Beneficios y planes de salud de calidad
Vida más saludable
Bienestar económico
Soluciones inteligentes

Aetna Student Health
Diseño del plan y resumen de beneficios

St. Mary's University

Año de póliza: 2020-2021
Número de póliza: 686167
stmarytx.myahpcare.com
(855) 357-0238

Esta es una breve descripción del plan de salud para estudiantes. Este plan se ofrece a los estudiantes de St. Mary's University 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 de cobertura* emitido para usted y pueden consultarse en línea, en https://stmarytx.myahpcare.com/. Si existen diferencias entre este *Resumen de beneficios* y el *Certificado de cobertura*, regirá el *Certificado*.

Para obtener información sobre la cobertura del plan, comuníquese con nosotros al 877-480-4161 o llame al número de Servicios al Cliente que figura al dorso de su tarjeta de identificación. También puede escribirnos a la siguiente dirección:

Aetna, Student Health
151 Farmington Avenue
Hartford, CT 06156

SERVICIOS DE SALUD PARA ESTUDIANTES

El personal médico del Centro de Salud para Estudiantes (SHC) brinda servicios de cuidado de salud primario de alta calidad que son rentables y accesibles para los estudiantes inscritos en St. Mary's University. Recibir los servicios de cuidado de salud a tiempo en el campus ayuda a minimizar las interrupciones académicas que pueden presentarse si los estudiantes se enferman o lesionan. El personal médico del SHC ofrece servicios en los que no se discrimina ni juzga. Respetar los derechos de privacidad y confidencialidad de cada paciente es muy importante. Mediante evaluaciones personalizadas, tratamientos y educación sobre la salud, los estudiantes aprenden a realizar elecciones beneficiosas y duraderas con respecto a su estilo de vida. El SHC cuenta con un médico y un asistente del médico. Se necesita un copago por visita y se exime el deducible. Los servicios no cubiertos con el plan de salud se cobrarán a través de la cuenta de negocios del estudiante. Si tiene el seguro de salud de St. Mary's University y recibe tratamiento por un beneficio cubierto, se generará un reclamo. Los copagos no son reembolsables.
Para obtener más información, llame a los Servicios de Salud, al (210) 436-3506, ubicado en el primer piso del Charles Francis Hall. En casos de emergencia, llame al 911 o a la policía del campus.

Períodos de cobertura

Estudiantes: La cobertura se brinda a todos los estudiantes asegurados inscritos en el plan para los períodos de cobertura aquí especificados. Esta cobertura 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.

Período de cobertura	Fecha de inicio de la cobertura	Fecha de finalización de la cobertura	Fecha límite de inscripción	Fecha límite de exención
Otoño	02/08/2020	31/12/2020	07/09/2020	07/09/2020
Primavera	01/01/2021	01/08/2021	05/02/2021	05/02/2021
Verano 1	01/06/2021	01/08/2021	04/06/2021	04/06/2021
Verano 2	06/07/2021	01/08/2021	13/07/2021	

Tarifas

Las tarifas que figuran a continuación incluyen las primas del plan asegurado por Aetna Life Insurance Company (Aetna), así como también las tarifas administrativas de St. Mary's University.

Tarifas
Estudiantes universitarios y de posgrado

	Semestre de otoño	Semestre de primavera	Verano 1	Verano 2
Estudiante	$1,168.00	$1,168.00	$396.00	$173.00
Cónyuge	$1,168.00	$1,168.00	$396.00	$173.00
Un hijo	$1,168.00	$1,168.00	$396.00	$173.00
Dos hijos o más	$2,336.00	$2,336.00	$792.00	$346.00

Cobertura para estudiantes

¿Quién cumple con los requisitos?

Se les cobrará automáticamente a todos los estudiantes registrados que viven en el campus y a todos los atletas interuniversitarios el plan de seguro de salud para estudiantes cuando se registran. Además, se les cobrará la prima en la factura de la matrícula, a menos que presenten prueba de cobertura comparable.

Todos los otros estudiantes universitarios, de posgrado y de doctorado registrados en seis (6) o más horas crédito cumplen con los requisitos para participar en el plan y pueden inscribirse en línea en stmarytx.myahpcare.com/enrollment. También pueden solicitar que se les cobre la prima con la factura de la matrícula al finalizar el período especificado en stmarytx.myahpcare.com/enrollment. Los estudiantes de posgrado que realicen su tesis o tesina y se inscriban en su último semestre cumplen con los requisitos para participar en el plan. A todos los estudiantes extranjeros registrados con visas F, J y H, incluidos aquellos con las visas J y F del programa intensivo de inglés, se les cobrará automáticamente el plan de seguro de salud para estudiantes.

Los estudiantes extranjeros pueden presentar una solicitud de exención en línea para cancelar la prima del seguro de salud de sus cuentas de negocios antes de la fecha límite.

Se deben cumplir con requisitos estrictos antes de que se brinde la exención, incluida la demostración de beneficios de evacuación médica y repatriación. Academic HealthPlans[SM] se reserva el derecho de rechazar las solicitudes de exención.

La fecha límite para la solicitud de exenciones en línea se encuentra en stmarytx.myahpcare.com/waiver. Para obtener más información, visite Gateway. Usted debe asistir activamente a clases durante por lo menos los primeros 31 días posteriores a la fecha en que su cobertura entra en vigor. Si toma cursos con las siguientes modalidades, no reúne los requisitos:

- A distancia.
- Por correspondencia.
- A través de Internet.
- Por televisión.

Si descubrimos que no cumple con este requisito, nuestra única obligación es reembolsar la prima, menos cualquier reclamo pagado.

Inscripción

Para inscribirse, ingrese en https://stmarytx.myahpcare.com/.

