Aetna Student Health
Diseño del plan y resumen de beneficios
Open Choice PPO

Seminario Teológico Fuller: Internacional

Año de la póliza: 2026-2027
Número de póliza: 686224
www.aetnastudenthealth.com
(877) 480-4161



Esta es una breve descripción del Plan de Salud para Estudiantes. El plan está disponible para los estudiantes del Seminario Teológico Fuller Internacional y sus dependientes elegibles. El plan está asegurado por

Aetna Life Insurance Company (Aetna). Las disposiciones exactas, incluidas las definiciones, que rigen este seguro están contenidas en el Certificado emitido a su nombre y se pueden ver en línea en **https://www.aetnastudenthealth.com.** Si hay una diferencia entre este Resumen del Plan y el Certificado, prevalecerá el Certificado.

CVS Virtual Care®

Desde enfermedades cotidianas y afecciones crónicas hasta apoyo en materia de salud mental, puede contar con nosotros. Una vez que nos diga lo que necesita, lo conectaremos con proveedores de confianza dentro de la red para que pueda programar una consulta virtual. La mayoría de las consultas de salud mental están disponibles en un plazo de dos semanas. Puede acceder a la atención durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a través de nuestra clínica virtual. Cuidado general: Cobertura del 100%. Salud conductual**:** Consulte el programa de beneficios para obtener más información. Visite CVS.com/virtual-care para registrarse y programar una cita.

¿Quién es elegible?

Todos los estudiantes internacionales, profesores visitantes y académicos que mantengan un pasaporte vigente y una visa válida F-1, J-1 o M-1, que participen en actividades educativas en el Fuller Theological College y que se encuentren temporalmente fuera de su país de origen y no se les haya otorgado el estatus de residencia permanente.

Las personas inscritas en el programa de capacitación práctica opcional son elegibles para inscribirse de forma voluntaria.

Elegibilidad para la cobertura de dependientes

Los estudiantes cubiertos también pueden inscribir a su cónyuge legal, pareja de hecho (del mismo sexo, del sexo opuesto) e hijos dependientes hasta la edad de 26 años.

Fechas y tarifas de cobertura

La cobertura para todos los estudiantes asegurados y dependientes elegibles entrará en vigencia a las 12:01 a.m. de la fecha de inicio de la cobertura que se indica a continuación y finalizará a las 11:59 p.m. de la fecha de finalización de la cobertura indicada. La cobertura para dependientes asegurados termina de acuerdo con las Disposiciones de Terminación descritas en el Certificado de Cobertura.

	Otoño	Invierno	Primavera	Verano
Fecha de inicio de cobertura	**09/20/2026**	**12/20/2026**	**03/20/2027**	**06/20/2027**
Fecha de finalización de cobertura	**12/19/2026**	**03/19/2027**	**06/19/2027**	**09/19/2027**
Estudiante	$1,443.50	$1,443.50	$1,443.50	$1,443.50
Cónyuge	$1,443.50	$1,443.50	$1,443.50	$1,443.50
Un hijo	$1,443.50	$1,443.50	$1,443.50	$1,443.50
Dos o más hijos	$2,887.00	$2,887.00	$2,887.00	$2,887.00

Se agregará una tarifa escolar administrativa de $25 por estudiante en cada período académico.

La inscripción debe ser presentada por:

Otoño: 10/10/2026
Invierno: 01/16/2027
Primavera: 04/10/2027
Verano: 07/03/2027

Inscripción

Para inscribirse en línea como estudiante o para inscribir a los dependientes de un estudiante cubierto, inicie sesión en su cuenta de estudiante de **Fuller.edu.** Diríjase a la página de inicio de Current Students (Alumnos actuales), haga clic en "Register for Classes Module" (Módulo de inscripción a clases) y luego complete el PASO 4. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse después de la fecha de inscripción, comuníquese con el Departamento de Seguros de Salud para Estudiantes a **shi@fuller.edu**

Nota importante sobre la cobertura para recién nacidos o niños recién adoptados:

Su hijo recién nacido está cubierto en su plan de salud durante los primeros 31 días desde el momento del nacimiento.

- Para mantener a su recién nacido cubierto, debe notificarnos a nosotros (o a nuestro agente) del nacimiento y pagar cualquier contribución a la prima requerida durante ese período de 31 días.
- Debe inscribir a su hijo dentro de los 31 días posteriores al nacimiento, incluso cuando la cobertura no requiere el pago de una prima adicional por el recién nacido.
- Si no cumple este plazo, su recién nacido no tendrá beneficios de salud después de los primeros 31 días.
- Si su cobertura termina durante este período de 31 días, entonces la cobertura de su recién nacido terminará en la misma fecha que su cobertura. Esto se aplica incluso si el período de 31 días no ha finalizado.

Un niño que usted, o que usted y su cónyuge, pareja de unión civil o pareja de hecho adopte o sea puesto con usted para adopción, está cubierto en su plan durante los primeros 31 días después de que se complete la adopción o la colocación.

- Para mantener a su hijo cubierto, debemos recibir su información de inscripción completa dentro de los 31 días posteriores a la adopción o colocación para adopción.
- De todos modos, debe inscribir al niño dentro de los 31 días posteriores a la adopción o colocación para adopción, incluso cuando la cobertura no requiere el pago de una contribución adicional para el niño.
- Si no cumple este plazo, su hijo adoptado o en su custodia no tendrá beneficios de salud después de los primeros 31 días.
- Si su cobertura termina durante este período de 31 días, entonces la cobertura para su hijo adoptivo o hijo dado con usted para adopción terminará en la misma fecha que su cobertura. Esto se aplica incluso si el plazo de 31 días no terminó.

Si necesita información o tiene preguntas generales sobre la inscripción de dependientes, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (877) 480-4161.

Aviso de elegibilidad de Medicare

No es elegible para inscribirse en un plan de salud para estudiantes si tiene Medicare en el momento de

inscribirse en el plan para estudiantes. El plan no proporciona cobertura para las personas que tienen Medicare.

Finalización y reembolsos

Retiro de Clases – Permiso de Ausencia

Si se retira de las clases bajo una licencia aprobada por la escuela, su cobertura permanecerá vigente hasta el final del período por el cual se recibió el pago y no se reembolsarán las primas.

Abandono de clases: Sin licencia

- Si abandona las clases dentro de los 31 días siguientes a la fecha de inicio de estas, se considerará que no es elegible para la cobertura. Su cobertura finalizará retroactivamente y se reembolsarán las primas cobradas.
- Si abandona las clases dentro de los 31 días posteriores a la fecha de inicio de las clases, su cobertura permanecerá vigente hasta el final del período por el cual se recibió el pago de la prima. No se reembolsará ninguna prima.
- Si abandona las clases para ingresar en las fuerzas armadas de cualquier país, su cobertura finalizará en la fecha de dicho ingreso. Le reembolsaremos su prima, de forma prorrateada, si presenta una solicitud por escrito dentro de los 90 días de la fecha en que abandone las clases.

Finalización de la cobertura

A partir del 1 de julio de 2026, si un estudiante se gradúa, toma una licencia o ya no está inscrito en clases, puede solicitar cancelar su cobertura de seguro de salud estudiantil durante el año de la póliza. La solicitud debe presentarse al Seminario Teológico Fuller al menos 30 días antes de la fecha de finalización deseada. Una vez recibida, la cobertura se cancelará dentro del mismo mes calendario si es posible, pero a más tardar el último día del mes en el que finaliza el período de 30 días. Cuando un estudiante o dependiente decide cancelar la cobertura bajo estas circunstancias, solo es responsable de los pagos de la prima hasta la fecha de finalización. Si la prima se pagó en su totalidad durante un período académico, el miembro recibirá un reembolso prorrateado por cualquier cobertura no utilizada. El Seminario Teológico Fuller es responsable de reembolsar a los estudiantes cualquier período durante el cual no tengan cobertura, de conformidad con la ley estatal aplicable.

Red de proveedores dentro de la red

Aetna Student Health ofrece una amplia red de proveedores dentro de la red de Aetna. Puede ahorrar dinero al consultar a los proveedores dentro de la red porque Aetna ha negociado tarifas especiales con ellos y porque los beneficios del plan son mejores.

Si necesita atención cubierta por el plan, pero que no está disponible a través de un proveedor de la red, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir asistencia al número gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación. En este caso, es posible que Aetna emita una preaprobación para que usted reciba atención de un proveedor fuera de la red. Cuando Aetna emite una preaprobación, el nivel del beneficio es el mismo que para un proveedor dentro de la red.

Certificación previa

Necesita una aprobación previa de nuestra parte para algunos servicios cubiertos. Esto también se denomina certificación previa. Su médico dentro de la red es responsable de obtener cualquier certificación previa necesaria antes de recibir la atención. Cuando asiste a un proveedor fuera de la red, usted es responsable de obtener una certificación previa para los servicios y suministros que aparecen en la lista de certificación previa. Si no obtiene la certificación previa cuando es necesario, se aplicará una multa de hasta $500 por cada tipo de servicio de salud elegible que no haya sido certificado previamente. Para obtener una lista actualizada de los servicios de salud o medicamentos con receta que requieren precertificación, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o visite www.aetnastudenthealth.com.

