



Aetna Student Health

Diseño del plan y resumen de beneficios

Open Choice PPO



Fuller Theological Seminary (estudiantes nacionales)

Año de póliza: 2023-2024

Número de póliza: 686219

<https://www.aetnastudenthealth.com>

(877) 480-4161



Esta es una breve descripción del plan de salud para estudiantes. Este plan se ofrece a los estudiantes nacionales de Fuller Theological Seminary y sus dependientes que cumplen con los requisitos. El plan está asegurado por Aetna Life Insurance Company (Aetna). Las estipulaciones exactas, incluidas las definiciones, que regulan este seguro se encuentran en el *Certificado* emitido para usted y pueden consultarse en línea, en <https://www.aetnastudenthealth.com>. Si existen diferencias entre este *Diseño del plan y resumen de beneficios* y el *Certificado*, regírese al *Certificado*.

¿Quiénes cumplen con los requisitos?

Todos los estudiantes de doctorado registrados del sur de California o los estudiantes de la Facultad de Psicología del campus de Pasadena que cumplen con los requisitos y asisten a las horas crédito obligatorias son inscritos automáticamente en este plan de seguro, a menos que presenten prueba de cobertura comparable (deben completar una forma de exención del seguro). Si no se los exime del plan de seguro de salud para estudiantes, todos los estudiantes son inscritos automáticamente en el plan.

Todos los demás estudiantes registrados que cumplen con los requisitos y asisten a las horas crédito obligatorias pueden inscribirse en este plan de seguro.

Fechas de cobertura y tarifas

La cobertura para todos los estudiantes asegurados y los dependientes que cumplen con los requisitos entrará en vigor a las 12:01 a. m. en la fecha de inicio de la cobertura y finalizará a las 11:59 p. m. en la fecha de finalización de la cobertura. Ambas fechas se indican a continuación. La cobertura para dependientes asegurados finaliza de acuerdo con las estipulaciones de terminación descritas en el Certificado de cobertura.

	Otoño	Invierno	Primavera	Verano
Fecha de inicio de la cobertura	09/20/2023-	12/20/2023-	03/20/2024-	06/20/2024-
Fecha de finalización de la cobertura	12/19/2023	03/19/2024	06/19/2024	09/19/2024
Estudiante	\$1,187.75	\$1,187.75	\$1,187.75	\$1,187.75

Las exenciones de la inscripción deben presentarse antes de estas fechas:

Otoño (30 de septiembre de 2023)

Invierno (5 de enero de 2024)

Primavera (29 de marzo de 2024)

Verano (21 de junio de 2024)

Inscripción

Para la inscripción de estudiantes en línea, ingrese en su cuenta de estudiante de Fuller.edu. Vaya a “Current Students Homepage” (Página de inicio de alumnos inscritos), haga clic en el módulo “Register for Classes” (Inscribirse en las clases) y complete el PASO 4. Después de la fecha de inscripción, si tiene preguntas sobre este tema, escriba al Departamento de Seguro de Salud para Estudiantes a shi@fuller.edu.

Aviso sobre el cumplimiento de los requisitos para Medicare

Usted no cumple con los requisitos para inscribirse en el plan de salud para estudiantes si tiene Medicare en el momento de la inscripción en dicho plan. Este plan no brinda cobertura para las personas que tienen Medicare.

Terminación y reembolsos

Abandono de las clases por licencia

Si abandona las clases conforme a una licencia aprobada por la universidad, su cobertura continuará vigente hasta el final del período por el cual se recibió un pago y no se reembolsará ninguna prima.

Abandono de las clases por motivos diferentes a una licencia

Si abandona las clases por motivos diferentes a una licencia aprobada por la universidad en el plazo de los 31 días* posteriores a la fecha de inicio de las clases, se considerará que no cumple con los requisitos para la cobertura. Esta terminará de forma retroactiva, y se reembolsarán todas las primas cobradas. Si abandona las clases luego de los 31 días posteriores a la fecha de inicio de las clases, su cobertura continuará vigente hasta el final del período por el cual se recibió un pago y no se reembolsará ninguna prima. Si abandona las clases para ingresar en las Fuerzas Armadas de cualquier país, su cobertura terminará en la fecha de entrada en vigor de dicho ingreso y se reembolsarán las primas prorrateadas, siempre y cuando presente una solicitud por escrito dentro de los 90 días de abandonar las clases.

Red de proveedores

Aetna Student Health ofrece la amplia red de proveedores de Aetna. Si visita proveedores de la red, puede ahorrar dinero, porque Aetna ha negociado tarifas especiales con ellos y porque los beneficios del plan son mejores.

Si necesita cuidado que está cubierto con el plan, pero que no está disponible a través de un proveedor de la red, llame a Servicios al Cliente, al número gratuito que aparece al dorso de su tarjeta de identificación, para obtener ayuda. En este caso, Aetna podría emitir una aprobación previa para que usted obtenga cuidado de un proveedor fuera de la red. Cuando Aetna emite una aprobación previa, el nivel de beneficios es el mismo que el de los proveedores de la red.

Precertificación

Algunos servicios de salud que cumplen con los requisitos necesitan nuestra aprobación previa. La aprobación previa también se conoce como “precertificación”. Su médico de la red es responsable de obtener las precertificaciones necesarias antes de que reciba el cuidado. Cuando visita a un proveedor fuera de la red, es su responsabilidad obtener la precertificación para los servicios o suministros que figuran en la lista de precertificación. Si no obtiene la precertificación cuando se requiere, deberá pagar una multa de hasta \$500 por cada tipo de servicio de salud que cumple con los requisitos para el que no se obtuvo la precertificación. Para obtener una lista actualizada de los servicios de salud o los medicamentos con receta que requieren precertificación, comuníquese con Servicios al Cliente o visite <https://www.aetnastudenthealth.com>.

Llamada de precertificación

La precertificación debe obtenerse en los plazos que se indican a continuación. Para obtenerla, comuníquese con Servicios al Cliente, al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación. Esta llamada debe realizarse en los siguientes casos:

Cuando no son ingresos por emergencias	Usted, su médico o el centro deberán llamar y solicitar la precertificación por lo menos 14 días antes de la fecha en la que está programado su ingreso.
Cuando son ingresos por emergencias	Usted, su médico o el centro deben llamar dentro de las 48 horas o tan pronto como sea razonablemente posible luego de que lo hayan ingresado.
Cuando son ingresos de urgencia	Usted, su médico o el centro deberán llamar antes de la fecha en la que está programado su ingreso. Un ingreso de urgencia es un ingreso en el hospital efectuado por un médico debido a la aparición o al cambio de una enfermedad, o al diagnóstico de una enfermedad o una lesión.
Servicios ambulatorios que no son de emergencia para los que se requiere precertificación	Usted o su médico deben llamar por lo menos 14 días antes de que se brinde el cuidado ambulatorio o se programe el tratamiento o procedimiento.

Les enviaremos a usted y a su médico una notificación por escrito sobre lo que decidamos respecto de la precertificación, cuando sea exigido en la ley estatal. Si los servicios precertificados están aprobados, dicha aprobación tendrá validez por 30 días, siempre y cuando continúe inscrito en el plan.

Coordinación de beneficios

Algunas personas tienen cobertura de salud de más de un plan. Si es su caso, decidiremos junto con los otros planes cuánto debe pagar cada uno. Esto se conoce como “coordinación de beneficios” (COB). Las estipulaciones completas sobre la coordinación de beneficios se encuentran detalladas en el *Certificado* emitido para usted.

Descripción de los beneficios

El plan no cubre ciertos servicios y limita los montos que paga. Aunque en este *Diseño del plan y resumen de beneficios* se incluyen algunas características importantes del plan, hay otras que pueden ser importantes para usted y se definen en el *Certificado*. La descripción completa del plan está en el *Certificado* emitido para usted. Puede consultarla en línea, en <https://www.aetnastudenthealth.com>.

Este plan paga los beneficios de acuerdo con las leyes de seguros que están vigentes en California.