Si deja de asistir a la institución educativa dentro de los primeros 31 días del período de cobertura, no estará cubierto por la póliza y se le reembolsará la prima completa, menos cualquier reclamo pagado. Luego de 31 días, estará cubierto durante el período completo por el cual haya pagado la prima, y no se permitirá ningún reembolso. (Esta política de reembolso no se aplicará si usted deja de asistir a la institución educativa debido a un accidente o una enfermedad cubiertos).

Cobertura para dependientes

Requisitos de cobertura

Los estudiantes cubiertos también pueden inscribir a su cónyuge legal, pareja doméstica (del mismo sexo o del sexo opuesto) y a sus hijos dependientes hasta los 26 años.

Inscripción

Para inscribir a los dependientes de un estudiante cubierto, ingrese en https://stmarytx.myahpcare.com/.

Si desea conocer las fechas de cobertura y las fechas límite, consulte la sección “Períodos de cobertura” de este documento. No se aceptan solicitudes de inscripción de dependientes después de la fecha límite de inscripción, salvo que ocurra un cambio de vida importante que afecte directamente su cobertura de seguro. (Un ejemplo de cambio de vida importante sería la pérdida de la cobertura de salud de otro plan de salud). Puede encontrar esta forma en https://stmarytx.myahpcare.com/.

Nota importante relacionada con la cobertura de un niño recién nacido o adoptado:

Su hijo recién nacido está cubierto con el plan de salud los primeros 31 días de vida.

- Para que su hijo recién nacido siga teniendo cobertura, deberá enviarnos a nosotros (o a nuestro agente) una notificación verbal o por escrito sobre el nacimiento y pagar las contribuciones de la prima necesarias durante ese período de 31 días. Puede hacerlo verbalmente o por escrito.
- Debe inscribir a su hijo en un plazo de 31 días a partir del nacimiento, aunque la cobertura no requiera el pago de una contribución adicional para el recién nacido.
- Si no cumple con este plazo, su hijo recién nacido no tendrá beneficios de salud después de los primeros 31 días.
- Si su cobertura finaliza durante este período, la cobertura de su hijo recién nacido terminará el mismo día que la suya. Esto corresponde aunque el período de 31 días no haya finalizado.

Un niño que usted, o usted y su cónyuge o pareja doméstica, adoptan o que es colocado en adopción con usted está cubierto con su plan los primeros 31 días después de completar el proceso de adopción o colocación.

- Para que el niño siga teniendo cobertura, debemos recibir la información de inscripción completa en un plazo de 31 días a partir de la adopción o colocación en adopción.
- Debe inscribir a su hijo en un plazo de 31 días a partir de la adopción o colocación en adopción, aunque la cobertura no requiera el pago de una contribución adicional para el niño.
- Si no cumple con este plazo, el niño no tendrá beneficios de salud después de los primeros 31 días.
- Si su cobertura finaliza durante este período, la cobertura del niño adoptado o colocado en adopción terminará el mismo día que la suya. Esto corresponde aunque el período de 31 días no haya finalizado.

Si necesita más información o tiene preguntas generales sobre la inscripción de dependientes, llame a Servicios al Cliente al (877) 480-4161.

Aviso sobre los requisitos de cobertura para Medicare

Conforme a esta póliza, usted no cumple con los requisitos para la cobertura de salud si tiene Medicare en el momento de la inscripción en este plan para estudiantes.

Si obtiene Medicare luego de inscribirse en este plan para estudiantes, la cobertura de salud que se brinda en este plan no finalizará.

A los fines de esta estipulación, "tiene Medicare" significa que tiene derecho a los beneficios de la Parte A (a obtener gratis los beneficios de la Parte A) o que está inscrito en la Parte B o en la Parte A con prima.

Coordinación de beneficios

Esta estipulación sobre la coordinación de beneficios corresponde cuando una persona tiene cobertura de cuidado de salud de más de un plan. Si ese es su caso, trabajaremos con personal de los otros planes para decidir cuánto se paga con cada plan. Esto se conoce como "coordinación de beneficios".

Mediante el orden de las reglas de determinación de beneficios, se explica el orden en el que se pagará un reclamo por beneficios con cada plan. El plan que se utiliza primero para pagar los gastos es el plan primario. El pago de los beneficios de acuerdo con los términos de la póliza corre por cuenta del plan primario. El pago se realiza independientemente de la posibilidad de que con otro plan se cubran algunos de los gastos. El plan que se utiliza para pagar los gastos después del plan primario es el plan secundario. Es posible que con el plan secundario se reduzcan los beneficios que se pagan para que los pagos de todos los planes no excedan el 100 % del gasto permitido total.

Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, como el modo en que se determina cuál es el plan primario y el secundario, llame al número de Servicios al Cliente que aparece en su tarjeta de identificación. Las estipulaciones completas sobre la coordinación de beneficios se encuentran detalladas en la póliza emitida a nombre de St. Mary's University y pueden consultarse en línea, en www.aetnastudenthealth.com.

Red de proveedores

Según su plan, puede optar por recibir cuidado de los proveedores dentro o fuera de la red. Un proveedor de la red se encuentra en el directorio de su plan y brinda servicios con tarifas reducidas o negociadas, según se haya acordado con Aetna. Un proveedor fuera de la red no es un proveedor de la red, no se encuentra en el directorio del plan y no brinda servicios con tarifas reducidas o negociadas.

Aetna Student Health ofrece la amplia red de proveedores de Aetna. Si visita a proveedores de la red, puede ahorrar dinero, porque en Aetna se han 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 para obtener ayuda al número gratuito que aparece al dorso de su tarjeta de identificación. En el caso en el que haya un número inadecuado de proveedores de la red, desde Aetna se puede emitir una aprobación previa para que usted pueda obtener cuidado de un proveedor fuera de la red. El nivel de beneficios será el mismo que se brinda para el cuidado prestado por proveedores de la red.

Autorización previa

Para obtener algunos servicios de salud que cumplen con los requisitos necesita aprobación previa. La aprobación previa también se conoce como "autorización previa".