Llamado de certificación previa

La certificación previa debe obtenerse dentro del período especificado a continuación. Para obtener una certificación previa, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación. Usted, su médico o el centro deben llamarnos dentro de estos plazos:

Internaciones que no sean de emergencia	Llame al menos 14 días antes de la fecha programada para su internación.
Internación de emergencia	Llame en el plazo de 48 horas o en cuanto sea razonablemente posible a partir de su internación.
Internación urgente	Llame antes de la fecha programada para su internación.
Servicios médicos para pacientes externos que no son de emergencia	Llame al menos 14 días antes de que se preste la atención o se programe el tratamiento.

Una admisión urgente es una admisión hospitalaria por parte de un médico debido a la aparición o el cambio de una enfermedad, el diagnóstico de una enfermedad o una lesión.

Les enviaremos a usted y su médico un aviso por escrito sobre la decisión de certificación previa cuando sea requerido por la ley estatal. Si se aprueba la certificación previa de los servicios, la aprobación tiene validez por 30 días, siempre y cuando usted aún esté inscrito en el plan.

Coordinación de los beneficios (COB)

Algunas personas tienen cobertura de salud bajo más de un plan de salud. Si es su caso, trabajaremos con su otro plan para decidir cuánto pagará cada plan. Esto se denomina coordinación de beneficios (COB). Podrá encontrar una descripción completa de las disposiciones de la Coordinación de beneficios en el certificado que se le emitió.

Descripción de beneficios

El Plan excluye la cobertura de ciertos servicios y tiene limitaciones en los montos que pagará. Aunque en el documento del Resumen del plan se incluyen algunas de las características importantes del plan, otras características que pueden ser importantes para usted se describen en el Certificado. Para ver la descripción completa del Plan, que se encuentra en el Certificado que se le emitió, vaya a **https://www.aetnastudenthealth.com.**

El plan pagará los beneficios según las leyes de seguros aplicables de California.

	Cobertura dentro de la red	**Cobertura fuera de la red**
Deducibles anuales de la póliza		
Debe alcanzar su deducible anual de la póliza antes de que el plan pague beneficios.		
Estudiante	$500 por año de póliza	$1,000 por año de póliza
Cónyuge	$500 por año de póliza	$1,000 por año de póliza
Cada hijo	$500 por año de póliza	$1,000 por año de póliza
Familia	Ninguno	Ninguno
Exención del deducible anual de la póliza		
No se aplica el deducible del año de la póliza a todos los siguientes servicios cubiertos: • Atención dentro de la red para atención preventiva y bienestar, servicios pediátricos dentales, servicios pediátricos de atención de la vista y medicamentos con receta para pacientes externos. • Atención dentro de la red y atención fuera de la red para la guardería del recién nacido sano.		
Individual Este es el monto que debe por los servicios cubiertos dentro y fuera de la red cada año de la póliza antes de que el plan comience a pagar los servicios cubiertos. Cuando el monto que paga por los servicios cubiertos alcance el deducible del año de la póliza, este plan comenzará a pagar los servicios cubiertos por el resto del año de la póliza.		
Límites de montos máximos que paga de su bolsillo		
	Cobertura dentro de la red	**Cobertura fuera de la red**
Estudiante	$5,000 por año de póliza	$7,000 por año de póliza
Cónyuge	$5,000 por año de póliza	$7,000 por año de póliza
Cada hijo	$5,000 por año de póliza	$7,000 por año de póliza
Familia	$10,000 por año de póliza	$14,000 por año de póliza

	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Exámenes físicos de rutina		
Consultorio del médico	100% (del cargo negociado) por visita No se aplican copagos ni el deducible anual de la póliza	Sin cobertura
Inmunizaciones de atención preventiva		
Centro o consultorio del médico	100% (del cargo negociado) por visita No se aplican copagos ni el deducible anual de la póliza	Sin cobertura
Consultas preventivas de bienestar de la mujer		
Consultorio del médico, obstetra (OB), ginecólogo (GYN) u OB/GYN	100% (del cargo negociado) por visita No se aplican copagos ni el deducible anual de la póliza	Sin cobertura
Servicios de asesoramiento y pruebas de detección preventiva		
Servicios de detección preventiva y asesoramiento sobre obesidad y alimentación saludable, depresión, abuso de alcohol y drogas, productos de tabaco, detección de depresión, asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual y asesoramiento sobre riesgo genético para cáncer de mama y de ovario	100% (del cargo negociado) por consulta No se aplican copagos ni el deducible anual de la póliza	Sin cobertura
Consultas de asesoramiento sobre gestión del estrés	100% (del cargo negociado) por visita No se aplican copagos ni el deducible anual de la póliza	Sin cobertura
Consultas de asesoramiento sobre afecciones crónicas	100% (del cargo negociado) por visita No se aplican copagos ni el deducible anual de la póliza	Sin cobertura
Prueba de detección de cáncer de rutina	100% (del cargo negociado) por visita	Sin cobertura

	No se aplican copagos ni el deducible anual de la póliza	
	Cobertura dentro de la red	**Cobertura fuera de la red**
Máximos para pruebas de detección de cáncer de pulmón	1 prueba de detección cada 12 meses	
Servicios de atención prenatal y posparto: Solo servicios de atención preventiva (incluye la participación en el Programa de detección prenatal de California)	100% (del cargo negociado) por consulta No se aplican copagos ni el deducible anual de la póliza	Sin cobertura
Servicios de apoyo y asesoramiento para la lactancia Incluye intervenciones clínicamente indicadas para apoyar las consultas de lactancia, el asesoramiento, la educación y todos los equipos y suministros de lactancia materna	100% (del cargo negociado) por visita No se aplican copagos ni el deducible anual de la póliza	Sin cobertura
Suministros y accesorios para sacaleches	100% (del cargo negociado) por producto No se aplican copagos ni el deducible anual de la póliza	Sin cobertura
Servicios de planificación familiar: Anticonceptivos		
Asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, visitas en el consultorio	100% (del cargo negociado) por visita No se aplican copagos ni el deducible anual de la póliza	Sin cobertura
Medicamentos y dispositivos anticonceptivos con receta proporcionados, administrados o retirados por un proveedor durante una visita al consultorio Por cada suministro para 30 días o suministro para 12 meses	100% (del cargo negociado) por producto No se aplican copagos ni el deducible anual de la póliza	Sin cobertura
Esterilización voluntaria, incluidos los servicios de vasectomía: Servicios para pacientes	100% (del cargo negociado) No se aplican copagos ni el	60% (del cargo reconocido)

internados	deducible anual de la póliza	
Esterilización voluntaria, incluidos los servicios de vasectomía: Servicios para pacientes externos	100% (del cargo negociado) No se aplican copagos ni el deducible anual de la póliza	60% (del cargo reconocido)

	Cobertura dentro de la red	**Cobertura fuera de la red**
Los siguientes servicios preventivos no están cubiertos: • Cualquier método anticonceptivo "revisado" únicamente por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y que esta no haya "aprobado", "otorgado" ni "autorizado"		
Médicos y otros profesionales de la salud		
Consultas a médicos y especialistas, incluidos asesores, en el consultorio (atención no quirúrgica y no preventiva de un médico o especialista) (incluye consultas por telemedicina)	Copago de $35 Luego, el plan paga el 100% (del saldo del cargo negociado) por visita	60% (del cargo reconocido) por consulta
Pruebas y tratamiento para la alergia		
Pruebas de alergia realizadas en un consultorio médico o especializado	80% (del cargo negociado)	60% (del cargo reconocido)
Tratamiento con inyecciones para la alergia realizado en el consultorio de un médico o especialista [cuando acude al médico]	80% (del cargo negociado)	60% (del cargo reconocido)
Sueros y extractos alergénicos administrados mediante inyección en la consulta de un médico o especialista	80% (del cargo negociado)	60% (del cargo reconocido)
Servicios quirúrgicos de médicos y especialistas		
Cirugía para pacientes internados realizada por un cirujano durante su estadía en un hospital o centro de maternidad (gastos de anestesista y asistente quirúrgico incluidos)	80% (del cargo negociado)	60% (del cargo reconocido)
Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: • Una estadía en un hospital (las hospitalizaciones están cubiertas en la sección *Servicios cubiertos y exclusiones: Atención hospitalaria y otros centros*) • Servicios de otro médico para la administración de anestesia local.		
Cirugía para pacientes externos	80% (del cargo negociado) por	60% (del cargo reconocido) por

realizada por un cirujano en el consultorio de un médico o especialista o en el departamento para paciente externos de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio (gastos de anestesista y asistente quirúrgico incluidos)	consulta	consulta
Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: • Una estadía en un hospital (las hospitalizaciones están cubiertas en la sección *Servicios cubiertos y exclusiones: Atención hospitalaria y otros centros*) • Un cargo separado del centro por cirugía realizada en el consultorio del médico. • Servicios de otro médico para la administración de anestesia local.		