	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Deducibles por año de póliza		
Debe alcanzar el deducible por año de póliza antes de que el plan pague los beneficios.		
Estudiante	\$750 por año de póliza	\$1,500 por año de póliza
Exención del deducible por año de póliza		
Se lo exime del deducible por año de póliza para los siguientes servicios de salud que cumplen con los requisitos: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentro de la red para cuidado preventivo y de bienestar, servicios pediátricos dentales, servicios de cuidado pediátrico de la vista y medicamentos con receta en casos ambulatorios. • Cuidado dentro y fuera de la red en la sala de recién nacidos sanos. 		
Individual		
Este es el monto que usted debe por los servicios de salud que cumplen con los requisitos dentro y fuera de la red cada año de póliza antes de que el plan comience a pagarlos. Una vez que el monto que usted paga por los servicios de salud que cumplen con los requisitos alcance el deducible por año de póliza, este plan pagará dichos servicios por el resto del año de póliza.		
Límites máximos de desembolso		
	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Estudiante	\$5,000 por año de póliza	\$10,000 por año de póliza

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Exámenes físicos de rutina		
En el consultorio del médico	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Límites de edad máxima y de visitas por año de póliza hasta los 21 años de edad	Según los límites de edad y de visitas establecidos en las pautas generales respaldadas por los lineamientos para niños y adolescentes de la Academia Americana de Pediatría, Bright Futures y la Administración de Recursos y Servicios de Salud.	
Personas cubiertas a partir de los 22 años: Máximo de visitas por año de póliza	1 visita	

Vacunas de cuidado preventivo		
En un centro o en el consultorio de un médico	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Máximos	Están sujetos a los límites de edad establecidos en las pautas generales respaldadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.	
Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Exámenes ginecológicos de rutina (incluyen pruebas de PAP y citológicas)		
En el consultorio del médico, obstetra, ginecólogo u obstetra-ginecólogo	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Máximo de visitas por año de póliza	1 visita	
Servicios de asesoramiento y exámenes preventivos		
Servicios de asesoramiento y exámenes preventivos relacionados con la obesidad o asesoramiento sobre dietas saludables, consumo indebido de alcohol y drogas, consumo de productos del tabaco, exámenes para detectar depresión, asesoramiento sobre las infecciones de transmisión sexual y el riesgo genético de padecer cáncer de seno o cáncer de ovario	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Visitas al consultorio de asesoramiento para manejo del estrés	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Visitas al consultorio de asesoramiento para enfermedades crónicas	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Exámenes de rutina para detectar cáncer	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Máximo	Según las pautas relacionadas con la edad, la historia familiar y la frecuencia que se establezcan en la versión más actualizada de las siguientes fuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Artículos basados en pruebas que tengan vigente una calificación "A" o "B" en las recomendaciones actuales del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos. • Pautas generales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud. 	

Máximo de exámenes para detectar cáncer de pulmón	1 examen cada 12 meses*	
Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Servicios de cuidado prenatal y posparto: solo servicios de cuidado preventivo (incluye la participación en el Programa de Detección Prenatal de California)	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Servicios de asesoramiento y apoyo durante la lactancia	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Suministros y accesorios para sacaleches	100 % del cargo negociado por artículo No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Servicios de planificación familiar: anticonceptivos femeninos		
Visitas al consultorio para recibir servicios de asesoramiento sobre anticonceptivos femeninos	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Dispositivos y medicamentos anticonceptivos femeninos con receta proporcionados, administrados o extraídos por un proveedor durante una visita al consultorio Por cada suministro de 30 días o suministro de 12 meses	100 % del cargo negociado por artículo No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Esterilización voluntaria femenina: servicios ambulatorios y con internación prestados por proveedores	100 % del cargo negociado No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	50 % del cargo reconocido
Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio:		
<ul style="list-style-type: none"> Cualquier método anticonceptivo que solamente esté revisado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, pero no cuente con su aprobación. 		
Médicos y otros profesionales de la salud		
Visitas a consultorios de médicos, especialistas y consultores (cuidado no quirúrgico ni preventivo prestado por un médico o especialista) (incluye consultas de telemedicina)	Copago de \$25; luego, el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita.	50 % del cargo reconocido por visita
Tratamiento y pruebas de alergias		
Pruebas de alergias realizadas en el consultorio del médico o especialista	80 % del cargo negociado	50 % del cargo reconocido

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Inyecciones para tratar alergias aplicadas en el consultorio del médico o especialista	80 % del cargo negociado	50 % del cargo reconocido
Sueros y extractos para la alergia administrados por inyección en el consultorio del médico o especialista	80 % del cargo negociado	50 % del cargo reconocido
Servicios quirúrgicos de médicos y especialistas		
Cirugía realizada por un cirujano durante una internación en hospital o centro de nacimientos (incluye gastos de anestesista y asistente médico quirúrgico)	80 % del cargo negociado	50 % del cargo reconocido
Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio:		
<ul style="list-style-type: none"> Los servicios prestados por cualquier otro médico que asiste al médico que opera. Una internación en un hospital (este servicio se trata en “Cuidado en hospitales y otros centros” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos y exclusiones”). Servicios de otro médico para la administración de anestesia local. 		
Cirugía ambulatoria realizada por un cirujano en el consultorio de un médico o especialista, o en el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital o en un centro quirúrgico (incluye gastos de anestesista y asistente médico quirúrgico)	80 % del cargo negociado por visita	50 % del cargo reconocido por visita
Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio:		
<ul style="list-style-type: none"> Los servicios prestados por cualquier otro médico que asiste al médico que opera. Una internación en un hospital (este servicio se trata en “Cuidado en hospitales y otros centros” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos y exclusiones”). Un cargo extra del centro por una cirugía realizada en el consultorio del médico. Servicios de otro médico para la administración de anestesia local. 		
Alternativas a las visitas al consultorio del médico		
Visitas a clínicas sin cita previa (que no son de emergencia)	Copago de \$25; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita.	50 % del cargo reconocido por visita
Cuidado en hospitales y otros centros		
Internación (habitación y comida, y otros servicios y suministros varios) Incluye cargos del centro de nacimientos.	80 % del cargo negociado por ingreso	50 % del cargo reconocido por ingreso
Pruebas previas a la admisión	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Servicios no quirúrgicos prestados por médicos en el hospital	80 % del cargo negociado por visita	50 % del cargo reconocido por visita

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Alternativas a la internación		
Cirugía ambulatoria (cargos del centro) realizada en el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital o en un centro quirúrgico	80 % del cargo negociado por visita	50 % del cargo reconocido por visita
Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio: <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios prestados por cualquier otro médico que asiste al médico que opera. • Una internación en el hospital (consulte el beneficio para los cargos del centro en “Cuidado en hospitales y otros centros” en esta sección). • Un cargo extra del centro por una cirugía realizada en el consultorio del médico. • Servicios de otro médico para la administración de anestesia local. 		
Cuidado de salud en el hogar	80 % del cargo negociado por visita	50 % del cargo reconocido por visita
Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de asistencia médica y enfermería a domicilio o servicios de apoyo terapéutico que se brindan fuera del hogar (por ejemplo, en la universidad, durante las vacaciones, en el trabajo o en actividades recreativas). • Transporte. • Servicios o suministros brindados a un menor de edad o adulto dependiente cuando un miembro de la familia o cuidador no está presente. • Servicios de ayuda en el hogar o de empleadas domésticas. • Comidas o servicios a domicilio. • Terapia de mantenimiento. 		
Servicios en hospicio (con internación)	80 % del cargo negociado por ingreso	50 % del cargo reconocido por ingreso
Servicios en hospicio (ambulatorios)	80 % del cargo negociado por visita	50 % del cargo reconocido por visita
Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio: <ul style="list-style-type: none"> • Preparativos para funerales. • Asesoramiento financiero o legal, incluidas la planificación de bienes y la redacción de un testamento. • Servicios de ayuda en el hogar o de cuidador, que son servicios que no se refieren únicamente a su cuidado y pueden incluir lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de un cuidador o acompañante para usted o para otro miembro de la familia. - Transporte. - Mantenimiento del hogar. 		
Centro de enfermería especializada Servicios con internación	80 % del cargo negociado por ingreso	50 % del cargo reconocido por ingreso
Sala de emergencias de un hospital	Copago de \$150; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita.	Se paga igual que la cobertura dentro de la red.
Cuidado que no es de emergencia en sala de emergencias del hospital	Sin cobertura	Sin cobertura

Nota importante:

- Debido a que los proveedores de cuidado fuera de la red no tienen contrato con nosotros, es posible que el proveedor no acepte el pago de su parte de los costos (copago y coseguro) como pago total. Es probable que reciba una factura por la diferencia entre el monto facturado por el proveedor y el monto pagado con este plan. Si el proveedor le factura un monto que supera la parte que le corresponde pagar a usted, no es responsabilidad suya pagarlo. Envíenos la factura a la dirección que aparece al dorso de su tarjeta de identificación. Resolveremos con el proveedor cualquier disputa relacionada con el pago de ese monto. Asegúrese de que su número de tarjeta de identificación aparezca en la factura.
- Se aplica un copago o coseguro por separado por cada visita a la sala de emergencias de un hospital. Si lo internan en el hospital inmediatamente después de una visita a la sala de emergencias, se lo eximirá del copago o del coseguro por visita a la sala de emergencias, y se aplicará el copago o coseguro por internación.
- Los beneficios cubiertos que corresponden al copago o coseguro por visita a la sala de emergencias del hospital no pueden aplicarse a ningún otro copago o coseguro del plan. Asimismo, el monto del copago o coseguro que se aplica a otros beneficios cubiertos según este plan no puede aplicarse al copago o coseguro por visita a la sala de emergencias del hospital.
- Es posible que se apliquen montos de copagos o coseguros aparte para determinados servicios prestados en la sala de emergencias del hospital que no forman parte del beneficio por visita a la sala de emergencias del hospital. Estos montos de copago o coseguro pueden ser diferentes del copago o coseguro por visita a la sala de emergencias del hospital. Se basan en los servicios específicos que haya recibido.
- Los servicios prestados en la sala de emergencias del hospital que no forman parte del beneficio por visita a la sala de emergencias del hospital pueden estar sujetos a montos de copago o coseguro.

Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio:

- Servicios de cuidado que no es de emergencia brindados en la sala de emergencias de un hospital, en un centro independiente de cuidado médico de emergencia o en un centro de emergencias comparable.

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Cuidado de urgencia	Copago de \$25; luego, el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita.	50 % del cargo reconocido por visita
Uso no urgente de un proveedor de cuidado de urgencia	Sin cobertura	Sin cobertura

Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio:

- Cuidado que no es de urgencia brindado en un centro de cuidado de urgencia (en un centro independiente no hospitalario).

Cuidado dental pediátrico (limitado a las personas cubiertas hasta finalizar el mes en el que cumplen los 19 años)

Servicios de tipo A	100 % del cargo negociado por visita No se aplica copago ni deducible.	50 % del cargo reconocido por visita
Servicios de tipo B	100 % del cargo negociado por visita No se aplica copago ni deducible.	50 % del cargo reconocido por visita
Servicios de tipo C	100 % del cargo negociado por visita No se aplica copago ni deducible.	50 % del cargo reconocido por visita
Servicios de ortodoncia	100 % del cargo negociado por visita No se aplica copago ni deducible.	50 % del cargo reconocido por visita

Servicios dentales de emergencia	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
----------------------------------	--	--

Exclusiones del cuidado dental pediátrico

Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio:

- Tratamiento dental asíncrono.
- Servicios y suministros cosméticos. Por ejemplo:
 - Cirugía plástica, reconstructiva, cosmética, personalización o caracterización de dentaduras postizas u otros servicios y suministros cuyo fin sea mejorar, cambiar o resaltar la apariencia.
 - Procedimiento de aumento y vestibuloplastia, y otros productos para proteger, limpiar, blanquear o alterar la apariencia de los dientes, ya sea o no por motivos psicológicos o emocionales.
 - Los recubrimientos de las coronas de molares y los pónicos siempre se consideran servicios cosméticos.
- Coronas, incrustaciones, sobrepuestos y protectores, excepto en los siguientes casos:
 - El tratamiento de caries o lesión traumática, cuando los dientes no se pueden restaurar con material de relleno.
 - El diente sirve como estribo para una dentadura postiza parcial cubierta o un puente fijo cubierto.
- Implantes dentales (que se determina que no son médicamente necesarios); protectores bucales; y otros dispositivos para proteger, reemplazar o reposicionar los dientes.
- Dentaduras postizas, coronas, incrustaciones, sobrepuestos, puentes u otros dispositivos o servicios que se utilizan para lo siguiente:
 - La ferulización.
 - La alteración de la dimensión vertical.
 - La restauración de la oclusión.
 - La corrección del desgaste, la abrasión, la abfracción o la erosión.
- El tratamiento de cualquier problema en la articulación de la mandíbula y tratamientos para modificar la mordida, la alineación u operación de la mandíbula, incluido el tratamiento para el trastorno de la articulación temporomandibular y del trastorno craneomandibular, la cirugía ortognática y el tratamiento por maloclusión o dispositivos para modificar la mordida o la alineación, a excepción de lo cubierto en “Enfermedades específicas” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos y exclusiones”.
- Anestesia general y sedación intravenosa, a menos que estén cubiertas específicamente y solo cuando se presten junto con otro servicio de salud que cumple con los requisitos.
- Kits de orden por correo y de uso en casa para tratamientos de ortodoncia.
- Tratamiento de ortodoncia, a excepción de lo que se encuentra cubierto dentro de esta sección.
- Pónicos, coronas, restauraciones fundidas o procesadas hechas con metales altamente nobles (oro).
- Medicamentos con receta.
- Reemplazo de dientes más allá del complemento normal de 32.
- Los servicios y suministros con estas características:
 - Se prestan sin pruebas de patología, disfunción o enfermedad distintas de las cubiertas en los servicios preventivos.
 - Se brindan para su conveniencia o comodidad personal, o la de cualquier otra persona, incluido un proveedor.
 - Se brindan en relación con tratamientos o cuidados que no están cubiertos con su póliza.
- Remoción quirúrgica de muelas de juicio impactadas solo por motivos de ortodoncia, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Tratamientos prestados por una persona que no sea proveedora de cuidado dental.

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Servicios y suministros para diabéticos (incluye equipo y capacitación)	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Tratamiento de podiatría (cuidado de los pies) y tratamiento con un médico y un especialista para el cuidado de los pies que no es de rutina	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.

Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio:

- Servicios y suministros para lo siguiente:
 - Tratamiento de callos, juanetes, uñas del pie, pie plano, dedos en martillo, arcos caídos.
 - Tratamiento de pies débiles, dolor de pie crónico o afecciones provocadas por actividades habituales, como caminar, correr, trabajar o usar zapatos.
 - Suministros (incluidos zapatos ortopédicos), dispositivos ortopédicos para pies, soportes de arco, plantillas para zapatos, tobilleras ortopédicas, protectores, cremas, ungüentos y otros equipos, dispositivos y suministros.
 - Servicios de pedicura de rutina, como el corte de uñas, durezas y callos, cuando no hay una enfermedad o una lesión en los pies.

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Muelas de juicio impactadas	80 % del cargo negociado	50 % del cargo reconocido
Lesiones accidentales en dientes sanos y naturales	80 % del cargo negociado	50 % del cargo reconocido

Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio:

- Cuidado, relleno, extracción o reemplazo de dientes y tratamiento de enfermedades de los dientes.
- Servicios dentales relacionados con las encías.
- Apicectomía (resección de la raíz dental).
- Ortodoncia.
- Tratamiento de conducto radicular.
- Dientes impactados en tejido blando.
- Dientes impactados en el hueso.
- Alveolectomía.
- Aumento y tratamiento de vestibuloplastia por enfermedad periodontal.
- Dientes falsos.
- Restauración protésica de implantes dentales.
- Implantes dentales.

Tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular y del trastorno craneomandibular	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
--	--	--

Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio:

- Implantes dentales.

Servicios por exposición a sangre y fluidos corporales	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
--	--	--

Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio:

- Servicios y suministros brindados para el tratamiento de una enfermedad provocada por una lesión clínica relacionada, ya que se cubren conforme a otra parte de esta póliza para estudiantes.