Autorización previa para servicios y suministros médicos

Cuidado dentro de la red

Su médico de la red es responsable de obtener las autorizaciones previas necesarias antes de que reciba el cuidado. Si el médico de la red no obtiene las autorizaciones previas necesarias, no le pagaremos al proveedor que le brinde el cuidado. Usted tampoco deberá pagar los servicios si el médico de la red no nos solicita la autorización previa. Si el médico de la red solicita una autorización previa y la rechazamos, podrá recibir el cuidado, pero no se pagarán los servicios con el plan. Si desea más información sobre requisitos, consulte el *Certificado de cobertura*.

Cuidado fuera de la red

Cuando visita a un proveedor fuera de la red, es su responsabilidad obtener la autorización previa para los servicios o suministros que figuran en la lista de autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que sus beneficios se reduzcan o que no se cubran con el plan. Consulte más información en la lista de beneficios. Al final de esta sección, encontrará la lista de servicios y suministros para los que se requiere autorización previa.

Llamada para obtener autorización previa

La autorización previa debe obtenerse dentro de 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:

Ingresos que no son por emergencias	Usted, su médico o el centro deberán llamar y solicitar la autorización previa, por lo menos, 3 días antes de la fecha en la que está programada su admisión.
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 haya sido admitido.
Ingreso de urgencia	Usted, su médico o el centro deberán llamar antes de la fecha en la que está programada su admisión. Un ingreso de urgencia es un ingreso en un 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 una autorización previa	Usted o su médico deben llamar, por lo menos, 3 días antes de que se brinde el cuidado ambulatorio o se programe el tratamiento o procedimiento.
Partos	Usted, su médico o el centro deben llamar dentro de las 48 horas luego de haber dado a luz o tan pronto como sea posible. No se cobrará multa durante las primeras 48 horas después del parto de rutina y 96 horas después de un parto por cesárea.

Les enviaremos a usted y a su médico una notificación por escrito sobre la decisión de la autorización previa, cuando sea requerido por ley. Si los servicios con autorización previa están aprobados, dicha aprobación tendrá validez por 30 días, siempre y cuando continúe inscrito en el plan.

Si necesita una extensión de los servicios que tienen autorización previa, usted, su médico o el centro tendrán que llamar al número que aparece en tarjeta de identificación tan pronto como sea razonablemente posible, pero antes del último día autorizado.

Si en la autorización previa se determina que la internación o los suministros y servicios ambulatorios no son beneficios cubiertos, en la notificación se explicará el motivo y de qué manera se podrá apelar nuestra decisión. Usted o su proveedor pueden solicitar que se revise la decisión de la autorización previa. Consulte la sección “Cuando no está de acuerdo: decisiones y procedimientos de apelación para los reclamos” del *Certificado de cobertura*.

¿Qué pasa si no obtiene la autorización previa requerida?

Si no obtiene la autorización previa requerida:

- Es posible que sus beneficios se reduzcan o que no se cubran con el plan. Consulte la sección "Multa por omisión de la autorización previa" de la *Lista de beneficios*.
- Usted deberá pagar el saldo impago de las facturas.
- Cualquier gasto de desembolso adicional no se tendrá en cuenta para calcular los límites máximos de desembolso o deducibles.

¿Para qué tipos de servicios y suministros se requiere autorización previa?

Se requiere autorización previa para los siguientes tipos de servicios y suministros:

Servicios y suministros para pacientes internos	Servicios y suministros ambulatorios
Servicios de tecnología de reproducción asistida	Análisis aplicado del comportamiento
Terapias genéticas y celulares, y otras terapias innovadoras	Determinados dispositivos y medicamentos con receta*
Cirugía bariátrica (para tratar la obesidad)	Imágenes complejas
Internaciones en un hospicio	Servicios integrales para la esterilidad relativa
Internaciones en un hospital	Cirugía plástica y reconstructiva
Internaciones en un centro de rehabilitación	Servicio de transporte de emergencia en avión
Internaciones en un centro residencial de tratamiento de trastornos mentales y por abuso de sustancias	Terapias genéticas y celulares, y otras terapias innovadoras
Internaciones en un centro de enfermería especializada	Cuidado de salud en el hogar
	Servicios de hospicio
	Programas ambulatorios intensivos para diagnósticos de trastornos mentales y por abuso de sustancias
	Diálisis renal
	Cirugía de rodilla
	Medicamentos inyectables (inmunoglobulinas; hormonas de crecimiento; bótox y medicamentos para la esclerosis múltiple, para la osteoporosis o para la hepatitis C)*
	Cirugía de espalda ambulatoria no realizada en el consultorio del médico
	Tratamiento de internación parcial (para diagnósticos de trastornos mentales y por abuso de sustancias)
	Pruebas psicológicas y neuropsicológicas
	Estudios del sueño
	Estimulación magnética transcraneal
	Cirugía de muñeca

** Si desea una lista actualizada de los medicamentos con receta y medicamentos inyectables que requieren autorización previa, comuníquese con Servicios al Cliente llamando al número gratuito en su tarjeta de identificación, en la sección "Cómo comunicarse con nosotros si necesita ayuda" o ingresando en el sitio web de Aetna www.aetnastudenthealth.com.*

Descripción de los beneficios

Con el plan no se cubren ciertos servicios (llamados "excepciones" en el *Certificado de cobertura*) y se limitan los montos que se pagan. 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 pueden limitar aún más lo que se paga con el plan. La descripción completa del plan está en el *Certificado de cobertura* emitido para usted. Puede consultarla en línea, en **www.aetnastudenthealth.com**. Si existen discrepancias entre este *Resumen de beneficios* y el *Certificado de cobertura*, regirá el *Certificado*.

Con este plan, los beneficios se pagan de acuerdo con las leyes de seguros vigentes en Texas.