	Cobertura dentro de la red	**Cobertura fuera de la red**
Alternativas a las visitas en el consultorio del médico		
Consultas a clínicas de atención sin cita previa (consulta que no sea de emergencia)	Copago de $35, luego el plan paga el 100% (del saldo del cargo negociado) por consulta	60% (del cargo reconocido) por visita
Atención en hospitales y otros centros		
Servicios y suministros hospitalari para pacientes internados (habitación y comida) y otros servicios y suministros varios Incluye los cargos de un centro de maternidad	El 80% (del cargo negociado) por internación	60% (del cargo reconocido) por internación
Los siguientes servicios no están cubiertos: • Todos los servicios y suministros proporcionados en: - Asilos. - Cualquier lugar que se considere la residencia principal de una persona o que proporcione principalmente cuidado asistencial o de reposo. - Centros de salud. - Spas. - Escuelas o campamentos.		
Pruebas previas a la internación	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.
Servicios médicos hospitalarios no quirúrgicos	80% (del cargo negociado) por consulta	60% (del cargo reconocido) por consulta
Alternativas a las hospitalizaciones		
Cirugía para pacientes externos (cargos del centro) realizada en	80% (del cargo negociado) por consulta	60% (del cargo reconocido) por consulta

el departamento para pacientes externos de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio		
Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: • Una hospitalización (consulte el beneficio *Atención en hospitales: Cargos del centro* en esta sección). • Un cargo separado del centro por cirugía realizada en el consultorio del médico. • Servicios de otro médico para la administración de anestesia local.		
Atención médica a domicilio	80% (del cargo negociado) por consulta	60% (del cargo reconocido) por consulta
Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: • Servicios de enfermería, de asistencia en el hogar o de apoyo terapéutico proporcionados fuera del hogar (p. ej., en combinación con las actividades escolares, de vacaciones, laborales o recreativas) • Transporte • Servicios de personas para tareas domésticas o cuidado del hogar • Servicios de entrega a domicilio o de comidas • Terapia de mantenimiento		
Hospicio: pacientes internados	80% (del cargo negociado) por internación	60% (del cargo reconocido) por internación
	Cobertura dentro de la red	**Cobertura fuera de la red**
Hospicio: pacientes externos	80% (del cargo negociado) por consulta	60% (del cargo reconocido) por consulta
Los siguientes servicios no están cubiertos con este beneficio: • Preparativos funerarios • Asesoramiento financiero o legal, incluidas la planificación patrimonial y la elaboración de un testamento • Servicios de personas para tareas domésticas o cuidadores, es decir, servicios no solo relacionados con su atención, como los siguientes: - Servicios de cuidado o compañía tanto para usted como para otros familiares - Transporte - Mantenimiento de la casa		
Centro de atención de enfermería especializada: Pacientes internado	El 80% (del cargo negociado) por internación	60% (del cargo reconocido) por internación
Sala de emergencias	Copago de $150, luego el plan paga el 100% (del saldo del cargo negociado) por visita	Se paga lo mismo que con la cobertura dentro de la red.
Atención que no sea de emergencia en una sala de emergencias	Sin cobertura	Sin cobertura
Nota importante: • Como no tenemos un contrato con los proveedores fuera de la red, es posible que el proveedor no acepte el pago de su costo compartido (copago/coseguro) como pago total. Es posible que reciba una factura por la diferencia entre el monto facturado por el proveedor y el monto que paga este plan. Si el proveedor le envía una factura por un monto superior a su costo compartido, usted no es		

responsable del pago de ese monto. Debe enviar la factura a la dirección que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación y nosotros resolveremos la disputa de facturación con el proveedor por dicho monto. Controle que el número de la tarjeta de identificación se incluya en la factura.

- Se aplicará un copago/coseguro por separado en la sala de emergencias por cada visita a una sala de emergencias. Si ingresa en un hospital como paciente internado inmediatamente después de una visita a la sala de emergencia de un hospital, se lo eximirá de su copago/coseguro por la visita y se aplicará su copago/coseguro para paciente internado.
- Los servicios cubiertos que se aplican al copago/coseguro de la sala de emergencias no se pueden aplicar a ningún otro copago/coseguro del plan. Del mismo modo, un copago/coseguro que se aplica a otros servicios cubiertos por el plan no se puede aplicar al copago/coseguro de la sala de emergencias.
- Es posible que se apliquen montos de copago/coseguro separados para ciertos servicios que se le brindan en la sala de emergencias que no forman parte del beneficio de la sala de emergencias. Estos montos de copago/coseguro pueden ser diferentes del copago/coseguro de la sala de emergencias. Dependen del servicio específico que se le brinde.
- Los servicios que se le prestan en la sala de emergencias que no forman parte del beneficio de la sala de emergencias pueden estar sujetos a montos de copago/coseguro.

Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio:

- Servicios que no sean de emergencia en la sala de emergencias de un hospital o en un departamento de emergencia de un centro independiente.

	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Atención de urgencia	Copago de $35 Luego, el plan paga el 80% (del saldo del cargo negociado) por visita	60% (del cargo reconocido) por consulta
Consulta a un proveedor de atención de urgencia cuando no se trate de una urgencia	Sin cobertura	Sin cobertura
Lo siguiente no está cubierto con este beneficio: • Atención que no sea de urgencia en un centro de atención de urgencia (en un centro independiente no hospitalario).		
Atención dental pediátrica (limitado a las personas cubiertas hasta finalizar el mes en el que cumplen 19 años)		
Servicios tipo A	100% (del cargo negociado) por consulta No se aplican copagos ni deducibles	60% (del cargo reconocido) por consulta
Servicios tipo B	100% (del cargo negociado) por consulta No se aplican copagos ni deducibles	60% (del cargo reconocido) por consulta
Servicios tipo C	100% (del cargo negociado) por consulta No se aplican copagos ni deducibles	50% (del cargo reconocido) por visita
Servicios de ortodoncia	100% (del cargo negociado) por consulta No se aplican copagos ni deducibles	50% (del cargo reconocido) por visita
Servicios de emergencias dentales	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.
Exclusiones de la atención dental pediátrica Los siguientes servicios no están cubiertos con este beneficio: • Tratamiento dental asíncrono. • Servicios y suministros estéticos, como la cirugía plástica, la cirugía reconstructiva, la cirugía estética, la personalización o caracterización de dentaduras postizas u otros servicios y suministros que perfeccionan, modifican o mejoran la apariencia, y otras sustancias para proteger, limpiar, blanquear o modificar la apariencia de los dientes.		

- Coronas, incrustaciones, recubrimientos y carillas, a menos que:
  - Sea un tratamiento para la caries o una lesión traumática y los dientes no se puedan restaurar con un material de relleno.
  - El diente sea un pilar para una dentadura parcial cubierta o un puente fijo
- Protectores bucales y otros dispositivos para proteger, reemplazar o reposicionar los dientes.
- Implantes dentales, excepto cuando formen parte de un plan de tratamiento aprobado para un servicio cubierto descrito en Servicios cubiertos y exclusiones: Suministros y cirugía reconstructiva.
- Dentaduras postizas, coronas, incrustaciones, recubrimientos, puentes u otros aparatos o servicios destinados a lo siguiente:
  - Modificación de dimensión vertical
  - Restauración de oclusión
  - Corrección de desgaste, abrasión, abfracción o erosión
- Tratamiento de cualquier trastorno de la articulación mandibular y tratamientos para modificar la mordida o la alineación u operación de la mandíbula, como el tratamiento para la disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ) y la disfunción de la articulación craneomandibular (CMJ), la cirugía ortognática y el tratamiento para la maloclusión o los dispositivos para modificar la mordida o la alineación, excepto lo cubierto por la sección *Servicios cubiertos y exclusiones: Afecciones específicas.*
- Anestesia general y sedación intravenosa, a menos que estén cubiertas específicamente y solo cuando se realicen en relación con otro servicio cubierto.
- Kits para el hogar de pedido por correo para el tratamiento de ortodoncia.
- Tratamiento de ortodoncia, excepto el cubierto en esta sección.
- Pónticos, coronas, moldes o restauraciones procesadas hechas con metales de alta nobleza (oro).
- Medicamentos con receta
- Reemplazo de un dispositivo o aparato extraviados, faltantes o robados, y para el reemplazo de aparatos que han sido dañados debido a uso excesivo, mal uso o negligencia, y para un conjunto adicional de dentaduras postizas.
- Reemplazo de dientes más allá del complemento normal de 32.
- Servicios y suministros que cumplan lo siguiente:
  - Se lleven a cabo cuando no haya evidencia de patología, disfunción o enfermedad y que no sean servicios preventivos cubiertos.
  - Se proporcionen para su comodidad o conveniencia personales o de otra persona, incluido el proveedor.
  - Se proporcionen junto con el tratamiento o la atención que no estén cubiertos por su póliza.
- Extracción quirúrgica de muelas de juicio retenidas solo por ortodoncia.
- Tratamiento proporcionado por otra persona que no sea el proveedor dental.

	Cobertura dentro de la red	**Cobertura fuera de la red**
Servicios y suministros para la diabetes (equipos y capacitación incluidos)	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.
Tratamiento podiátrico (cuidado de los pies) Tratamiento médico y especialista para el cuidado de los pies fuera de rutina	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.