Ensayos clínicos (costos de rutina del paciente)	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios y suministros relacionados con la recolección de datos y el sistema de registro, que solamente se necesitan por los ensayos clínicos (es decir, costos ocasionados por el protocolo). • Servicios y suministros que el patrocinador del ensayo le ofrece sin costo. • La intervención experimental en sí (excepto los dispositivos de investigación de categoría B médicamente necesarios y las intervenciones en etapa de prueba e investigación prometedoras para las enfermedades terminales en ciertos ensayos clínicos de acuerdo con las políticas de reclamo de Aetna). 		
Tratamiento dermatológico	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio: <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos y tratamientos cosméticos. 		
Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Cirugía bariátrica y servicios para tratar la obesidad	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Cirugía para tratar la obesidad: gastos de viaje y alojamiento		
Beneficio máximo de gastos de viaje para cada viaje de ida y vuelta (cobertura de 3 viajes de ida y vuelta: una visita prequirúrgica, la cirugía y una visita de seguimiento)	\$130	\$130
Beneficio máximo de gastos de viaje para cada viaje de ida y vuelta por acompañante (cobertura de 2 viajes de ida y vuelta: la cirugía y una visita de seguimiento)	\$130	\$130
Beneficio máximo de gastos de alojamiento por paciente y acompañante para la visita prequirúrgica y de seguimiento	\$100 por día, hasta 2 días	\$100 por día, hasta 2 días
Beneficio máximo de gastos de alojamiento por acompañante para la internación por cirugía	\$100 por día, hasta 4 días	\$100 por día, hasta 4 días
Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio: <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos o medicamentos para reducir o aumentar el peso corporal, controlar el peso o tratar la obesidad (incluida la obesidad mórbida), salvo según se describe anteriormente y en “Cuidado preventivo y bienestar” en la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos y exclusiones”. Se incluyen los servicios preventivos para los exámenes de detección de obesidad y las intervenciones de control de peso, independientemente de la existencia de otras enfermedades. Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> - Medicamentos, estimulantes, preparados, alimentos o suplementos dietarios, suplementos y regímenes alimenticios, suplementos nutricionales, supresores del apetito y otras medicinas. - Hipnosis u otras formas de terapia. - Programas de ejercicios, equipos de entrenamiento, membresías en gimnasios, terapia recreativa u otras formas de hacer ejercicios o aumentar la actividad física. 		

Cuidado de maternidad que no se considera cuidado preventivo (incluye cuidado para el parto y posparto en un hospital o un centro de nacimientos)	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio:		
<ul style="list-style-type: none"> Todos los servicios y suministros relacionados con los partos en el hogar o en cualquier otro lugar no autorizado para ello. 		
Gastos por cuidado en sala de recién nacidos sanos en un hospital o centro de nacimientos	80 % del cargo negociado No corresponde el deducible por año de póliza.	50 % del cargo reconocido No corresponde deducible por año de póliza.
Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Servicios de planificación familiar: otros		
Esterilización voluntaria masculina (servicios quirúrgicos)	80 % del cargo negociado	50 % del cargo reconocido
Aborto		
Servicios quirúrgicos prestados por médicos o especialistas durante una internación	100 % del cargo negociado No corresponde deducible por año de póliza.	50 % del cargo reconocido
(servicios quirúrgicos ambulatorios prestados por médicos o especialistas)	100 % del cargo negociado No corresponde deducible por año de póliza.	50 % del cargo reconocido
Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio:		
<ul style="list-style-type: none"> Reversión de procedimientos de esterilización voluntaria, incluido el cuidado de seguimiento relacionado. 		
Tratamiento de confirmación de sexo		
Tratamiento quirúrgico, terapia de reemplazo hormonal y asesoramiento	Cobertura según la sección "Salud emocional y psicológica".	Cobertura según la sección "Salud emocional y psicológica".
Tratamiento de salud mental y por abuso de sustancias		
La cobertura se brinda según los mismos términos y condiciones que se aplican para cualquier otra enfermedad .		
Internación (habitación y comida, y otros servicios y suministros varios en un hospital)	80 % del cargo negociado por ingreso	50 % del cargo reconocido por ingreso
Visitas ambulatorias al consultorio (incluye consultas de telemedicina)	Copago de \$25; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita.	50 % del cargo reconocido por visita
Otros tratamientos ambulatorios (incluye servicios especializados de salud emocional y psicológica en el hogar)	80 % del cargo negociado por visita	50 % del cargo reconocido por visita

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red (centro Institutes of Excellence o IOE)*	Cobertura fuera de la red (incluye proveedores que forman parte de la red de Aetna, pero que no son proveedores del IOE)
Servicios de trasplantes		
Servicios ambulatorios y de internación en centro de trasplantes	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Servicios ambulatorios y de internación para trasplantes prestados por médicos y especialistas	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Gastos de viajes y alojamiento para trasplantes	Con cobertura	Con cobertura
Máximo de por vida para gastos de viajes y alojamiento para cualquier tipo de trasplante, incluidos los trasplantes en tándem	\$10,000	\$10,000
Máximo para gastos de alojamiento por paciente en un centro IOE	\$50 por noche	\$50 por noche
Máximo para gastos de alojamiento por acompañante	\$50 por noche	\$50 por noche
Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio:		
<ul style="list-style-type: none"> Servicios y suministros brindados a un donante cuando la persona que recibe la donación no tiene cobertura. Recolección y almacenamiento de órganos, sin la expectativa de un trasplante inmediato por una enfermedad existente. Extracción y almacenamiento de médula ósea, células madre hematopoyéticas u otras células sanguíneas, sin la expectativa de un trasplante dentro de los 12 meses de la extracción, por una enfermedad existente. 		
Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Tratamiento de esterilidad		
Servicios básicos para tratar la esterilidad: cuidado ambulatorio y con internación (servicios básicos)	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Servicios para la preservación de la fertilidad		
Preservación de la fertilidad	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Los siguientes servicios no están cubiertos por el beneficio de tratamiento contra la esterilidad:		
<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos inyectables para tratar la esterilidad, que incluyen, entre otros, menotropinas, gonadotropina coriónica humana (hCG) y agonistas de la GnRH. Todos los cargos relacionados con lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> La gestación subrogada para usted o la madre subrogada. Una madre subrogada es una mujer que lleva en su vientre a un hijo genéticamente relacionado con ella, cuando el hijo fue concebido con la intención de entregarlo para ser criado por otras personas, incluido el padre biológico. La descongelación de óvulos, embriones o espermatozoides criopreservados (congelados). El cuidado de la donante en un ciclo de donación de óvulos que incluye, por ejemplo, pagos a la donante, costos por exámenes a la donante, costos de pruebas de laboratorio, cualquier cargo relacionado con el cuidado de la donante que sea necesario para la transferencia o la extracción de óvulos. 		

- El uso de una madre subrogada gestacional para la mujer que actúa como madre subrogada gestacional. Una madre subrogada gestacional es una mujer que lleva un embrión con el que no tiene relación genética.
- La obtención del espermatozoides de una persona no está cubierta con este plan como parte de los servicios de tecnología de reproducción asistida.
- Los equipos para detectar la ovulación en el hogar o pruebas de embarazo caseras.
- La compra de embriones, oocitos o espermatozoides de un donante.
- La reversión de la esterilización voluntaria, incluido el cuidado de seguimiento.
- Inducción de la ovulación con menopausinas, inseminación intrauterina y cualquier servicio, procedimiento o producto relacionados.
- Fertilización *in vitro*, transferencia intrafalopiana de cigotos, transferencia intrafalopiana de gametos, transferencia de embriones criopreservados y cualquier servicio, procedimiento o producto relacionados (como la inyección de espermatozoides intracitoplasmática o la microcirugía de óvulos).
- Los servicios de tecnología de reproducción asistida no se ofrecen para cuidado fuera de la red.

Terapias y exámenes específicos

Servicios de imágenes complejas para diagnóstico prestados en el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital u otro centro	80 % del cargo negociado por visita	50 % del cargo reconocido por visita
Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Estudios de laboratorio y servicios radiológicos de diagnóstico realizados en un consultorio médico, el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital u otro centro	80 % del cargo negociado por visita	50 % del cargo reconocido por visita
Quimioterapia, radioterapia y terapia respiratoria ambulatorias	80 % del cargo negociado por visita	50 % del cargo reconocido por visita
Terapia de infusión ambulatoria realizada en el hogar de la persona cubierta, el consultorio médico, el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital u otro centro	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio:		
<ul style="list-style-type: none"> • Nutrición enteral. • Transfusiones de sangre y productos derivados de la sangre. 		
Terapias física, ocupacional, cognitiva y del habla ambulatorias (incluye terapias cardíaca y pulmonar)	80 % del cargo negociado por visita	50 % del cargo reconocido por visita
Servicios combinados para terapias de rehabilitación y habilitación a corto plazo		
Terapia de acupuntura	80 % del cargo negociado por visita	50 % del cargo reconocido por visita

Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio:		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupresión. 		
Servicios de quiropráctica	80 % del cargo negociado por visita	50 % del cargo reconocido por visita
Medicamentos de especialidad con receta adquiridos e inyectados o aplicados mediante infusión por su proveedor en un entorno ambulatorio	Cobertura según el tipo de beneficio o el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio o el lugar donde se recibe el servicio.
Otros servicios y suministros		
Transporte de emergencia en ambulancia terrestre, aérea y marítima (incluye el transporte que no es de emergencia en ambulancia)	80 % del cargo negociado por viaje	Se paga igual que la cobertura dentro de la red.
Equipo médico duradero y de cirugía	80 % del cargo negociado por artículo	50 % del cargo reconocido por artículo
Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio:		
<ul style="list-style-type: none"> • Piscinas de hidromasajes. • Bombas portátiles para hidromasajes. • Baños sauna. • Dispositivos para masajes. • Mesas para cama. • Elevadores. • Dispositivos para comunicarse. • Dispositivos para la vista. • Sistemas de alerta telefónica. • Artículos para la higiene y la comodidad personal, como aire acondicionado, humidificador, <i>jacuzzi</i> o equipos para ejercicio físico, aun cuando sean indicados por un médico. 		
Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Apoyo nutricional	Cobertura según el tipo de beneficio o el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio o el lugar donde se recibe el servicio.
Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio:		
<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier alimento, incluidas fórmulas para bebés, suplementos nutricionales, vitaminas (también las vitaminas con receta), alimentos médicos y otros productos nutricionales, aun cuando sean la única fuente de nutrición. 		
Implantes cocleares	80 % del cargo negociado por artículo	50 % del cargo reconocido por artículo
Dispositivos protésicos, incluidos lentes de contacto para aniridia, y ortopedia	80 % del cargo negociado por artículo	50 % del cargo reconocido por artículo
Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio:		
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por cualquier otro beneficio. • Zapatos ortopédicos, zapatos terapéuticos, aparatos ortopédicos para pies u otros dispositivos para apoyar el pie, a menos que sean necesarios para el tratamiento o para evitar complicaciones de la diabetes, o si el zapato ortopédico forma parte de un aparato ortopédico para el pie que ya tiene cobertura. • Trusas, corsés y otros artículos de soporte. • Reparación y reemplazos por pérdidas o uso indebido. • Dispositivos para comunicarse. 		

Prueba de audífonos		
Examen de audición	100 % del cargo negociado por visita No corresponde deducible por año de póliza.	50 % del cargo reconocido por visita
Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio:		
<ul style="list-style-type: none"> Exámenes de audición realizados durante una internación en un hospital u otro centro, excepto aquellos realizados a los recién nacidos como parte de la internación. 		
Cuidado pediátrico de la vista (limitado a las personas cubiertas hasta finalizar el mes en el que cumplen los 19 años)		
Por un oftalmólogo o un optometrista que reúnen los requisitos legales (incluye evaluaciones integrales por vista deficiente)	100 % del cargo negociado por visita No corresponde deducible por año de póliza.	50 % del cargo reconocido por visita
Máximo para servicios por vista deficiente Máximo para adaptación de lentes de contacto	Una evaluación integral por vista deficiente cada 5 años 1 visita	
Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Servicios y suministros para el cuidado pediátrico de la vista (marcos de anteojos, lentes o lentes de contacto con receta)	100 % del cargo negociado por artículo No corresponde deducible por año de póliza.	50 % del cargo reconocido por artículo.
Cantidad máxima por año del plan: Marcos de anteojos Lentes con receta Lentes de contacto (incluye lentes de contacto con receta no convencionales y lentes para afaquia con receta indicados luego de una cirugía de cataratas)	Un par de marcos de anteojos Un par de lentes con receta Lentes desechables para un día de uso: suministro de hasta 1 año Lentes desechables para uso extendido: suministro de hasta 1 año Lentes no desechables: 1 año de suministro	
Dispositivos ópticos	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Máximo de dispositivos ópticos por año de póliza	Un dispositivo óptico	
<p>* Nota importante: Consulte la sección sobre cuidado de la vista del <i>Certificado de cobertura</i> para obtener una explicación más detallada sobre los suministros de cuidado de la vista. En lo que respecta a la cobertura de lentes con receta en un año de póliza, este beneficio cubre lentes con receta para marcos de anteojos o lentes de contacto con receta, pero no ambos.</p>		
Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio:		
<ul style="list-style-type: none"> Marcos de anteojos, lentes y lentes de contacto sin receta con fines cosméticos. 		

Cuidado de la vista para adultos (limitado a las personas cubiertas a partir de los 19 años)		
Exámenes de la vista de rutina para adultos (incluyen exámenes de refracción) realizados por un oftalmólogo o un optometrista terapéutico que reúnen los requisitos legales, o por cualquier otro proveedor que actúe dentro del alcance de su licencia. Incluye la adaptación de lentes de contacto recetados	80 % del cargo negociado por visita	50 % del cargo reconocido por visita
Máximo de visitas por año de póliza	1 visita	
Lo siguiente no está cubierto conforme a este beneficio:		
Cuidado de la vista para adultos		
<ul style="list-style-type: none"> • Visitas al consultorio de un oftalmólogo, optometrista u óptico relacionadas con la adaptación de lentes de contacto con receta. • Marcos de anteojos, lentes y lentes de contacto sin receta con fines cosméticos. 		
Servicios y suministros para el cuidado de la vista para adultos		
<ul style="list-style-type: none"> • Suministros especiales, como anteojos de sol sin receta. • Procedimientos especiales de la vista, como ortóptica o terapia de la vista. • Exámenes de ojos realizados durante su internación en un hospital u otro centro que brinde cuidado de salud. • Exámenes de ojos para lentes de contacto o su adaptación. • Anteojos, o anteojos, lentes o armazones de repuesto o por duplicado. • Reemplazo de lentes o armazones perdidos, robados o rotos. • Pruebas de agudeza visual. • Cirugía de ojos para corregir la vista, incluida la queratotomía radial, la cirugía ocular LASIK y los procedimientos similares. • Servicios para tratar errores de refracción. 		
Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Medicamentos con receta en casos ambulatorios		
Exención de deducible por año de póliza y copago o coseguro para reducir el riesgo de cáncer de seno		
El deducible por año de póliza y el copago o coseguro por medicamentos con receta no se aplicarán a medicamentos con receta para reducir el riesgo de contraer cáncer de seno si se obtienen en una farmacia al por menor dentro de la red. Esto significa que este tipo de medicamentos con receta se cubre al 100 %.		
Exención de copago y del deducible por año de póliza para medicamentos con receta en casos ambulatorios por medicamentos con receta y sin receta para dejar de consumir tabaco		
El copago por medicamentos con receta no corresponde para los regímenes de tratamiento por año de póliza por medicamentos con receta y sin receta para dejar de consumir tabaco si se obtienen en una farmacia dentro de la red. Esto significa que este tipo de medicamentos con receta y sin receta se cubren al 100 %.		

Exención de copago por medicamentos con receta en casos ambulatorios para anticonceptivos

El copago por medicamentos con receta en casos ambulatorios no corresponde para los métodos anticonceptivos femeninos si se obtienen en una farmacia dentro de la red.

Esto significa que estos métodos anticonceptivos se cubren al 100 % en estos casos:

- Todos los medicamentos y dispositivos anticonceptivos con receta aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, incluidos los medicamentos y dispositivos anticonceptivos sin receta. Los servicios y suministros relacionados que se necesitan para administrar los dispositivos cubiertos también se cubren al 100 %.
- Un medicamento o un dispositivo con receta considerado equivalente desde el punto de vista terapéutico cuando no hay un medicamento o un dispositivo con receta disponible o el proveedor considera que no es médicamente aconsejable, cuando le hayan otorgado una excepción médica.

En el *Certificado de cobertura* se explica cómo obtener una excepción médica.

Medicamentos con receta genéricos preferidos (incluidos los medicamentos de especialidad)

Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor	Copago de \$20 por suministro; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado. No corresponde deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Un suministro de más de 30 días, pero de menos de 90, obtenido en una farmacia de órdenes por correo	Copago de \$50 por suministro; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado. No corresponde el deducible por año de póliza.	Sin cobertura

Medicamentos de marca preferidos con receta (incluidos los medicamentos de especialidad)

Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor	Copago de \$50 por suministro; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado. No corresponde el deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Un suministro de más de 30 días, pero de menos de 90, obtenido en una farmacia de órdenes por correo	Copago de \$125 por suministro; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado. No corresponde el deducible por año de póliza.	Sin cobertura