Nivel de metal: Platinum, examinado al 86.3 %.

Deducible por año de póliza	**Cobertura dentro de la red**	**Cobertura fuera de la red**
	Debe alcanzar el deducible por año de póliza antes de que con el plan se paguen los beneficios.	
Estudiante	$500 por año de póliza	$500 por año de póliza
Cónyuge	$500 por año de póliza	$500 por año de póliza
Cada hijo	$500 por año de póliza	$500 por año de póliza
Familiar	Ninguno	Ninguno
Exención del deducible por año de póliza		
Se exime el deducible por año de póliza para los siguientes servicios de salud que cumplen con los requisitos: • Cuidado dentro de la red para cuidado preventivo y de bienestar; visitas al consultorio del médico o especialista; visitas al médico de consulta; visitas a clínicas sin cita previa; servicios en sala de emergencias del hospital; cuidado de urgencia; tratamiento ambulatorio de salud mental y tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias. • Cuidado dentro y fuera de la red en la sala de recién nacidos sanos y medicamentos con receta en casos ambulatorios.		
Límites máximos de desembolso **Límite máximo de desembolso por año de póliza**		
Estudiante	$7,350 por año de póliza	$14,700 por año de póliza
Cónyuge	$7,350 por año de póliza	$14,700 por año de póliza
Cada hijo	$7,350 por año de póliza	$14,700 por año de póliza
Familiar	$14,700 por año de póliza	$38,100 por año de póliza
Multa por omisión de la autorización previa de beneficios cubiertos		
Esto solo corresponde para la cobertura fuera de la red: El *Certificado de cobertura* incluye una descripción completa del programa de autorización previa. Consulte la información detallada sobre los requisitos para la autorización previa en la sección "Necesidad médica y requisitos para la autorización previa". En caso de no obtener la autorización previa de los servicios de salud que cumplen con los requisitos cuando corresponde, habrá las siguientes multas en los beneficios: - Multa de $500 por beneficio, por cada tipo de servicio de salud que cumpla con los requisitos. El porcentaje adicional o monto en dólares del cargo reconocido que pueda pagar como multa por omisión de la autorización previa no se considera un beneficio cubierto y no corresponde al monto de deducible del año de póliza ni al límite máximo de desembolso, si lo hubiera.		

El coseguro que se menciona en la lista de beneficios que figura a continuación refleja el coseguro del plan expresado en porcentajes. Este es el monto de coseguro que se paga con el plan. A usted le corresponde pagar la parte restante del coseguro.

Se le reembolsará el porcentaje de reembolso, el copago o el deducible para servicios prestados por un **dentista** de un proveedor dental **fuera de la red** de la misma forma que un proveedor dental **dentro de la red**, o no se le cobrará.

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	**Cobertura dentro de la red**	**Cobertura fuera de la red**
Cuidado preventivo y bienestar		
Exámenes físicos de rutina		
En el consultorio del médico	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita
Personas cubiertas a partir de los 18 años: máximo de visitas por año de póliza	1 visita	
Los siguientes servicios corresponden a exámenes físicos de rutina para personas cubiertas de 18 años o mayores: límite de edad máxima y de visitas por año de póliza Exámenes físicos de rutina para personas cubiertas de 18 años o mayores: • Aneurisma aórtico abdominal (un examen por única vez para hombres que hayan fumado alguna vez). • Exámenes para detectar abuso de alcohol y asesoramiento en un entorno de cuidado primario. • Control de la presión sanguínea. • Control del colesterol para adultos con un riesgo mayor de desarrollar enfermedad cardíaca coronaria. • Exámenes para detectar cáncer colorrectal en adultos mayores de 50 años. • Exámenes para detectar depresión en adultos cuando los apoyos para el cuidado asistidos por el personal se utilizan para asegurar un diagnóstico preciso, un tratamiento efectivo y un seguimiento. • Prueba de antígeno específico prostático. • Diabetes de tipo 2 para adultos con presión sanguínea alta. • Exámenes para detectar VIH en todos los adultos que corren mayor riesgo. • Exámenes para detectar obesidad y asesoramiento en todos los adultos. • Exámenes para detectar tabaquismo en todos los adultos e intervenciones para dejar de consumir tabaco. • Exámenes para detectar sífilis en todos los adultos que corren mayor riesgo. • Asesoramiento sobre cómo prevenir infecciones de transmisión sexual en adultos que corren mayor riesgo. • Asesoramiento sobre dietas para adultos que tienen hiperlipidemia y otros factores de riesgo conocidos que aumentan la posibilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares o enfermedades crónicas relacionadas con la dieta. • Exámenes relacionados con el uso de aspirina para prevenir principalmente las enfermedades cardiovasculares y el cáncer colorrectal, como lo recomienda el médico. Los siguientes servicios corresponden a exámenes físicos de rutina para personas cubiertas de 18 años o mayores: • Exámenes para detectar autismo. • Evaluaciones de salud emocional y psicológica. • Exámenes para detectar displasia cervical en mujeres sexualmente activas. • Exámenes para detectar hipotiroidismo congénito en recién nacidos. • Exámenes de desarrollo y evaluaciones durante la niñez.		

