



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite <https://www.aetnastudenthealth.com/> o llame al 1-800-481-8814. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-800-481-8814 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	Por cada año del <u>plan</u> , dentro de la <u>red</u> : individual \$250. Fuera de la red: individual \$1,000.	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Los <u>medicamentos con receta médica</u> más la <u>atención preventiva</u> dentro de la red están cubiertos antes de que alcance el <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin costos compartidos antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la <u>red</u> : individual \$5,000. Fuera de la red: individual \$10,000.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia están incluidos en el plan, deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación de saldo</u> , atención médica que este <u>plan</u> no cubre y sanciones por no obtener la <u>autorización previa</u> para los servicios.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite www.aetna.com/docfind o llame al 1-800-481-8814.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .



Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$30 de <u>copago</u> /visita.	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$30 de <u>copago</u> /visita.	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin cargo.	50 % de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u> a las vacunas para niños.	Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará el <u>plan</u> .
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en https://www.aetna.com/individuals-families/pharmacy.html	Medicamentos genéricos	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$15 (al por menor y pedidos por correo).	50 % de <u>coseguro</u> después de <u>copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$15 (al por menor).	Cubre un suministro de 30 días (al por menor) y un suministro de 31 a 90 días (al por menor y pedidos por correo). Incluye medicamentos y dispositivos anticonceptivos disponibles en las farmacias y medicamentos orales e inyectables para la fertilidad. No se cobran los anticonceptivos genéricos preferidos para mujeres aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dentro de la <u>red</u> .
	Medicamentos de marca preferidos	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$45 (al por menor y pedidos por correo).	50 % de <u>coseguro</u> después de <u>copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$45 (al por menor).	
	Medicamentos de marca no preferidos	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$75 (al por menor y pedidos por correo).	50 % de <u>coseguro</u> después de <u>copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$75 (al por menor).	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	<u>Copago/medicamentos con receta médica, no se aplica el deducible: \$100 (al por menor y pedidos por correo).</u>	50 % de <u>coseguro</u> después de <u>copago/medicamentos con receta médica, no se aplica el deducible: \$100 (al por menor).</u>	Ninguna.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20 % de <u>coseguro.</u>	50 % de <u>coseguro.</u>	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro.</u>	50 % de <u>coseguro.</u>	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	20 % de <u>coseguro.</u>	20 % de <u>coseguro.</u>	No hay cobertura para atención que no es de emergencia.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20 % de <u>coseguro.</u>	20 % de <u>coseguro.</u>	Ninguna.
	<u>Atención de urgencia</u>	20 % de <u>coseguro</u> después de \$25 de <u>copago/visita.</u>	50 % de <u>coseguro.</u>	No hay cobertura para atención que no es de urgencia.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20 % de <u>coseguro.</u>	50 % de <u>coseguro.</u>	Puede aplicarse una sanción de \$500 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro.</u>	50 % de <u>coseguro.</u>	Ninguna.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas al consultorio: \$30 de <u>copago/visita</u> ; otros servicios para pacientes ambulatorios: 20 % de <u>coseguro.</u>	Visitas al consultorio y otros servicios para pacientes ambulatorios: 50 % de <u>coseguro.</u>	Ninguna.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20 % de <u>coseguro.</u>	50 % de <u>coseguro.</u>	Puede aplicarse una sanción de \$500 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo.	50 % de <u>coseguro.</u>	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en este resumen (por ejemplo, ecografía). Puede aplicarse una sanción de \$500 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20 % de <u>coseguro.</u>	50 % de <u>coseguro.</u>	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20 % de <u>coseguro.</u>	50 % de <u>coseguro.</u>	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$25 de <u>copago/visita</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Se incluye la fisioterapia, la terapia ocupacional y del habla.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$25 de <u>copago/visita</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Puede aplicarse una sanción de \$500 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	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>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Puede aplicarse una sanción de \$500 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo.	50 % de <u>coseguro</u> .	1 examen de rutina de la vista/año del <u>plan</u> , hasta los 19 años de edad.
	Anteojos para niños	Sin cargo.	50 % de coseguro.	1 par de anteojos o lentes por año del plan.
	Control dental para niños	Sin cargo.	50 % de coseguro.	Ninguna.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Cirugía bariátrica.
- Cirugía plástica.
- Atención dental (adultos).
- Atención a largo plazo.
- Atención de rutina para los pies.
- Programas para la pérdida de peso, excepto los servicios preventivos requeridos.

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Acupuntura.
- Cuidado quiropráctico.
- Audífonos: 1 audífono por oído cada 24 meses, hasta \$1,000 por audífono (hasta los 16 años de edad).
- Tratamiento para la infertilidad: Limitado al diagnóstico y el tratamiento de la afección médica subyacente, la inseminación artificial y la inducción de la ovulación. Tecnología de reproducción asistida: 4 ciclos de por vida.
- Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU.
- Enfermería particular: Limitada a los proveedores dentro de la red.
- Atención de rutina para la vista (adultos): 1 examen de rutina de la vista por año del plan, hasta los 19 años de edad.

Su derecho a continuar con la cobertura:

Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Oficina de Atención Administrada, Servicios de Protección al Consumidor, Departamento de Actividades Bancarias y Seguros de Nueva Jersey, teléfono: 1-888-393-1062, línea directa: 1-800-446-7467, <http://www.state.nj.us/dobi/consumer.htm>.

- Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-800-481-8814.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con:

- Aetna, directamente, al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación médica, o al número gratuito general 1-800-481-8814.
- La Oficina de Atención Administrada, Servicios de Protección al Consumidor, del Departamento de Actividades Bancarias y Seguros de Nueva Jersey, al teléfono 1-888-393-1062, línea directa: 1-800-446-7467, <http://www.state.nj.us/dobi/consumer.htm>.
- Asimismo, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Contacto: Office of the Insurance Ombudsman, NJ Department of Banking and Insurance, 20 West State Street, PO Box 472, Trenton, NJ 08625-0472; 1-800-446-7467; fax: 609-292-2431; <http://www.state.nj.us/dobi/consumer.htm>, ombudsman@dobi.state.nj.us.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$250
- Copago de especialista \$30
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20 %
- Otro coseguro 20 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$250
<u>Copagos</u>	\$100
<u>Coseguro</u>	\$2,400

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones \$60

El total que Peg pagaría es \$2,810

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El deducible general del plan \$250
- Copago de especialista \$30
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20 %
- Otro coseguro 20 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)
Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta médica
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$250
<u>Copagos</u>	\$1,800
<u>Coseguro</u>	\$10

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones \$20

El total que Joe pagaría es \$2,080

Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$250
- Copago de especialista \$30
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20 %
- Otro coseguro 20 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la Sala de Emergencias (*incluye suministros médicos*)
Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mía pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$250
<u>Copagos</u>	\$100
<u>Coseguro</u>	\$200

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones \$0

El total que Mía pagaría es \$550

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este 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 1-800-481-8814.

Teléfono inteligente o tableta

Para ver los documentos desde su teléfono inteligente o tableta, se requiere la aplicación gratuita WinZip. Puede estar disponible en App Store.

Aviso sobre la no discriminación

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

Brindamos 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 queja formal:

Civil Rights Coordinator

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

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

Correo electrónico: CRCoordinator@aetna.com

También puede presentar una queja sobre derechos civiles en el portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ingresando en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede hacerlo 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.