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Medicamentos con receta genéricos no preferidos (incluidos los medicamentos de especialidad)		
Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor	Copago de \$60 por suministro; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado. No corresponde el deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Un suministro de más de 30 días, pero de menos de 90, obtenido en una farmacia de órdenes por correo	Copago de \$150 por suministro; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado. No corresponde el deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Medicamentos con receta de marca no preferidos (incluidos los medicamentos de especialidad)		
Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor	Copago de \$60 por suministro; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado. No corresponde el deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Un suministro de más de 30 días, pero de menos de 90, obtenido en una farmacia de órdenes por correo	Copago de \$150 por suministro; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado. No corresponde el deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Anticonceptivos (control de la natalidad)		
Por cada suministro de hasta 12 meses de dispositivos y medicamentos genéricos y sin receta obtenido en una farmacia al por menor o de órdenes por correo	100 % del cargo negociado No corresponde deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Por cada suministro de hasta 12 meses de medicamentos de marca con receta obtenido en una farmacia al por menor o de órdenes por correo	El pago depende del tipo de medicamento de acuerdo con la lista de beneficios que aparece más arriba. 100 % del cargo negociado para los anticonceptivos de marca; no corresponde deducible por año de póliza si no hay genéricos equivalentes desde el punto de vista terapéutico.	Sin cobertura
Medicamentos anticancerígenos administrados en forma oral (por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor)	100 % del cargo negociado No corresponde deducible por año de póliza.	Sin cobertura

Medicamentos y suplementos de cuidado preventivo obtenidos en una farmacia al por menor Por cada suministro de 30 días	100 % del cargo negociado por obtener o volver a obtener un medicamento con receta. No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Medicamentos con receta para reducir el riesgo de cáncer de seno obtenidos en una farmacia Por cada suministro de 30 días	100 % del cargo negociado por obtener o volver a obtener un medicamento con receta. No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Máximos	La cobertura está sujeta a cualquier pauta sobre sexo, edad, enfermedad, historia familiar y frecuencia establecida en las recomendaciones del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.	
Medicamentos con receta y sin receta para dejar de consumir tabaco Cuidado preventivo: medicamentos con receta y sin receta para dejar de consumir tabaco obtenidos en una farmacia Por cada suministro de 30 días	100 % del cargo negociado por obtener o volver a obtener un medicamento con receta. No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Máximos	La cobertura está sujeta a cualquier pauta sobre sexo, edad, enfermedad, historia familiar y frecuencia establecida en las recomendaciones del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.	
Exclusiones de medicamentos con receta en casos ambulatorios		
Los siguientes medicamentos, servicios y productos no están cubiertos por el beneficio para medicamentos con receta en casos ambulatorios:		
<ul style="list-style-type: none"> • Sueros biológicos, salvo que se indique lo contrario en la <i>Guía de medicamentos preferidos</i>. • Fórmulas magistrales con receta que contienen productos químicos a granel que no tienen la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA) de los EE. UU., incluidas las hormonas bioidénticas compuestas. • Medicamentos o preparados que se utilizan con fines cosméticos. • Dispositivos, productos y aparatos, a excepción de aquellos que se encuentran cubiertos específicamente. • Suplementos alimenticios. • Medicamentos o medicinas: <ul style="list-style-type: none"> - Medicamentos o medicinas que no requieren receta (es decir, medicamentos sin receta), conforme a las leyes federales o estatales, aunque se extienda una receta para ellos, a excepción de lo que se indica específicamente más arriba. - Medicamentos o medicinas no aprobados por la FDA o de los que no se ha probado su seguridad o eficacia. - Medicamentos o medicinas ofrecidos con su plan médico mientras se encontraba internado en un centro de cuidado de salud. - Medicamentos o medicinas recientemente aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) de los EE. UU., pero que todavía no han sido revisados por nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica, salvo que hayamos aprobado una excepción médica. 		

- Medicamentos o medicinas que incluyen vitaminas y minerales, salvo que los recomiende el Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.
- Medicamentos o medicinas cuyo costo está cubierto por una agencia federal, estatal o gubernamental (por ejemplo, Medicaid o la Administración de Veteranos).
- Medicamentos o medicinas para aumentar el deseo sexual, que incluyen medicamentos, implantes, dispositivos o preparados para corregir o mejorar la función eréctil, mejorar la sensibilidad o alterar la forma o la apariencia de un órgano sexual.
- Medicamentos o medicinas utilizados con el propósito de subir o bajar de peso que incluyen, entre otros, estimulantes, preparados, alimentos o suplementos dietéticos, suplementos y regímenes alimenticios, alimentos o suplementos alimenticios, supresores del apetito y otros medicamentos.
- Medicamentos o medicinas que son hormonas utilizados para estimular el crecimiento y tratar la baja estatura idiopática, a menos que haya pruebas de que la persona cubierta cumple con uno o más criterios clínicos detallados en nuestras políticas clínicas[y de precertificación].
- Terapia con medicamentos duplicados (por ejemplo, dos antihistamínicos).
- Vacunas relacionadas con viajes o el trabajo.
- Esterilidad:
 - Medicamentos con receta inyectables utilizados principalmente para el tratamiento contra la esterilidad.
- Inyectables:
 - Cualquier cargo por la administración o inyección de medicamentos con receta, insulina inyectable y otros medicamentos inyectables que cubrimos.
 - Agujas y jeringas, salvo las utilizadas para la administración de insulina.
 - Cualquier medicamento que, debido a sus características, debe ser administrado o supervisado por un proveedor calificado o un profesional de la salud certificado con licencia, en un entorno ambulatorio. Esta excepción no se aplica a Depo-Provera y otros medicamentos inyectables utilizados como anticonceptivos.
- El uso no indicado en la etiqueta del medicamento, salvo para indicaciones reconocidas en la bibliografía médica revisada por pares profesionales.
- Medicamentos con receta:
 - Medicamentos con receta que se consideran preparaciones dentales orales y enjuagues con fluoruro, excepto comprimidos o gotas con fluoruro pediátricos, según se especifique en la *Guía de medicamentos [preferidos]*.
 - Medicamentos con receta obtenidos para ser utilizados por otra persona que no sea el miembro que figura en la tarjeta de identificación.
- Reemplazo de recetas perdidas o robadas.
- Agentes de control, excepto los agentes para controlar la diabetes.
- El producto de un fabricante cuando haya un suministro, equipo o medicamento igual o similar (es decir, con el mismo ingrediente activo o el mismo efecto terapéutico) en la *Guía de medicamentos preferidos*.
- Cualquier dosis o presentación de un medicamento cuando el mismo medicamento está disponible en una dosis o presentación diferente en la *Guía de medicamentos preferidos*.

La persona cubierta, una persona designada para actuar en nombre de la persona cubierta o la persona que emite las recetas de la persona cubierta pueden solicitar un proceso de excepción médica acelerado para obtener la cobertura de los medicamentos no cubiertos en circunstancias extremas. Se considera una “circunstancia extrema” cuando la persona cubierta tiene una afección de salud que puede poner en grave riesgo su vida, su salud o la capacidad de recuperarse completamente, o cuando la persona cubierta se encuentra en un tratamiento en curso con un medicamento no incluido en el *Formulario*. Si quiere solicitar una revisión urgente de una circunstancia extrema, puede comunicarse con el Departamento de Precertificación de Aetna por teléfono, al **1-855-240-0535**; por fax, al **1-877-269-9916**; o por escrito, a la siguiente dirección:

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

Reclamos por servicios recibidos fuera del país

En estos reclamos, se debe incluir la información brindada por el proveedor del servicio sobre los servicios médicos prestados y el pago realizado. Los servicios cubiertos que se reciban fuera de los Estados Unidos serán considerados servicios del nivel de beneficios fuera de la red.

Exclusiones generales

Cuidado de salud alternativo

- Servicios y suministros brindados por un proveedor de cuidado de salud alternativo. Por ejemplo: aromaterapia, naturopatía, fitoterapia, homeopatía, medicina energética, medicina de curación por la fe, medicina ayurvédica, yoga, hipnoterapia y medicina tradicional china.

Fuerzas Armadas

- Servicios y suministros recibidos de un proveedor como resultado de una lesión sufrida o de una enfermedad contraída mientras se encuentra al servicio de las Fuerzas Armadas de cualquier país. Si usted ingresa en las Fuerzas Armadas de cualquier país, reembolsaremos todas las primas prorrateadas no devengadas.

Tratamiento de salud emocional y psicológica

- Servicios para los siguientes casos, en función de las categorías, las enfermedades, los diagnósticos o los términos equivalentes según se mencionan en la última versión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)* de la Asociación Americana de Psiquiatría:
 - Servicios de educación correctiva que no son médicos ni médicamente necesarios para tratar trastornos de salud mental o trastornos por abuso de sustancias.
 - Servicios provistos junto con actividades escolares, laborales, profesionales o recreativas que no son médicamente necesarios para tratar trastornos de salud mental o trastornos por abuso de sustancias.
 - Trastornos y desviaciones sexuales, salvo los trastornos de salud mental o trastornos por abuso de sustancias que se mencionan en la última edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)* y de la *Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD)*.