	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: • Servicios y suministros para lo siguiente: - El tratamiento de callosidades, juanetes, uñas, pie plano, dedo en martillo, arcos caídos. - El tratamiento de pie débil, dolor crónico de pie o afecciones causadas por actividades de rutina como caminar, correr, trabajar o usar calzado. - Suministros (como zapatos ortopédicos), pies ortésicos, soportes para arcos, plantillas de calzado, tobilleras, guardas, protectores, cremas, pomadas y otros equipos, dispositivos y suministros. - Servicios de pedicura de rutina, como el cortado de uñas y la eliminación de callos y callosidades, cuando no existen enfermedades o lesiones en los pies.		
Muela de juicio retenida	80% (del cargo negociado)	60% (del cargo reconocido)
Lesión accidental en dientes naturales sanos	80% (del cargo negociado)	60% (del cargo reconocido)
Los siguientes servicios no están cubiertos con este beneficio: • Cuidado, empaste, extracción o reemplazo de los dientes y tratamiento de enfermedades de los dientes • Servicios dentales relacionados con las encías • Apicectomía (resección radicular dental) • Ortodoncia • Tratamiento de conducto • Impactación dental en tejido blando • Dientes retenidos en el hueso • Alveolectomía • Tratamiento de vestibuloplastia y aumento para enfermedad periodontal • Dientes postizos • Restauraciones protésicas de implantes dentales • Implantes dentales		
Tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ) y la disfunción de la articulación craneomandibular (CMJ)	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.
Los siguientes servicios no están cubiertos con este beneficio: • Implantes dentales		
Exposición a sangre y fluidos corporales	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.
Los siguientes servicios no están cubiertos con este beneficio: • Servicios y suministros proporcionados para el tratamiento de una enfermedad que resulte de su lesión relacionada con la clínica, ya que están cubiertos en otra parte de la póliza para estudiantes		

Ensayos clínicos		
Costos de rutina para pacientes	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.

	Cobertura dentro de la red	**Cobertura fuera de la red**
Los siguientes servicios no están cubiertos: • Servicios y suministros relacionados con la recopilación de datos y el mantenimiento de registros necesarios únicamente para el ensayo clínico. • Servicios y suministros proporcionados por el patrocinador del ensayo de forma gratuita • La intervención experimental en sí (excepto los dispositivos en investigación de categoría B y las intervenciones experimentales o de investigación prometedoras para enfermedades terminales en ciertos ensayos clínicos de acuerdo con nuestras políticas o aquellos que califican y se determina que están cubiertos por la Revisión Médica Independiente [IMR] según se describe en la sección *Procedimientos de reclamaciones, reclamos, decisiones de reclamaciones y procedimientos de apelación*).		
Tratamiento dermatológico	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.
Los siguientes servicios no están cubiertos con este beneficio: • Tratamientos o procedimientos estéticos		
Servicios y cirugía bariátrica para la obesidad	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.
Cirugía para la obesidad: Viajes y alojamiento		
Beneficio máximo pagadero para gastos de viaje por cada viaje de ida y vuelta: Tres viajes de ida y vuelta cubiertos (una visita prequirúrgica, la cirugía y una visita de seguimiento)	$130	$130
Beneficio máximo pagable para gastos de viaje por acompañante por cada viaje de ida y vuelta, dos viajes de ida y vuelta cubiertos (la cirugía y una visita de seguimiento)	$130	$130
Beneficio máximo pagable para gastos de alojamiento por paciente y acompañante para las visitas prequirúrgicas y de seguimiento	$100 por día hasta dos días	$100 por día hasta dos días
Beneficio máximo pagable para	$100 por día hasta cuatro días	$100 por día hasta cuatro días

gastos de alojamiento por acompañante para la estadía quirúrgica		

Los siguientes servicios no están cubiertos con este beneficio:

- Tratamientos para el control del peso o medicamentos destinados a reducir o aumentar el peso corporal, controlar el peso o tratar la obesidad, incluida la obesidad mórbida, salvo en los casos descritos anteriormente y en la sección *Servicios cubiertos y exclusiones: Atención preventiva y bienestar*, lo que incluye los servicios preventivos para la detección de la obesidad y las intervenciones para el control del peso. Esto se aplica independientemente de la existencia de otras afecciones médicas. Por ejemplo:
  - Medicamentos, estimulantes, preparaciones, comidas o suplementos dietéticos, regímenes y suplementos dietéticos, suplementos alimenticios, inhibidores del apetito y otros medicamentos.
  - Hipnosis u otras formas de terapia.
  - Programas de ejercicio, equipos para el ejercicio, membresía para clubes de salud o acondicionamiento físico, terapia recreacional y otras formas de actividad o mejoramiento de actividad.

	Cobertura dentro de la red	**Cobertura fuera de la red**
Atención de maternidad que no es atención preventiva (incluye servicios de atención de parto y posparto en un hospital o centro de maternidad)	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.
Los siguientes servicios no están cubiertos con este beneficio: • Cualquier servicio o suministro relacionado con el nacimiento que ocurre en el hogar o en otro lugar no habilitado para llevar a cabo partos.		
Atención neonatal para bebés san en un hospital o centro de maternidad	80% (del cargo negociado) No se aplica el deducible anual de la póliza	60% (del cargo reconocido) No se aplica el deducible anual de la póliza
Servicios de aborto (incluidos los servicios previos y posteriores al aborto)	El 100% (del cargo negociado) No se aplica el deducible anual de la póliza	100% (del cargo reconocido) No se aplica el deducible anual de la póliza.
Los siguientes servicios no están cubiertos con este beneficio: • Revocación de los procedimientos de esterilización voluntaria, incluida la atención de seguimiento conexa		
Tratamiento para la afirmación de género		
Tratamiento de reafirmación de género, incluida la cirugía, la terapia de reemplazo hormonal y el tratamiento de asesoramiento	Cubierto de acuerdo con la sección Salud conductual	Cubierto según la sección de salud conductual

Salud conductual El tratamiento médicamente necesario de afecciones de salud mental y trastornos por uso de sustancias está cubierto bajo los mismos términos y condiciones que se aplican a otras afecciones médicas y de acuerdo con la Ley Federal de Paridad en Salud Mental y Equidad en la Adicción.		
Tratamiento de afecciones mentales y trastornos por consumo de sustancias		
Servicios de (habitación y comida) y otros servicios y suministros hospitalarios varios	El 80% (del cargo negociado) por internación	El 60% (del cargo reconocido) por internación
Visitas para pacientes externos en el consultorio (incluye consultas de telemedicina)	Copago de $35, luego el plan paga el 100% (del saldo del cargo negociado) por consulta	60% (del cargo reconocido) por consulta
Otro tratamiento para pacientes externos (incluye servicios especializados de salud conductual a domicilio) Tratamiento de hospitalización parcial Programa intensivo para pacientes externos	El 80% (del cargo negociado) por consulta	60% (del cargo reconocido) por visita
	Cobertura dentro de la red (instalación IOE)	**Cobertura fuera de la red** (Incluye proveedores que forman parte de otra forma de la red de Aetna, pero que no son proveedores IOE)
Servicios de trasplante		
Servicios de trasplante en centros para pacientes internados y pacientes externos	Se cubre según el tipo de prestación y el lugar donde se recibe el servicio.	La cobertura depende del tipo de beneficio y el lugar en el que se reciba el servicio.
Servicios de trasplante de médicos y especialistas para pacientes internados y pacientes externos	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.
Servicios de trasplante: Viaje y alojamiento	Con cobertura	Con cobertura
Monto máximo de por vida pagadero para gastos de viaje y alojamiento por cualquier trasplante, incluidos los trasplantes en tándem	$10,000	$10,000

Monto máximo pagadero para gastos de alojamiento por paciente de **IOE**	$50 por noche	$50 por noche
Monto máximo pagadero por gastos de alojamiento por acompañante	$50 por noche	$50 por noche

Los siguientes servicios no están cubiertos con este beneficio:

- Servicios y suministros proporcionados para un donante cuando el beneficiario no tiene cobertura.
- Preservación y almacenamiento de órganos sin la intención de usarlos para el trasplante inmediato por sus enfermedades actuales.
- Preservación o almacenamiento de médula ósea, células madre hematopoyéticas u otras células de la sangre sin la intención de usarlas para el trasplante dentro de los 12 meses de preservación por una enfermedad actual.

Servicios para tratar la infertilidad		
Tratamiento para la infertilidad básica	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.
Servicios de preservación de la fertilidad		
Preservación de la fertilidad	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.