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red

- Exámenes para detectar dislipidemia en personas que corren mayor riesgo de desarrollar trastornos lipídicos.
- Exámenes de audición en todos los recién nacidos.
- Exámenes de hematocrito o hemoglobina.
- Exámenes para detectar hemoglobinopatías o anemia falciforme en recién nacidos.
- Exámenes para detectar VIH en adolescentes que corren mayor riesgo.
- Exámenes para detectar plomo en personas cubiertas con riesgo de exposición a este material.
- Exámenes para detectar obesidad y asesoramiento.
- Exámenes para detectar fenilcetonuria en recién nacidos.
- Prueba de tuberculina para personas cubiertas que tienen mayor riesgo de tener tuberculosis.
- Exámenes de la vista y de audición para determinar la necesidad de corrección visual y de la audición.
- Evaluaciones sobre el consumo de drogas o alcohol para adolescentes.
- Suplementos de quimioprevención con fluoruro para niños sin fluoruro en su fuente de agua.
- Medicamentos preventivos para tratar la gonorrea en los ojos de todos los recién nacidos.
- Mediciones de altura, peso e índice de masa corporal.
- Suplementos de hierro para niños cubiertos de 6 a 12 meses que corren riesgo de desarrollar anemia.
- Historia clínica durante el desarrollo.
- Evaluación de riesgos de la salud oral.
- Asesoramiento sobre cómo prevenir infecciones de transmisión sexual en adolescentes que corren mayor riesgo.
- Exámenes de detección de depresión en adolescentes.
- Control de la presión sanguínea.

Exámenes físicos de rutina para mujeres.

- Exámenes para detectar anemia realizados de forma habitual en mujeres embarazadas.
- Exámenes para detectar bacteriuria en el tracto urinario u otra infección en mujeres embarazadas.
- Asesoramiento sobre exámenes genéticos para mujeres que tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de seno.
- Mamografía para detectar cáncer de seno.
- Asesoramiento sobre la quimioprevención del cáncer de seno en mujeres que corren mayor riesgo.
- Asistencia integral para la lactancia y asesoramiento de proveedores capacitados, además de acceso a suministros para lactancia para mujeres embarazadas y que amamantan.
- Exámenes para detectar cáncer de cuello uterino en mujeres sexualmente activas.
- Prueba de PAP o examen en el que se utilizan métodos de citología de base líquida, ya sea el examen solo o junto con una evaluación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos.
- Examen ginecológico que incluye un examen pélvico rectovaginal para mujeres que corren riesgo de desarrollar cáncer de ovarios.
- Exámenes para detectar infección por clamidia en mujeres jóvenes y otras mujeres que corren mayor riesgo.
- Anticoncepción: Métodos anticonceptivos, procedimientos de esterilización y asesoramiento y educación del paciente aprobados por la FDA. No se incluyen medicamentos abortivos (para obtener más información, consulte más adelante las secciones de anticoncepción).
- Exámenes de diagnóstico para la detección temprana del cáncer de ovario, cáncer de cuello uterino y la prueba de CA-125 en sangre.
- Exámenes para detectar violencia interpersonal y doméstica, y asesoramiento para todas las mujeres.
- Suplementos de ácido fólico para mujeres que pueden quedar embarazadas.
- Exámenes para detectar diabetes gestacional en mujeres con embarazos de 24 a 28 semanas y en aquellas que corren mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad.
- Exámenes para detectar gonorrea en todas las mujeres con mayor riesgo.
- Exámenes para detectar hepatitis B en mujeres embarazadas, en la primera visita prenatal.
- Exámenes para detectar VIH y asesoramiento para mujeres sexualmente activas.

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
• Prueba de ADN para el virus del papiloma humano: pruebas de ADN para detectar el virus del papiloma humano de alto riesgo. • Exámenes para detectar osteoporosis en mujeres, según los factores de riesgo. • Exámenes para detectar incompatibilidad Rh en todas las mujeres embarazadas y exámenes de seguimiento para mujeres que tienen mayor riesgo. • Exámenes para detectar tabaquismo e intervenciones para todos las mujeres y asesoramiento ampliado para embarazadas que consumen tabaco. • Asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual para mujeres sexualmente activas. • Exámenes para detectar sífilis en todas las mujeres embarazadas u otras mujeres que corren mayor riesgo. • Visitas para mujeres sanas con el fin de obtener servicios preventivos recomendados. Los servicios de salud que cumplen con los requisitos también incluyen lo siguiente: • Artículos basados en pruebas que tengan vigente una calificación de “A” o “B” en las recomendaciones actuales del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos. • Servicios recomendados en las pautas para niños y adolescentes de la Academia Americana de Pediatría, Bright Futures y la Administración de Recursos y Servicios de Salud. • Servicios de asesoramiento y exámenes según se especifiquen en las guías completas recomendadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud. • Servicios radiológicos, pruebas de laboratorio y otras pruebas realizadas en relación con el examen. • Para recién nacidos cubiertos, un chequeo inicial en el hospital. Para obtener más información, comuníquese con su médico o con Servicios al Cliente. Ingrese en el sitio web seguro de Aetna, en www.aetnastudenthealth.com, o llame al número gratuito que aparece al dorso de su tarjeta de identificación.		
Vacunas (cuidado preventivo)		
Aplicadas en un centro o en el consultorio de un médico. Las vacunas que no se consideran de cuidado preventivo no están cubiertas según el plan, excepto por las que exige un viaje. No corresponde deducible o copago por año de póliza para niños desde el nacimiento hasta los 6 años.	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita
Máximos	Según los límites de edad y de visitas establecidos en las pautas generales respaldadas por la Academia Americana de Pediatría, en Bright Futures, las pautas para niños y adolescentes de la Administración de Recursos y Servicios de Salud. Para obtener más información, comuníquese con su médico o con Servicios al Cliente. Ingrese en el sitio web seguro para miembros de Aetna, en www.aetnastudenthealth.com, o llame al número gratuito que aparece al dorso de su tarjeta de identificación.	