Sangre, plasma sanguíneo, sangre sintética, derivados o sustitutos de la sangre

Por ejemplo:

- El suministro de sangre donada al hospital, a excepción de los factores de coagulación derivados de la sangre.
- [Cualquier servicio relacionado con sangre donada que incluya los costos de procesamiento, almacenamiento o reemplazo.]
- Los servicios de donantes de sangre (incluido usted), aféresis o plasmaféresis.
- La sangre que dona para su propio uso, excepto los costos de administración y procesamiento, además de las excepciones descritas en “Servicios de trasplantes” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos y exclusiones”.

Tratamientos con ensayos clínicos (en etapa de prueba o de investigación)

- Su plan no cubre tratamientos con ensayos clínicos (experimentales o de investigación), a excepción de lo que se indica en “Tratamientos con ensayos clínicos (experimentales o de investigación)” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos y exclusiones” del Certificado.

Trasplante de córnea o cartílago

- Trasplante de córnea (injerto de membrana amniótica en la córnea).
- Trasplante de cartílago (implante de condrocitos autólogos o aloinjerto o autoinjerto osteocondral).

Cirugía plástica y servicios cosméticos

- Cualquier tratamiento, cirugía (cosmética o plástica), servicio o suministro para modificar, mejorar o resaltar la forma o la apariencia del cuerpo. que se deban o no a motivos psicológicos o emocionales. Las lesiones que se produzcan durante tratamientos médicos no se consideran lesiones accidentales, incluso si no se han programado o anticipado.

Esta exclusión no corresponde para lo siguiente:

- Cirugía luego de una lesión accidental, si se realiza tan pronto como sea médicamente posible.
- Cobertura que puede ofrecerse mediante “Tratamiento de reasignación de género (cambio de sexo)” en la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan”.

Servicios y suministros dispuestos por orden judicial

- Incluye aquellos servicios y suministros dispuestos por una orden judicial, o aquellos requeridos como una condición para la libertad condicional, el período probatorio, la liberación o como resultado de un proceso legal, a menos que sean beneficios cubiertos según su plan.

Cuidado no médico

Servicios y suministros cuyo objetivo es ayudarlo a realizar las actividades de la vida cotidiana o satisfacer otras necesidades personales.

Por ejemplo:

- Cuidado de rutina de los pacientes, como cambiarles vendajes, darlos vuelta y ubicarlos en la cama regularmente.
- Administración de medicamentos orales.
- Cuidado de una traqueotomía estable (incluida la succión intermitente).
- Cuidado de una colostomía o una ileostomía estables.
- Cuidado de sondas de alimentación (intermitente o continua) nasogástricas, de gastrostomía o yeyunostomía estables.
- Cuidado de un catéter uretral (incluye vaciar y cambiar los contenedores, y sujetar el tubo).
- Vigilancia o protección del paciente.
- Cuidado temporal para el descanso de la familia [excepto en relación con el cuidado de hospicio], cuidado diurno de adultos (o niños) o cuidado de convalecientes.
- Cuidado institucional. Incluye habitación y comida para curas de reposo, cuidado diurno de adultos y cuidado de convalecencia.
- Ayuda para caminar, asearse, bañarse, vestirse, acostarse, levantarse, ir al baño, comer o preparar las comidas.
- Cualquier otro servicio que podría enseñarse a una persona sin capacitación médica o paramédica.
- Cualquier servicio que una persona podría brindar sin ninguna capacitación médica o paramédica.

Esta exclusión no se aplica al tratamiento de trastornos de salud mental y por abuso de sustancias que es médicamente necesario.

Cuidado dental para adultos

- Servicios dentales para adultos, por ejemplo:
 - Cuidado, relleno, extracción o reemplazo de dientes y tratamiento de lesiones o enfermedades de los dientes.
 - Servicios dentales relacionados con las encías.
 - Apicectomía (resección de la raíz dental).
 - Ortodoncia.
 - Tratamiento de conducto radicular.
 - Dientes impactados en tejido blando.
 - Alveolectomía.
 - Aumento y tratamiento de vestibuloplastia por enfermedad periodontal.
 - Dientes falsos.
 - Restauración protésica de implantes dentales.
 - Implantes dentales.

Esta excepción no incluye la extracción de dientes impactados óseos, las fracturas óseas, la extracción de tumores ni los quistes odontogénicos.

Servicios educativos

Ejemplos de estos servicios que no son médicos ni médicamente necesarios para tratar trastornos de salud mental o trastornos por abuso de sustancias:

- Cualquier servicio o suministro relacionados con servicios o pruebas de educación, capacitación o perfeccionamiento, excepto lo que se describe en “Servicios y suministros para diabéticos (incluye equipo y capacitación)” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos y exclusiones”. Esto incluye lo siguiente:
 - Educación especial.
 - Educación correctiva.
 - Capacitación laboral.
 - Programas de perfeccionamiento laboral.
- Servicios educativos, programas escolares y otros relacionados o similares.

Tratamiento o cirugía optativos

- Tratamiento o cirugía optativos, salvo que estén cubiertos específicamente conforme a la póliza del estudiante y se realicen mientras dicha póliza esté vigente.

Exámenes

Cualquier examen dental o de salud que deba realizarse por estos motivos:

- Lo solicita un tercero. Por ejemplo, exámenes para obtener o mantener un puesto de trabajo o exámenes requeridos por un contrato laboral o de otro tipo.
- Porque lo exige la ley.
- Para adquirir un seguro o para mantener una licencia.
- Para viajar.
- Para asistir a una institución educativa, a un campamento o a un evento deportivo, o para practicar un deporte o realizar otra actividad recreativa.

Cargos de un centro

Por cuidado, servicios o suministros brindados en estos lugares:

- Residencias para personas mayores.
- Centros de asistencia para realizar las actividades cotidianas.
- Instituciones similares que constituyen el principal lugar de residencia de una persona o que ofrecen principalmente cuidado no médico o de descanso.
- Centros turísticos de salud.
- Espás o sanatorios.
- Enfermerías ubicadas en escuelas, universidades o campamentos.

Delito grave

- Servicios y suministros que recibe como resultado de una lesión que sufre por la consumación de un delito grave.

Terapia celular, génica y otras terapias innovadoras (GCIT)

Los siguientes servicios de salud no cumplen con los requisitos, a menos que reciba nuestra aprobación previa por escrito:

- Todos los servicios relacionados cuando los servicios de terapia celular, génica y otras terapias innovadoras no están cubiertos. Por ejemplo, servicios de infusión, de laboratorio, de radiología, de anestesia y de enfermería.

Consulte la sección “Necesidad médica”.

Cuidado genético

- Cualquier tratamiento, dispositivo, medicamento, servicio o suministro para modificar los genes del cuerpo, la constitución genética o la expresión de los genes del cuerpo, excepto para la corrección de defectos congénitos.

Cuidado por crecimiento o estatura

- Un tratamiento, dispositivo, servicio o suministro para aumentar o disminuir la estatura o para alterar la velocidad de crecimiento.
- **Procedimientos quirúrgicos** y dispositivos para estimular el crecimiento.

Audífonos

Cualquier examen, aparato y dispositivo que se utilice para lo siguiente:

- Mejorar la audición.
- Mejorar otras formas de comunicación a fin de compensar la pérdida de la audición o dispositivos que simulan el habla.

Cirugías incidentales

- Cargos de un médico por cirugías incidentales. Son servicios médicamente innecesarios brindados durante el mismo procedimiento que una cirugía médicamente necesaria.

Sentencias o acuerdos

- Servicios y suministros para tratar una lesión o enfermedad si el pago lo realiza, según una sentencia o un acuerdo, cualquier persona considerada responsable de la lesión o enfermedad (o sus compañías de seguros).

Suministros médicos (desechables para tratamiento ambulatorio)

- Cualquier suministro o dispositivo desechable en casos ambulatorios. Por ejemplo:
 - Fundas.
 - Bolsas.
 - Prendas elásticas.
 - Medias de soporte.
 - Vendas.
 - Orinales de cama.
 - férulas.
 - Collarines.
 - Apósitos.
 - Otros dispositivos que no están destinados a ser utilizados por otro paciente.

Ciudadano extranjero

- Servicios y suministros recibidos por una **persona cubierta** (que no es ciudadana de los Estados Unidos) dentro de su país de origen, pero solo si el país de origen cuenta con un programa de medicina socializada y salvo que se encuentre cubierto según *“Servicios de cuidado de emergencia y de urgencia” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan”*.

