional y psicológica relacionada con el autismo</b> Estos beneficios se combinan con visitas de salud mental ambulatorias.	Copago de \$40; sin deducible
<b>Análisis aplicado del comportamiento relacionado con el autismo</b> 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
<b>OTROS SERVICIOS</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>
<b>Centro de enfermería especializada</b> 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
<b>Atención domiciliaria</b> 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
<b>Atención en hospicio - Internado</b> 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
<b>Atención en hospicio - Ambulatorio</b> 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
<b>Servicio privado de enfermería</b> 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.
<b>Equipo médico duradero</b>	50 %, después del deducible
<b>Prótesis</b>	Copago de \$20; sin deducible
<b>Ortótica</b>	Copago de \$20; sin deducible
<b>Suministros para diabéticos (si no están cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta)</b>	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**

<b>Terapia de infusión (en el hogar o en el consultorio)</b>	Copago de \$40; sin deducible
<b>Terapias de infusión (en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro independiente)</b>	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
<b>Audífonos</b> 1 audífono por oído cada 24 meses	Copago de \$20; sin deducible
<b>Trasplantes</b>	20 %, después del deducible La cobertura dentro de la red solo está disponible en los centros contratados IOE (Institutes of Excellence™).
<b>Cirugía bariátrica</b>	No está cubierto.
<b>Acupuntura</b> Limitado a 10 visitas por año	Copago de \$20; sin deducible
<b>PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>
<b>Tratamiento de infertilidad</b>	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.
<b>Tecnología reproductiva de avanzada (ART)</b>	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
<b>Preservación de la fertilidad</b>	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.
<b>Vasectomía</b>	Cobertura del 100 %; sin deducible
<b>Ligadura de trompas</b>	Cobertura del 100 %; sin deducible
<b>FARMACIA</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>
<b>Tipo de plan de farmacia</b>	Plan de control avanzado de Aetna
<b>Límite de desembolso para medicamentos con receta</b>	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**

<b>Al por menor</b>	Copago de \$10
<b>Orden por correo</b>	Copago de \$20

---

**Medicamentos de marca preferidos**

<b>Al por menor</b>	Copago de \$30
<b>Orden por correo</b>	Copago de \$60

---

**Medicamentos de marca no preferidos**

<b>Al por menor</b>	Copago de \$50
<b>Orden por correo</b>	Copago de \$100

---

**Farmacia (requisitos y suministros por día)**

<b>Al por menor</b>	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.
<b>Orden por correo</b>	Puede obtener un suministro de 31 a 90 días de CVS Caremark® Mail Service Pharmacy.
<b>De especialidad</b>	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](http://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](http://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.