Exclusiones de los servicios de infertilidad

Los siguientes servicios no están cubiertos por el beneficio de servicios de infertilidad, excepto según se describe como servicio cubierto para la preservación de la fertilidad:

- Todos los servicios de infertilidad relacionados con un ciclo de inducción de la ovulación o que sirven de apoyo a este mientras se toman medicamentos para estimular los ovarios. Esto incluye, entre otros, servicios de diagnóstico por imágenes, servicios de laboratorio y servicios profesionales.
- Medicamentos para la infertilidad. Consulte la sección *Servicios cubiertos y exclusiones: Medicamentos con receta para pacientes externos* para obtener información sobre la cobertura de medicamentos con receta para la infertilidad.
- Todos los cargos relacionados con acuerdos de gestación subrogada para usted o la gestante subrogada, o que sirven de apoyo a dichos acuerdos. Una gestante subrogada es una mujer que lleva en su vientre a su propio hijo con el que tiene un vínculo genético, con la intención de que otra persona, incluido el padre biológico, críe al niño.
- Kits caseros de predicción de ovulación o pruebas caseras de embarazo.
- La compra de embriones de donantes, óvulos de donantes o esperma de donantes.
- La obtención de esperma de una persona que no está cubierta por este plan.
- Tratamiento para la infertilidad cuando se podría haber logrado un embarazo exitoso mediante un tratamiento menos costoso.
- Tratamiento para la infertilidad cuando cualquiera de los miembros de la pareja se haya sometido a una cirugía de esterilización voluntaria, con o sin reversión quirúrgica, independientemente de los resultados posteriores a la reversión. Esto incluye la ligadura de trompas, la histerectomía y la vasectomía únicamente si se realizaron como forma de esterilización voluntaria.

• Tratamiento para la infertilidad cuando esta se debe a un proceso fisiológico natural, como la insuficiencia ovárica relacionada con la edad (p. ej., perimenopausia, menopausia).		
	Cobertura dentro de la red	**Cobertura fuera de la red**
Tratamientos y pruebas específicos		
Servicios de diagnóstico complejo por imágenes en el departamento para pacientes externos de un hospital u otro centro	80% (del cargo negociado) por consulta	60% (del cargo reconocido) por consulta
Análisis de laboratorio de diagnóstico en el consultorio del médico, en el departamento para pacientes externos de un hospital u otro centro	80% (del cargo negociado) por consulta	60% (del cargo reconocido) por consulta
Servicios de diagnóstico radiológico en el consultorio del médico, en el departamento para pacientes externos de un hospital u otro centro	80% (del cargo negociado) por consulta	60% (del cargo reconocido) por consulta
Quimioterapia, radiación y terapia respiratoria para pacientes externos	80% (del cargo negociado) por consulta	60% (del cargo reconocido) por consulta
Tratamiento de infusión para pacientes externos realizado en el domicilio de una persona cubierta, en el consultorio del médico, en el departamento de pacientes externos de un hospital o en otro centro.	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.
Los siguientes servicios no están cubiertos con este beneficio: • Medicamentos que están incluidos en la lista de medicamentos con receta especializados según lo cubierto por su plan de medicamentos recetados para pacientes externos • Nutrición enteral • Transfusiones de sangre y productos de la sangre • Diálisis		
Fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y cognitiva (terapia cardíaca y pulmonar incluidas) para pacientes externos	80% (del cargo negociado) por consulta	60% (del cargo reconocido) por visita
	Cobertura dentro de la red	**Cobertura fuera de la red**
Acupuntura	80% (del cargo negociado) por consulta	60% (del cargo reconocido) por consulta
Los siguientes servicios no están cubiertos con este beneficio:		

• Acupresión		
Servicios de quiropráctica	80% (del cargo negociado) por consulta	60% (del cargo reconocido) por consulta
Medicamentos con receta especializados comprados y administrados por inyección o infusión por su proveedor como paciente externo	La cobertura depende del tipo de beneficio o del lugar en el que se reciba el servicio.	La cobertura depende del tipo de beneficio o del lugar en el que se reciba el servicio.
Otros servicios y suministros		
Ambulancia terrestre, aérea y acuática de emergencia (incluye ambulancia que no sea de emergencia)	Copago de $150, luego el plan paga el 100% (del saldo del cargo negociado) por viaje	Se paga lo mismo que la cobertura dentro de la red
Los siguientes servicios no están cubiertos con este beneficio: • Servicios de ambulancia para el transporte de rutina para recibir atención ambulatoria o hospitalaria		
Equipos médicos duraderos y quirúrgicos	El 80% (del cargo negociado) por producto	60% (del cargo reconocido) por producto
Los siguientes servicios no están cubiertos con este beneficio: • Hidromasajes • Bombas portátiles para hidromasajes • Saunas • Dispositivos para masajes • Mesas para cama • Elevadores • Recursos para la comunicación • Recursos para la vista • Sistemas de alerta por teléfono • Productos para la higiene personal y de conveniencia, como sistemas de aire acondicionado, humidificadores, bañeras de hidromasajes o equipos para el ejercicio físico, incluso recetados por un médico		
Apoyo nutricional	La cobertura depende del tipo de beneficio o del lugar en el que se reciba el servicio.	La cobertura depende del tipo de beneficio o del lugar en el que se reciba el servicio.
Los siguientes servicios no están cubiertos con este beneficio: • Cualquier producto alimenticio, incluidas las fórmulas infantiles, los suplementos nutricionales, las vitaminas, además de las vitaminas con receta, los alimentos médicos y otros productos nutricionales, incluso si es la única fuente de alimentación.		
Implantes cocleares	80% (del cargo negociado) por producto	60% (del cargo reconocido) por producto
Dispositivos prostéticos: Prótesis craneales (pelucas médicas)	80% (del cargo negociado) por producto	80% (del cargo real) por producto

Todos los demás dispositivos protésicos, incluidos lentes de contacto para aniridia y órtesis	80% (del cargo negociado) por producto	60% (del cargo reconocido) por producto
	Cobertura dentro de la red:	**Cobertura fuera de la red**
Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: • Servicios cubiertos por cualquier otro beneficio. • Zapatos ortopédicos, zapatos terapéuticos, pies ortésicos u otros dispositivos de soporte para los pies, a menos que se requieran para el tratamiento o la prevención de complicaciones de la diabetes, o si el zapato ortopédico es una parte integral del dispositivo ortopédico para piernas. • Bragueros, corsés y otros artículos de soporte. • Reparación y reemplazo por extravío o mal uso. • Recursos para la comunicación		
Exámenes de audífonos		
Examen auditivo	100% (del cargo negociado) por visita No se aplica el deducible anual de la póliza	60% (del cargo reconocido) por consulta
Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: • Exámenes auditivos realizados durante una estadía en un hospital u otro centro, excepto los que se realizan a los recién nacidos como parte de la estadía general en el hospital		
Servicios pediátricos de atención de la vista (limitados a las personas cubiertas hasta finalizar el mes en el que cumplen 19 años)		
Prestados por un oftalmólogo u optometrista calificados legalmente (incluye evaluaciones integrales para baja visión)	100% (del cargo negociado) por visita No se aplica el deducible anual de la póliza	60% (del cargo reconocido) por visita
Máximo para baja visión Máximo para colocación de lentes de contacto	Una evaluación integral para baja visión cada cinco años 1 visita	
Servicios y suministros pediátricos de atención de la vista: Monturas de anteojos, antejos o lentes de contacto con receta	100% (del cargo negociado) por producto No se aplica el deducible anual de la póliza	60% (del cargo reconocido) por producto
Cantidad máxima por año: Monturas de anteojos Lentes con receta Lentes de contacto (incluye lentes de contacto no convencionales con receta y antejos para afaquia con receta después de una cirugía de cataratas)	 Un juego de monturas de anteojos Un par de lentes con receta Descartables diarios: Suministro para hasta 1 año Descartables de uso prolongado: Suministro para hasta 1 año Lentes no descartables: Suministro para 1 año	

Dispositivos ópticos	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.	La cobertura depende del tipo de beneficio y del lugar en el que se reciba el servicio.
Cantidad máxima de dispositivos ópticos por año de la póliza	Un dispositivo óptico	

	Cobertura dentro de la red	**Cobertura fuera de la red**
*** Nota importante**: Consulte la sección Cuidado de la vista en el certificado de cobertura para obtener la explicación de estos suministros para el cuidado de la vista. En cuanto a la cobertura de lentes recetados en un año de póliza, este beneficio cubrirá los lentes recetados para marcos de anteojos o los lentes de contacto recetados, pero no ambos.		
Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: • Monturas de anteojos, lentes sin **receta** y lentes de contacto sin **receta** con fines estéticos		
Atención de la vista para adultos: Limitada a las personas con cobertura mayores de 19 años		
Exámenes de la vista de rutina para adultos (incluida la refracción) realizados por un oftalmólogo u optometrista terapéutico legalmente cualificado, o cualquier otro proveedor que actúe dentro del ámbito de su licencia Incluye la adaptación de lentes de contacto graduadas	80% (del cargo negociado) por consulta	60% (del cargo reconocido) por consulta
Máximo de consultas por año de póliza	1 visita	
Los siguientes servicios no están cubiertos con este beneficio: Atención de la vista para adultos. • Visitas en el consultorio de un oftalmólogo, optometrista u óptico relacionadas con la colocación de lentes de contacto con receta • Monturas de anteojos, lentes sin receta y lentes de contacto sin receta con fines estéticos Servicios y suministros para la atención de la vista para adultos • Suministros especiales, como anteojos de sol sin receta • Procedimientos para la vista especiales, como terapia ortóptica o visual • Exámenes de la vista durante su estadía en un hospital u otro centro para la atención médica • Exámenes de la vista para lentes de contacto o su colocación • Anteojos o anteojos, lentes o monturas adicionales o duplicados • Reemplazo de lentes o monturas extraviados, robados o rotos • Pruebas de agudeza • Cirugía de ojos para la corrección de la vista, como la queratotomía radial, la cirugía LASIK o procedimientos similares • Servicios para tratar los errores de refracción		