Otro pagador primario

- Pago de una porción del cargo que **Medicare** u otra parte paga como pagador primario.

Medicamentos con receta y sin receta en casos ambulatorios

- **Medicamentos con receta** y sin receta en casos ambulatorios y otros medicamentos proporcionados por el titular de la póliza.

Artículos para el cuidado, la comodidad o la conveniencia personales

- Cualquier servicio o suministro que sea principalmente para su comodidad y conveniencia personal o la de un tercero.

Servicio privado de enfermería

Servicios de salud de la institución educativa.

- Servicios y suministros que suelen ofrecerse sin cargo a través del **titular de la póliza**:
 - **Servicios de salud de la institución educativa.**
 - Enfermería.
 - **Hospital.**
 - **Farmacia.**

Servicios y suministros que se ofrecen a través de **profesionales de la salud** que tienen la siguiente relación con el titular de la póliza:

- Son empleados.
- Son afiliados.
- Comparten un arreglo o contrato.
- De otra manera fueron designados por el **titular de la póliza.**

Servicios brindados por un miembro de la familia

- Servicios suministrados por un cónyuge, pareja doméstica, compañero civil, padre o madre, hijo, hijastro, hermano, pariente político o cualquier miembro de la familia.

Disfunción y mejora del rendimiento sexual

- Cualquier tratamiento, servicio o suministro para tratar la disfunción sexual, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual. Incluye lo siguiente:
 - Implantes, dispositivos o preparados para corregir o mejorar la función eréctil o la sensibilidad.
 - Terapia sexual, asesoramiento sexual, asesoramiento matrimonial u otros servicios de orientación o consejería.

Cirugía de los senos paranasales

- Cualquier servicio o suministro prestado por **proveedores** para realizar una cirugía de los senos paranasales que no es **médicamente necesaria**, excepto para el tratamiento de la sinusitis purulenta aguda.

Fuerza y rendimiento

- Servicios, dispositivos y suministros que no son **médicamente necesarios**, como los medicamentos o preparados para mejorar principalmente lo siguiente:
 - La fuerza.
 - El estado físico.
 - La resistencia.
 - El rendimiento físico.

Estudiantes que se especializarán en el área de salud mental

- Servicios y suministros brindados a un estudiante cubierto que se especializa en el área de salud mental y que recibe tratamiento de un proveedor como parte de su capacitación en dicha área.

Telemedicina

- Servicios prestados cuando usted no está presente en el mismo lugar que el **proveedor**.
- Estos incluyen lo siguiente:
 - Cabinas de **telemedicina**.
 - Controles o intercambios electrónicos de signos vitales (p. ej., telemedicina en Unidades de Cuidados Intensivos y para tratar el derrame cerebral).

Terapias y exámenes

- Análisis capilar.
- Hipnosis e hipnoterapia.
- Terapia de masajes, salvo cuando es un método de terapia física.
- Terapia de integración sensorial o auditiva.

Tratamiento en una entidad federal, estatal o gubernamental

- Todo cuidado en un hospital o en otro centro que pertenece a alguna entidad federal, estatal o gubernamental, o que es operado por ellas, excepto cuando la cobertura es requerida por las leyes vigentes.

El plan de seguro de salud para estudiantes nacionales de Fuller Theological Seminary está asegurado por Aetna Life Insurance Company. Aetna Student HealthSM es el nombre comercial de los productos y servicios ofrecidos por Aetna Life Insurance Company y sus filiales correspondientes (denominadas "Aetna").

Países sancionados

Si la cobertura que se ofrece mediante esta póliza no respeta o no respetará sanciones económicas o comerciales, se considerará nula inmediatamente. Por ejemplo, en las compañías de Aetna no se pueden realizar pagos de cuidado de salud o de otros reclamos o servicios en incumplimiento de un reglamento de sanciones financieras. Incluye sanciones relacionadas con una persona o país bloqueados en virtud de una sanción de los EE. UU., a menos que se permita por escrito mediante una licencia de la Oficina de Control de Bienes Extranjeros (OFAC). Para obtener más información, visite <http://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx>.

Tecnología de asistencia

Es posible que las personas que utilizan tecnología de asistencia no puedan acceder por completo a la siguiente información. Para obtener ayuda, llame al 1-877-480-4161.

Teléfono inteligente o tableta

Para ver los documentos desde un teléfono inteligente o una tableta, se necesita la aplicación gratuita WinZip. Puede estar disponible en su tienda de aplicaciones.

Aviso sobre la no discriminación

Aetna no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad.

Aetna brinda asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad y servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma primario no es el inglés.

Estos servicios incluyen los siguientes:

- Intérpretes del lenguaje de señas calificados.
- Información escrita en otros formatos (en letra grande, en audio, en formatos electrónicos accesibles, etc.).
- Intérpretes calificados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, tiene alguna pregunta sobre nuestra política de no discriminación o alguna inquietud relacionada con la discriminación de la que quisiera hablar, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación. ¿Todavía no es miembro de Aetna? Llámenos al 1-877-480-4161.

Si cree que Aetna no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede presentar una queja formal a nuestro coordinador de derechos civiles a la siguiente dirección:

- Dirección: P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de HMO: P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779)
- Correo electrónico: CRCoordinator@aetna.com

Para obtener información sobre cómo presentar una queja o queja formal al Departamento de Seguros de California o al Departamento de Atención Médica Administrada de California (para planes HMO), visite <https://www.aetna.com/individuals-families/member-rights-resources/complaints-grievances-appeals.html#california>.

También puede presentar una queja por discriminación a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en caso de que surja una inquietud de discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Para esto, siga las instrucciones que figuran en el sitio web de dicho departamento: <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>.

Declaración de asistencia lingüística

Hay servicios gratuitos de interpretación disponibles si los solicita.

Attention: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Llame al **1-877-480-4161** (TTY: **711**).

Español

Atención: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-877-480-4161** (TTY: **711**).

አማርኛ/Amháríco

ልብ ይበሉ: አማርኛ ቋንቋ የሚናገሩ ከሆኑ የትርጉም ድጋፍ ሰጪ ድርጅቶች፣ ያለምንም ክፍያ እርስዎን ለማገልገል ተዘጋጅተዋል። የሚከተለው ቁጥር ላይ ይደውሉ **1-877-480-4161** (መስማት ለተሳናቸው: **711**)።

العربية/Árabe

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-877-480-4161** (رقم الهاتف النصي: **711**).

Bàsòò Wùdù/Bassa

Dè dè nià kè dyèdè gbo: ɔ jǔ kè m̀ d̀yì Bàsòò-wùdù-po-nyò jǔ ni, niì à wuɖu kà kò d̀ò po-poò b̀é m̀ gbo kpàa.
Đà **1-877-480-4161** (TTY: **711**).

中文/Chino

注意：如果您说中文，我们可为您提供免费的语言协助服务。请致电 **1-877-480-4161** (TTY: **711**)。

فارسی/Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات زبانی رایگان به شما ارائه میگردد، با شماره **1-877-480-4161** (TTY: **711**) تماس بگیرید .

Français/Francés

Attention: Si vous parlez français, vous pouvez disposer d'une assistance gratuite dans votre langue en composant le **1-877-480-4161** (TTY: **711**).

ગુજરાતી/Guyaratí

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો ભાષાકીય સહાયતા સેવા તમને નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. કોલ કરો
1-877-480-4161 (TTY: **711**).

Kreyòl Ayisyen/Criollo haitiano

Atansyon: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-877-480-4161** (TTY: **711**).

Igbo

Nrụbama: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijirị gị. Kpọọ **1-877-480-4161** (TTY: **711**).

한국어/Coreano

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-877-480-4161** (TTY: **711**)번으로 전화해 주십시오.

Português/Portugués

Atenção: a ajuda está disponível em português por meio do número **1-877-480-4161** (TTY: **711**). Estes serviços são oferecidos gratuitamente.

Русский/Ruso

Внимание: если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Звоните по телефону **1-877-480-4161** (TTY: **711**).

Tagalo

Paunawa: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
Tumawag sa **1-877-480-4161** (TTY: **711**).

اردو/Urdu

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ (TTY: 711) - 1-877-480-4161 پر کال کریں۔

Tiếng Việt/Vietnamita

Lưu ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Gọi số **1-877-480-4161** (TTY: 711).

Yorùbá/Yoruba

Àkíyèsí: Bí o bá nsọ èdè Yorùbá, ìrànlọwọ́ lórí èdè, lófẹ́ẹ̀, wà fún ọ. Pe **1-877-480-4161** (TTY: 711).