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Visitas de cuidado preventivo para mujeres sanas Exámenes ginecológicos de rutina (incluidas pruebas de PAP y pruebas 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.	60 % del cargo reconocido por visita
Máximos	Según los límites de edad establecidos en las pautas generales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud. 1 prueba de PAP cada 12 meses para mujeres de 18 años o mayores. 1 examen cada 12 meses para mujeres mayores de 25 años que corren riesgo de desarrollar cáncer de ovarios. 1 examen cada 12 meses para mujeres de 18 años y mayores. Para mujeres mayores de 60 años, según los factores de riesgo.	
Servicios de asesoramiento y exámenes preventivos		
Visitas al consultorio de asesoramiento sobre obesidad y alimentación saludable	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita
Máximo de visitas por año de póliza (corresponde solo a personas cubiertas a partir de los 22 años)	26 visitas (sin embargo, según el plan, se permitirán solo 10 de estas visitas para recibir asesoramiento sobre dietas saludables en relación con la hiperlipidemia [colesterol alto] y otros factores de riesgo conocidos asociados a enfermedades cardiovasculares o enfermedades crónicas relacionadas con la dieta).	
Visitas al consultorio de asesoramiento sobre consumo indebido de drogas y alcohol	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita
Máximo de visitas por año de póliza	5 visitas	
Visitas al consultorio de asesoramiento sobre consumo de productos del tabaco	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita
Máximo de visitas por año de póliza	8 visitas	
Visitas al consultorio de asesoramiento para detectar depresión	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita
Máximo de visitas por año de póliza	1 visita	
Visitas al consultorio de asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Máximo de visitas por año de póliza	2 visitas	
Visitas al consultorio de asesoramiento sobre riesgo genético de desarrollar cáncer de seno o de ovarios	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita
Exámenes rutinarios para detectar cáncer realizados en el consultorio del médico, del especialista o en un centro		
Exámenes rutinarios para detectar cáncer	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita
Máximos	1 mamografía de dosis bajas cada 12 meses para personas cubiertas de 35 años o mayores. 1 prueba de antígeno específico prostático cada 12 meses para personas cubiertas de 50 años y mayores. 1 prueba de antígeno específico prostático cada 12 meses para personas cubiertas de 40 años y mayores con historia familiar de cáncer de próstata u otros factores de riesgo. 1 prueba de sangre oculta en materia fecal cada 12 meses para personas cubiertas de 50 años o mayores. 1 sigmoidoscopia flexible cada 5 años para personas cubiertas de 50 años o mayores. 1 colonoscopia cada 10 años para personas cubiertas de 50 años o mayores. Según las pautas relacionadas con la edad, la historia familiar y la frecuencia que se establezcan en la versión más actualizada de las siguientes publicaciones: • Artículos basados en pruebas que tengan vigente una calificación de “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. Para obtener más información, comuníquese con su médico o con Servicios al Cliente. Ingrese en el sitio web seguro para miembros de Aetna, en www.aetnastudenthealth.com, o llame al número que aparece al dorso de su tarjeta de identificación.	
Máximo de exámenes para detectar cáncer de pulmón	1 examen cada 12 meses*	
*** Nota importante:** Los exámenes para detectar cáncer de pulmón que superen el máximo establecido están cubiertos según la sección “Exámenes ambulatorios de diagnóstico”.		

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Servicios de cuidado prenatal (brindados por un médico, obstetra, ginecólogo o ginecólogo-obstetra)		
Solo servicios de cuidado preventivo	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita
Nota importante: Consulte las secciones “Cuidado de maternidad” y “Cuidado en sala de recién nacidos sanos”. Encontrará la información sobre los niveles de cobertura de cuidado de maternidad del plan.		
Servicios integrales de asesoramiento y apoyo durante la lactancia		
Visitas al centro o al consultorio de asesoramiento sobre la lactancia	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita
Máximo de visitas por año de póliza para recibir servicios de asesoramiento sobre la lactancia en un ámbito individual o grupal	6 visitas	
Nota importante: Las visitas que superen los máximos para recibir servicios de asesoramiento sobre la lactancia están cubiertas conforme a la sección “Médicos y otros profesionales de la salud”.		
Suministros y accesorios para sacaleches	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita
Nota importante: Consulte la sección “Equipo médico duradero de lactancia” en el *Certificado de cobertura* para conocer las limitaciones para sacaleches y suministros.		
Servicios de planificación familiar: anticonceptivos		
Visitas al consultorio de asesoramiento sobre anticonceptivos	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita
Máximo	Máximo de visitas por año de póliza para recibir servicios de asesoramiento sobre anticonceptivos en un ámbito individual o grupal: 2	
Anticonceptivos (dispositivos y medicamentos con receta)		
Dispositivos y medicamentos anticonceptivos con receta proporcionados, administrados o extraídos por un médico durante una visita al consultorio	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita
Esterilización voluntaria		
Servicios prestados por proveedores durante una internación	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Servicios ambulatorios de proveedores	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita
Médicos y otros profesionales de la salud		
Servicios prestados por médicos y especialistas		
Visitas al consultorio durante el horario de atención (cuidado no quirúrgico ni preventivo prestado por un médico o especialista, incluidas consultas de telemedicina y telesalud)	Copago de $25; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita. No corresponde deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita
Tratamiento y pruebas de alergias		
Pruebas de alergias realizadas en el consultorio del médico o especialista	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Inyecciones para tratar alergias aplicadas en el consultorio del médico o especialista	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Servicios quirúrgicos prestados por médicos y especialistas durante una internación		
Cirugía realizada por un cirujano durante una internación en hospital o centro de nacimientos	80 % del cargo negociado	60 % del cargo reconocido
Anestesista	80 % del cargo negociado	60 % del cargo reconocido
Asistente médico quirúrgico	80 % del cargo negociado	60 % del cargo reconocido
Servicios quirúrgicos ambulatorios prestados por médicos y especialistas		
Servicios quirúrgicos ambulatorios prestados por médicos y especialistas: cirugía ambulatoria realizada en el consultorio del médico o especialista, o en el departamento para cuidado ambulatorio de un hospital, o realizada por un cirujano en un centro quirúrgico (incluidos gastos de anestesista y asistente médico quirúrgico)	80 % del cargo negociado por visita	60 % del cargo reconocido por visita