Medicamentos con receta para pacientes externos		
Deducibles anuales de la póliza de medicamentos con receta para pacientes externos Se aplica un deducible anual independiente a los medicamentos con receta		
Antes de que este plan pague los beneficios de medicamentos con receta para pacientes externos, tiene que alcanzar el deducible correspondiente al año de la póliza de medicamentos con receta que se indica a continuación.		
Estudiante	$50 por año de póliza	Ninguno
Cónyuge	$50 por año de póliza	Ninguno
Cada hijo	$50 por año de póliza	Ninguno
Deducible por año de póliza y exención de copago/coseguro por cáncer de mama de riesgo reducido		
El deducible y el copago/coseguro por medicamento con receta del año de la póliza no se aplicarán a los medicamentos con receta para reducir el riesgo de cáncer de mama cuando se obtengan en una farmacia minorista dentro de la red. Esto significa que estos medicamentos con receta para reducir el riesgo de cáncer de mama se pagan al 100%.		
Exención de deducible y copago por año de póliza de medicamentos con receta para pacientes externos para medicamentos con receta y de venta libre para dejar de fumar		
El copago de los medicamentos con receta no se aplicará a los regímenes de tratamiento por año de la póliza para los medicamentos con receta y de venta libre (OTC) para dejar de fumar cuando se obtengan en una farmacia dentro de la red. Esto significa que estos medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre se pagan al 100%.		
Exención del copago de medicamentos con receta para pacientes externos para anticonceptivos		
El copago de los medicamentos con receta para pacientes externos no se aplicará a los métodos anticonceptivos para mujeres cuando se obtengan en una farmacia dentro de la red. Esto significa que los métodos anticonceptivos de este tipo se pagan al 100% para los siguientes: • Todos los medicamentos con receta y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA, incluidos los medicamentos y dispositivos anticonceptivos de venta libre (OTC). Los servicios y suministros relacionados necesarios para administrar los dispositivos cubiertos también se pagarán al 100%. • Un dispositivo o medicamento con receta terapéutico equivalente cuando un dispositivo o medicamento con receta no está disponible o el proveedor no lo aconseja desde el punto de vista médico cuando se le otorga una excepción médica. El certificado de cobertura explica cómo obtener una excepción médica.		
	Cobertura dentro de la red	**Cobertura fuera de la red**
Medicamentos genéricos con receta Su costo compartido no puede exceder los $250 por cada suministro para 30 días de una receta individual. Esto no incluye ningún deducible del año de la póliza.		
Por cada suministro para hasta 30 días obtenido en una farmacia minorista	Copago de $25 por suministro, luego el plan paga el 100% (del saldo del cargo negociado)	Sin cobertura

Medicamentos con receta de marca preferidos
Su costo compartido no puede exceder los $250 por cada suministro para 30 días de una receta individual.

Esto no incluye ningún deducible anual de la póliza.		
Por cada suministro para hasta 30 días obtenido en una farmacia minorista	Copago de $50 por suministro, luego el plan paga el 100% (del saldo del cargo negociado)	Sin cobertura

	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Medicamentos con receta de marca no preferidos Su costo compartido no puede exceder los $250 por cada suministro para 30 días de una receta individual. Esto no incluye ningún deducible anual de la póliza.		
Por cada suministro para hasta 30 días obtenido en una farmacia minorista	Copago de $75 por suministro, luego el plan paga el 100% (del saldo del cargo negociado)	Sin cobertura
Medicamentos especializados Su costo compartido no puede exceder los $250 por cada suministro para 30 días de una receta individual. Esto no incluye ningún deducible anual de la póliza.		
Por cada suministro para hasta 30 días obtenido en una farmacia minorista o de especialidad	Copago de $150 por suministro, luego el plan paga el 100% (del saldo del cargo negociado)	Sin cobertura
Nota importante sobre la insulina para diabéticos: Su costo compartido no excederá los $25 por suministro para 30 días de un medicamento de insulina con receta preferido cubierto surtido en una farmacia de la red.		
Anticonceptivos Los medicamentos con receta de marca y los dispositivos están cubiertos al 100% en una farmacia dentro de la red cuando no hay opciones genéricas disponibles. Consulte la nota importante a continuación y su Certificado de cobertura: Nota importante sobre anticonceptivos preventivos con respecto a los equivalentes terapéuticos.		
Por cada suministro para hasta 12 meses de dispositivos y medicamentos genéricos y OTC obtenidos en una farmacia minorista	100% (del cargo negociado) No se aplica el deducible anual de la póliza	Sin cobertura
Por cada suministro para hasta 12 meses de medicamentos con receta y dispositivos de marca obtenidos en una farmacia minorista	Se paga según el tipo de medicamento de acuerdo con el programa de beneficios mencionado. Un anticonceptivo de marca es el 100% (del cargo negociado), sin deducible del año de la póliza si no hay equivalentes terapéuticos genéricos.	Sin cobertura
Nota importante sobre anticonceptivos preventivos: El costo compartido del medicamento con receta no se aplicará a los métodos anticonceptivos cuando se obtengan en una farmacia de la red. Esto significa que se pagarán al 100%. Esto incluye medicamentos y		

dispositivos anticonceptivos recetados de venta libre (OTC) para cada uno de los métodos identificados por la FDA. Si un medicamento con receta no está disponible o su proveedor no lo aconseja, el medicamento con receta terapéutico equivalente para ese método se pagará al 100%.

El costo compartido del medicamento con receta se aplicará a los medicamentos con receta que tengan un equivalente terapéutico obtenido en una farmacia de la red, a menos que reciba una excepción médica.

Puede surtir un suministro para hasta 12 meses a la vez.

	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Medicamentos contra el cáncer que se toman por vía oral: por cada surtido hasta un suministro para 30 días	100% (del cargo negociado) No se aplica el deducible anual de la póliza	Sin cobertura
Medicamentos y suplementos de atención preventiva obtenidos en una farmacia minorista Por cada suministro para 30 días	100% (del cargo negociado) por receta o resurtido No se aplican copagos ni el deducible anual de la póliza	Sin cobertura
Medicamentos con receta para reducir el riesgo de cáncer de mama obtenidos en una farmacia Por cada suministro para 30 días	100% (del cargo negociado) por receta o resurtido No se aplican copagos ni el deducible anual de la póliza	Sin cobertura
Máximos:	La cobertura estará sujeta a cualquier sexo, edad, afección médica, antecedentes familiares y pautas de frecuencia en las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.	
Medicamentos con receta y de venta libre para dejar de fumar (Atención preventiva)- Medicamentos con receta para dejar de fumar y medicamentos de venta libre surtidos en una farmacia Por cada suministro para 30 días	100% (del cargo negociado) por receta o resurtido No se aplican copagos ni el deducible anual de la póliza	Sin cobertura
Máximos:	La cobertura dependerá de las pautas sobre género, edad, afección médica, antecedentes médicos y frecuencia incluidas en las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.	

Exclusiones de medicamentos recetados para pacientes externos

Nota importante:
Consulte la sección Servicios cubiertos y exclusiones para conocer los beneficios médicos en el Certificado de cobertura para obtener información adicional
Los siguientes servicios no están cubiertos:

- Medicamentos con receta compuestos que contienen químicos a granel no aprobados por la FDA, incluidas las hormonas bioidénticas compuestas.
- Medicamentos cosméticos, incluidos medicamentos y preparaciones utilizados con fines cosméticos, excepto cuando sea médicamente necesario para el tratamiento de afirmación de género
- Suplementos dietéticos, excepto según se describe en la sección Servicios cubiertos y exclusiones: Apoyo nutricional