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Servicios no quirúrgicos prestados por médicos en el hospital		
Servicios no quirúrgicos prestados por médicos en el hospital	80 % del cargo negociado	60 % del cargo reconocido
Servicios de asesoramiento (no quirúrgicos ni preventivos)		
Visitas al consultorio durante el horario de atención (cuidado no quirúrgico ni preventivo, incluidas consultas de telemedicina y telesalud)	Copago de $25; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita. No corresponde deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita
Segunda opinión quirúrgica	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Alternativas a la visita al consultorio del médico		
Visitas que no son de emergencia a clínicas sin cita previa	Copago de $25; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita. No corresponde deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita
Clínica sin cita previa		
Servicios que no son de emergencia	Copago de $25; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita. No corresponde deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita
Vacunas (cuidado preventivo)	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita
Servicios de asesoramiento y exámenes preventivos	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita
Límites para los servicios de asesoramiento y exámenes preventivos	Consulte la sección “Servicios de cuidado preventivo” en la *Lista de beneficios*.	Consulte la sección “Servicios de cuidado preventivo” en la *Lista de beneficios*.

Nota importante:
No todos los servicios de cuidado preventivo están disponibles en las clínicas sin cita previa. Todos los servicios están disponibles a través de médicos de la red.

Proveedor de la red
Es aquel proveedor de la red que figura en el directorio bajo la pestaña “Best results for your plan” (Mejores resultados para su plan) como proveedor de su plan.

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Proveedor de la red *Es aquel proveedor que figura en el directorio dentro de la pestaña "All other results" (Todos los demás resultados) como proveedor de su plan.* *Si tiene preguntas, consulte la sección "Cómo comunicarse con nosotros si necesita ayuda".* *Usted pagará un costo compartido menor cuando vaya a un proveedor en una clínica sin cita previa de la red. También puede acudir a los proveedores de las clínicas sin cita previa de la red, pero el costo compartido será de un nivel más alto para estos proveedores.*		
Cuidado en hospitales y otros centros		
Internación (habitación y comida, y otros servicios y suministros varios) Según la tarifa de habitación semiprivada, salvo en casos de requerir cuidado en Unidad de Cuidados Intensivos Habitación y comida incluidas en la Unidad de Cuidados Intensivos Para consultar los cargos de médicos, consulte el beneficio “Servicios quirúrgicos prestados por médicos y especialistas durante una internación”.	80 % del cargo negociado por ingreso	60 % del cargo reconocido por ingreso
Pruebas previas al ingreso	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Alternativas a la internación		
Cirugía ambulatoria (cargos del centro)		
Cargos del centro por cirugía realizada en el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital o en un centro quirúrgico Para averiguar los cargos de médicos, consulte el beneficio “Servicios quirúrgicos ambulatorios prestados por médicos y especialistas”.	80 % del cargo negociado por visita	60 % del cargo reconocido por visita

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Cuidado de salud en el hogar		
Ambulatorio	80 % del cargo negociado por visita	60 % del cargo reconocido por visita
Máximo de visitas por año de póliza	60	
Cuidado de hospicio		
Centro de internación (alojamiento y comida, y otros servicios y suministros varios)	80 % del cargo negociado por ingreso	60 % del cargo reconocido por ingreso
Máximo por año de póliza	Sin límite	
Ambulatorio	80 % del cargo negociado por visita	60 % del cargo reconocido por visita
Cuidado temporal para el descanso de la familia: cantidad máxima de días por período de 30 días	30	
Centro de enfermería especializada		
Centro de internación (habitación y comida, y otros servicios y suministros varios para el cuidado durante la internación) Según la tarifa de habitación semiprivada, salvo en casos de requerir cuidado en Unidad de Cuidados Intensivos Habitación y comida incluidas en la Unidad de Cuidados Intensivos	80 % del cargo negociado por ingreso	60 % del cargo reconocido por ingreso
Máximo por año de póliza	25	
Servicios de cuidado de emergencia y de urgencia		
Servicios de emergencia		
Sala de emergencias de un hospital	Copago de $200; luego, con el plan se paga el 80 % del saldo del cargo negociado por visita. No corresponde deducible por año de póliza.	Se paga igual que la cobertura dentro de la red.
Servicios de imágenes complejas, estudios de laboratorio y servicios radiológicos realizados durante una visita a la sala de emergencias del hospital	80 % del cargo negociado por visita	60 % del cargo reconocido por visita

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Pruebas de laboratorio y servicios radiológicos durante una visita a la sala de emergencias del hospital	80 % del cargo negociado por visita	60 % del cargo reconocido por visita
Cuidado que no es de emergencia en sala de emergencias del hospital	Sin cobertura	Sin cobertura

Nota importante:

- Debido a que los proveedores 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 pagar dicho monto. 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.
- Corresponde un copago o coseguro por separado por cada visita a la sala de emergencias de un hospital. Si lo ingresan en un hospital como paciente interno inmediatamente después de una visita a una sala de emergencias, se lo eximirá del copago o 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 corresponde a otros beneficios cubiertos según este plan no puede corresponder al copago o coseguro por visita a la sala de emergencias del hospital.
- Es posible que correspondan montos de copagos o coseguros separados 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. Los 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 diferentes de los copagos o coseguros por visita a la sala de emergencias del hospital.
- 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.