- Medicamentos con las siguientes características:
    - Medicamentos administrados o consumidos en su totalidad en el momento y en el lugar en el que se los receta o entrega
    - Que no requieren una receta por ley, incluso si se escribe una receta, a menos que hayamos aprobado una excepción médica o a menos que sea para la cobertura de un medicamento anticonceptivo de venta libre, dispositivo u otro producto aprobado por la FDA, otorgado por la FDA o aprobado por la FDA.
    - No está aprobado por la FDA y no se ha demostrado que sea seguro o eficaz para su diagnóstico u afección médica. Consulte la sección Otros servicios: Ensayos clínicos y/o la sección Revisión médica independiente (IMR) administrada por el Departamento de Seguros de California para obtener información experimental, de investigación o no comprobada.
    - Brindados bajo su plan médico mientras está internado en un centro de atención médica.
    - Aprobados recientemente por la FDA pero no revisados por nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica, a menos que hayamos aprobado una excepción médica.
    - Incluyen vitaminas y minerales, a menos que se recomienden por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF).
    - Que sean medicamentos u hormonas de crecimiento utilizados para estimular el crecimiento y recetados solo para tratar la baja estatura idiopática, excepto lo dispuesto en la sección *Servicios cubiertos y exclusiones: Tratamiento de afirmación de género.*
- Tratamiento farmacológico duplicado; por ejemplo, dos antihistamínicos para la misma afección.
- Atención genética, incluido lo siguiente:
    - Cualquier proveedor administrado por un tratamiento, dispositivo, medicamento, servicio o suministro para alterar los genes, la composición genética o la expresión de los genes del cuerpo, excepto según se describe en el servicio cubierto o en la guía de medicamentos de farmacia. Consulte la sección Otros servicios: Ensayos clínicos y/o la sección Revisión médica independiente (IMR) administrada por el Departamento de Seguros de California para obtener información experimental, de investigación o no comprobada.
- Inmunizaciones relacionadas con viajes o trabajo.
- Inmunización o agentes inmunológicos, excepto según se indique específicamente en el cronograma de beneficios o el certificado.
- Medicamentos implantables administrados por el proveedor y dispositivos asociados, excepto:
    - Medicamentos implantables y dispositivos asociados utilizados para tratar afecciones de salud mental o trastornos por consumo de sustancias, o según se indique específicamente en el programa de beneficios o en el certificado
    - Bombas de infusión implantables
    - Implantes anticonceptivos
- Uso de medicamentos para una indicación no autorizada, excepto para indicaciones reconocidas mediante la bibliografía médica revisada por colegas.
- Medicamentos con receta:
    - Que los indique un dentista o los recete un cirujano dental bucal en relación con la extracción de dientes o medicamentos con receta para el tratamiento de una afección dental.
    - Que se consideren preparaciones dentales orales y enjuagues con flúor, excepto los comprimidos o gotas de flúor pediátricos, según lo especificado en la guía de

medicamentos del plan.
    - Que se utilicen con el fin de mejorar la agudeza visual o el campo de visión, excepto cuando sea médicamente necesario o no se disponga de una alternativa de venta libre.
- Que se utilicen o se consuman de una manera que se determine que fomenta una adicción a una sustancia adictiva, o drogas obtenidas para su uso por cualquier persona que no sea la persona identificada en la tarjeta de identificación en función del uso indebido, desperdicio o abuso de la revisión de utilización por nuestra parte.
    - Consulte Revisión de utilización en la cobertura de medicamentos con receta para pacientes externos.
- Reemplazo de recetas extraviadas o robadas
- Agentes de prueba, excepto los agentes de prueba para diabéticos o kits de prueba para enfermedades de transmisión sexual en el hogar.
- Un producto del fabricante cuando un medicamento, suministro o equipo terapéutico equivalente, según lo definido por la FDA, se encuentra en la guía de medicamentos del plan, excepto cuando sea médicamente necesario
- Cualquier dosis o forma de un medicamento cuando el mismo medicamento esté disponible en una dosis o forma diferente en la guía de medicamentos del plan, excepto los medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos aprobados por la FDA. o cuando una dosis o forma diferente es médicamente necesaria.

Nota importante sobre los medicamentos con receta para pacientes externos:

Si un proveedor le receta un medicamento con receta de marca cubierto cuando hay un equivalente genérico disponible y no está cubierto por el plan, usted pagará el precio genérico del medicamento de marca. Si un proveedor le receta un medicamento con receta de marca cubierto cuando hay un medicamento genérico equivalente disponible y cubierto por el plan, usted pagará el costo compartido del medicamento genérico si la marca es médicamente necesaria. Si el medicamento recetado de marca no es médicamente necesario, usted será responsable del costo compartido que se aplica al medicamento de marca.

Una persona cubierta, el representante de una persona cubierta o la persona autorizada a dar recetas de una persona cubierta pueden intentar obtener un proceso de excepción médica acelerado para recibir cobertura de medicamentos no cubiertos en circunstancias exigentes. Una “circunstancia exigente” se da cuando una persona cubierta sufre una afección de salud que podría poner en grave peligro la vida de una persona cubierta o su capacidad para recuperar la función máxima, o cuando una persona cubierta está recibiendo un tratamiento en curso con un medicamento que no está en el formulario. Puede comunicarse con el *Departamento de Certificación Previa* de Aetna al **1-855-240-0535** para solicitar una revisión acelerada de una circunstancia exigente; puede enviar la solicitud por fax al **1-877-269-9916** o enviarla por escrito a la siguiente dirección:

CVS Health
ATTN: Aetna PA
1300 E Campbell Road
Richardson, TX 75081

Reclamaciones fuera del país

Las reclamaciones de fuera del país deben presentarse con el servicio médico adecuado y la información de pago del proveedor del servicio. Los servicios cubiertos recibidos fuera de los Estados Unidos se considerarán en el nivel de beneficios fuera de la red.

Exclusiones generales

Servicios estéticos y cirugía plástica

- Cualquier tratamiento, cirugía (cosmética o plástica), servicio o suministro para alterar, mejorar o realzar la forma o apariencia del cuerpo, incluidos los medicamentos cosméticos, los medicamentos y las preparaciones utilizadas con fines cosméticos, excepto cuando se describa en la sección *Servicios cubiertos y exclusiones.*

Servicios y suministros ordenados por un tribunal

- Esto incluye servicios y suministros ordenados por un tribunal o los que son un requisito como condición para la libertad condicional, provisional, la liberación o que son consecuencia de procedimientos legales, a menos que sea un servicio cubierto por su plan. Esto no incluye los servicios exigidos o recomendados por el tribunal o el plan de Asistencia, Recuperación y Empoderamiento de la Comunidad (CARE). Los servicios de evaluación y tratamiento del tribunal de CARE estarán cubiertos independientemente de si el servicio es proporcionado por un proveedor dentro o fuera de la red.

Cobertura en su país de origen

- Servicios y suministros recibidos por una persona cubierta (que no sea ciudadana de los Estados Unidos) en su país de origen [pero solo si dicho país cuenta con un programa de medicina socializada], salvo lo dispuesto en la sección *Servicios cubiertos por su plan*: *Servicios de emergencia y atención de urgencia*.

Cuidado asistencial

Servicios y suministros destinados a ayudarlo con las actividades de la vida diaria u otras necesidades personales.
Por ejemplo:

- Atención de rutina para pacientes, como cambiar vendajes, cambiar de lado y posición en la cama de manera periódica.
- Administración de medicamentos orales.
- Cuidado de una traqueostomía estable (incluida la succión intermitente).
- Cuidado de una colostomía o ileostomía.
- Cuidado de alimentaciones por sonda gástrica, nasogástrica o de yeyunostomía estables (intermitentes o continuas).
- Cuidado de una sonda vesical (incluidos el vaciado o el cambio de contenedores y la sujeción de tubos).
- Cuidado o protección para usted.
- Cuidados paliativos [excepto en relación con los cuidados paliativos], cuidados diurnos para adultos (o niños) o cuidados de convalecencia
- Atención institucional, incluido el alojamiento y comida para curas de descanso, cuidado diurno para adultos y cuidado de convalecientes.

- Ayuda para caminar, asearse, bañarse, vestirse, meterse a la cama o levantarse de ella, ir al baño, comer o preparar alimentos.
- Cualquier otro servicio que una persona sin entrenamiento médico o paramédico podría llevar a cabo.
- Cualquier servicio que se pueda llevar a cabo por una persona sin entrenamiento médico o paramédico.

Esta exclusión no se aplica en los siguientes casos:

- Tratamiento médicamente necesario de los trastornos de salud mental y los trastornos por abuso de sustancias.
- Asistencia con las actividades de la vida diaria que se proporcionan como parte de los servicios cubiertos en virtud de la atención de hospicio cuando se brindan como parte de un programa de atención médica a domicilio, un programa de atención de hospicio, atención en un centro de atención de enfermería especializada para pacientes internados o atención hospitalaria para pacientes internados.

Atención dental para adultos

Servicios dentales para adultos, incluidos aquellos relacionados con lo siguiente:

- Cuidado, empaste, extracción o reemplazo de dientes y tratamiento de lesiones o enfermedades dentales
- Servicios dentales relacionados con las encías
- Apicectomía (resección radicular dental)
- Ortodoncia
- Tratamiento de conducto
- Dientes retenidos en tejido blando
- Alveolectomía
- Tratamiento de vestibuloplastia y aumento para enfermedad periodontal
- Dientes postizos
- Restauraciones protésicas de implantes dentales
- Implantes dentales, excepto cuando formen parte de un plan de tratamiento aprobado para un servicio cubierto descrito en la sección *Servicios cubiertos y exclusiones: Cirugía reconstructiva y suministros*.

Esta exclusión de atención dental para adultos no incluye la extirpación de dientes retenidos en tejido óseo, las fracturas óseas y la extirpación de tumores y quistes odontogénicos, ya que estos son servicios cubiertos.

Servicios educativos

Servicios que no son médicos ni son médicamente necesarios para tratar afecciones de salud mental o trastornos por consumo de sustancias:

- Cualquier servicio o suministro para educación, capacitación o reentrenamiento, servicios o pruebas, excepto cuando se describa en las secciones *Servicios cubiertos y exclusiones: Servicios y suministros para diabéticos (incluidos equipos y capacitación)* o *Atención preventiva y bienestar*.
  Los servicios o pruebas educativas, de capacitación o de reeducación excluidos son los siguientes:
  - Educación especial
  - Educación de rehabilitación
  - Capacitación laboral

- Programas de rehabilitación laboral
- Servicios educativos, cualquier servicio relacionado con la educación o similar, incluidos los programas terapéuticos, dentro de un entorno escolar.

Exámenes
Cualquier examen de salud o dental necesario por los siguientes motivos:
- Un tercero necesita el examen. Algunos ejemplos incluyen exámenes para obtener o conservar un empleo y exámenes requeridos en virtud de un acuerdo laboral u otro contrato.
- Para comprar un seguro u obtener o mantener una licencia.
- Para viajar.
- Para acudir a un evento escolar, de campamento o deportivo, o para inscribirse en un deporte o en otra actividad recreativa.

Experimental, en investigación o no probado

- Medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos **experimentales, en investigación o no probados**, a menos que estén cubiertos de otro modo por ensayos clínicos. Usted puede solicitar una revisión médica independiente del Departamento de Seguros de California si recibe una determinación adversa de beneficios para un servicio experimental o en investigación. Consulte la sección Procedimientos de reclamación, reclamos, decisiones de reclamación y procedimientos de apelación

Terapias génicas, celulares y otras terapias innovadoras (GCIT)
Los siguientes servicios no están cubiertos, a menos que reciba nuestra aprobación previa por escrito:
- Servicios de GCIT recibidos en un centro o con un proveedor que no es un centro/proveedor designado por GCIT.
- Todos los servicios asociados cuando no se cubren los servicios de GCIT. Algunos ejemplos son los servicios de infusiones, laboratorio, radiología, anestesia y enfermería.

Consulte la sección *Requisitos de necesidad médica y certificación previa*.

Atención para el crecimiento y la talla
- Tratamiento, dispositivo, servicio o suministro para incrementar o disminuir la talla o para modificar el índice de crecimiento
- **Procedimientos quirúrgicos** y dispositivos para estimular el crecimiento

Esta exclusión no se aplica a los tratamientos para la afirmación de género ni a los dispositivos de estimulación del crecimiento óseo.

Audífonos
Cualquier prueba, aparato y dispositivo para:
- Mejorar la audición
- Mejorar otras formas de comunicación para compensar la pérdida de audición o dispositivos para estimular el habla

Esta exclusión no se aplica en los siguientes casos:

- Exámenes o exámenes de audición
- Audífonos anclados al hueso
- Implantes cocleares

Suministros médicos descartables para pacientes externos

- Cualquier suministro o dispositivo descartable para pacientes externos. Por ejemplo:
  - Fundas
  - Bolsas
  - Prendas elásticas
  - Medias de soporte
  - Vendajes
  - Chatas
  - Férulas
  - Cuellos ortopédicos
  - Compresas
  - Otros dispositivos no destinados a la reutilización con otro paciente

Esta exclusión no se aplica a los suministros descartables que deben estar cubiertos como o en relación con equipos médicos duraderos, atención de hospicio, suministros de ostomía y urológicos, y medicamentos con receta para pacientes externos.

Otro pagador principal

- Pago por una parte del cargo que **Medicare** u otra parte paga como pagador principal.

Artículos de conveniencia, comodidad o atención personales

- Cualquier servicio o suministro principalmente para su conveniencia y comodidad personales, o para la de un tercero.

Medicamentos y medicamentos con receta

- Recetas compuestas que contienen sustancias químicas a granel no aprobadas por la FDA, incluidas las hormonas bioidénticas compuestas, a menos que hayamos aprobado una excepción médica.
- Medicamentos aprobados recientemente por la FDA, pero no revisados por nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica, a menos que hayamos aprobado una excepción médica.

Atención de enfermería privada

Servicios de salud escolar

- Servicios y suministros normalmente proporcionados sin cargo por los siguientes:
  - **Servicios de salud escolar del titular de la póliza**
  - Enfermería **del titular de la póliza**
  - **Hospital**
  - **Farmacia del titular de la póliza** o

- Servicios y suministros prestados por profesionales de la salud que:
  - Son empleados del titular de la póliza.
  - Están afiliados al titular de la póliza.
  - Tienen un acuerdo o convenio con el titular de la póliza.
  - Son designados de otro modo por el titular de la póliza.

Servicios no permitidos por la ley

- Algunas leyes restringen la gama de servicios de atención médica que un **proveedor** puede realizar conforme a ciertas circunstancias o en un estado en particular. Cuando esto ocurre, los servicios no están cubiertos por el plan.

Servicios proporcionados por un familiar

- Servicios proporcionados por un cónyuge, una pareja de hecho, una pareja por unión civil, un padre o una madre, un(a) hijo(a), un(a) hijastro(a), un(a) hermano(a), un miembro de la familia política o del hogar

Fuerza y desempeño

- Servicios, dispositivos y suministros como medicamentos o preparaciones diseñados principalmente para mejorar la fuerza, el estado físico, la resistencia o el desempeño físico

Estudiantes del campo de la salud mental

- Cualquier servicio o suministro proporcionados para cubrir a los estudiantes que se especialicen en el campo de la atención de la salud mental y para quienes reciben tratamiento de un proveedor como parte de su capacitación en ese campo.

Terapias y pruebas

- Tomografías computadas (CT) de cuerpo completo
- Análisis de cabello
- Hipnosis e hipnoterapia
- Masoterapia, excepto cuando se utiliza como tratamiento de fisioterapia.
- Terapia sensorial o de integración auditiva y sonora

El plan Student Health Insurance del Seminario Teológico Fuller Internacional está suscrito por Aetna Life Insurance Company. Aetna Student Health℠ es el nombre comercial de los productos y servicios proporcionados por Aetna Life Insurance Company y sus compañías afiliadas aplicables (Aetna).

Países sancionados

Si la cobertura proporcionada por esta póliza infringe o infringirá alguna sanción comercial o económica, la cobertura se considerará inválida inmediatamente. Por ejemplo, las compañías de Aetna no pueden realizar pagos por reclamaciones o servicios de atención médica o de otro tipo si infringen una regulación de sanción financiera. Esto incluye las sanciones relacionadas con una persona bloqueada o un país sancionado por los Estados Unidos, a menos que esté permitida por una licencia válida, por escrito, de la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC). Para obtener más información, visite http://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx.

La discriminación es ilegal

Aetna cumple con las leyes federales y de derechos civiles aplicables de California y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, grupo étnico, ascendencia, religión, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad, afección médica, información genética o sexo (de conformidad con la sección 92.101(a)(2), título 45 del Código de Regulaciones Federales [CFR] y la sección 14025, título 2 del Código de Regulaciones de California [CCR]). Aetna no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable por motivos de raza, color, nacionalidad, grupo étnico, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, afección médica, información genética o discapacidad.

Aetna hace lo siguiente:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares apropiados gratuitos para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, tales como los siguientes:
    - Intérpretes de lengua de señas calificados
    - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, que pueden incluir los siguientes:
    - Intérpretes calificados
    - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, llame al 1-800-872-3862 (TTY: 711) o al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

Si cree que Aetna no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, grupo étnico, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, afección médica, información genética o discapacidad, por acción o falta de acción, puede presentar una queja ante la siguiente persona:

Civil Rights Coordinator

Attn: 1557 Coordinator CVS Pharmacy, Inc.

1 CVS Drive, MC 2332, (Clientes del plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud [HMO]:
P.O. Box 14032 Lexington, KY 40512-4032)
Woonsocket, RI 02895
Teléfono: 1-800-648-7817, TTY: 711
Correo electrónico: CRCoordinator@aetna.com

Puede presentar una queja en persona, por correo postal o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle.

Ingrese en https://www.aetna.com/individuals-families/member-rights-resources/complaints-grievances-appeals.html para obtener información sobre cómo presentar un reclamo o una queja ante el Departamento de Seguros de California o el Departamento de Atención Médica Administrada de California (para los inscritos en HMO).
También puede presentar un reclamo sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por vía electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en:

https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, puede hacerlo por correo o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamos se encuentran disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html. Este aviso está disponible en el sitio web de Aetna: https://www.aetna.com/

"*Aetna" es el nombre comercial que se usa para los productos y servicios proporcionados por una o más de las empresas del grupo Aetna que ofrecen y administran planes de salud y dentales y otros productos, como seguros de vida, discapacidad y atención a largo plazo. En California, esto incluye las subsidiarias de propiedad absoluta de Aetna, Aetna Life Insurance Company, Aetna Health of California Inc., Aetna Better Health of California Inc., Aetna Dental of California Inc. y Health and Human Resource Center Inc., y sus otras filiales con licencia en California. La empresa matriz de Aetna es CVS Health Corporation ("CVS Health").*