Cuidado de urgencia		
Cuidado médico de urgencia prestado por un proveedor de cuidado de urgencia	Copago de $50; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita. No corresponde deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita
Visita al proveedor de cuidado de urgencia para casos que no son de urgencia	Sin cobertura	Sin cobertura

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Cuidado dental pediátrico (limitado a las personas cubiertas hasta finalizar el mes en el que cumplen los 19 años) El pago o reembolso por servicios prestados por un dentista de un proveedor dental no contratado deberá ser el mismo que se otorga para los servicios prestados por un proveedor dental contratado.		
Servicios de tipo A	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible.	100 % del cargo reconocido por visita
Servicios de tipo B	50 % del cargo negociado por visita	50 % del cargo reconocido por visita
Servicios de tipo C	50 % del cargo negociado por visita	50 % del cargo reconocido por visita
Servicios de ortodoncia	50 % del cargo negociado por visita	50 % del cargo reconocido por visita
Tratamiento dental de emergencia	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Enfermedades específicas		
Centro de nacimientos (cargos del centro)		
Cuidado de internación (habitación y comida, y otros servicios y suministros varios)	Se paga al mismo nivel de costo compartido que el cuidado en hospital.	Se paga al mismo nivel de costo compartido que el cuidado en hospital.
Servicios y suministros para diabéticos (incluidos equipos y capacitación)		
Servicios y suministros para diabéticos (incluidos equipos y capacitación)	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Muelas de juicio impactadas		
Muelas de juicio impactadas	80 % del cargo negociado	80 % del cargo reconocido
Lesiones accidentales en dientes sanos y naturales		
Lesiones accidentales en dientes sanos y naturales	80 % del cargo negociado	80 % del cargo reconocido
Tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular y del trastorno craneomandibular		
Tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular y del trastorno craneomandibular	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Tratamiento dermatológico		
Tratamiento dermatológico	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Cuidado de maternidad		
Cuidado de maternidad (incluido cuidado para el parto y posparto en hospital o centro de nacimientos)	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Cuidado en sala de recién nacidos sanos en un hospital o centro de nacimientos	80 % del cargo negociado No corresponde deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido No corresponde deducible por año de póliza.
Nota: *Los montos de copago por ingreso o deducible por año de póliza para recién nacidos será eximido para los cargos de la sala de recién nacidos durante la internación inicial de rutina en el centro, si corresponde. La exención de los cargos de la sala de recién nacidos no corresponde para las internaciones en centros que no sean de rutina.*		

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Complicaciones relacionadas con el embarazo		
Complicaciones relacionadas con el embarazo	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Servicios de planificación familiar: otros		
Esterilización voluntaria masculina		
Servicios quirúrgicos prestados por médicos o especialistas durante una internación	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Servicios quirúrgicos ambulatorios prestados por médicos o especialistas	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Tratamiento de reasignación de género (cambio de sexo)		
Tratamiento quirúrgico, terapia de reemplazo hormonal y asesoramiento	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Trastornos del espectro autista		
Tratamiento de trastornos del espectro autista (incluidas visitas al consultorio del médico y especialista, diagnóstico y pruebas)	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Terapias física, ocupacional y del habla relacionadas con el diagnóstico del trastorno del espectro autista	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Análisis aplicado del comportamiento	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Servicios para niños con retrasos en el desarrollo	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Tratamiento de salud mental		
Tratamiento de salud mental con internación		
Tratamiento con internación por trastornos mentales (habitación y comida, y otros servicios y suministros varios en hospital) Tratamiento con internación en centro residencial de tratamiento por trastornos mentales (habitación y comida, y otros servicios y suministros varios del centro residencial de tratamiento)	80 % del cargo negociado por ingreso	60 % del cargo reconocido por ingreso

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Según la tarifa de habitación semiprivada, salvo en casos de requerir cuidado en Unidad de Cuidados Intensivos Habitación y comida en la Unidad de Cuidados Intensivos por trastornos mentales		
Tratamiento de salud mental ambulatorio		
Visitas al consultorio de un médico o proveedor de salud emocional y psicológica para recibir tratamiento ambulatorio por trastornos mentales (incluidas consultas de telemedicina o telesalud de terapia de salud emocional y psicológica cognitiva)	Copago de $25; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita. No corresponde deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita
Otros tratamientos ambulatorios por trastornos mentales (incluidos servicios especializados de salud emocional y psicológica en el hogar) Tratamiento con internación parcial Programa ambulatorio intensivo	80 % del cargo negociado por visita	60 % del cargo reconocido por visita
Tratamiento con internación de trastornos relacionados con el abuso de sustancias		
Desintoxicación por abuso de sustancias con internación (habitación y comida, y otros servicios y suministros varios en hospital) Rehabilitación por abuso de sustancias con internación (habitación y comida, y otros servicios y suministros varios en hospital)	80 % del cargo negociado por ingreso	60 % del cargo reconocido por ingreso

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Tratamiento en centro residencial con internación por abuso de sustancias (habitación y comida, y otros servicios y suministros varios del centro residencial de tratamiento) Según la tarifa de habitación semiprivada, salvo en casos de requerir cuidado en Unidad de Cuidados Intensivos Habitación y comida en la Unidad de Cuidados Intensivos por abuso de sustancias		
Tratamiento ambulatorio de trastornos relacionados con el abuso de sustancias: desintoxicación y rehabilitación		
Visitas al consultorio de un médico o proveedor de salud emocional y psicológica para recibir cuidado ambulatorio por abuso de sustancias (incluidas consultas de telemedicina o de telesalud de terapia de salud emocional y psicológica cognitiva)	Copago de $25; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita. No corresponde deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita
Otros servicios de cuidado ambulatorio por abuso de sustancias (incluidos servicios de cuidado de salud emocional y psicológica especializado brindados en el hogar). Tratamiento con internación parcial Programa ambulatorio intensivo	80 % del cargo negociado por visita	60 % del cargo reconocido por visita
Tratamiento bucal y maxilofacial (boca, mandíbula y dientes)	80 % del cargo negociado por visita	60 % del cargo reconocido por visita
Cirugía reconstructiva y suministros		
Cirugía reconstructiva y suministros (incluida cirugía reconstructiva de seno)	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red (centro Institute of Excellence, IOE)	Cobertura dentro de la red (centro que no es IOE)	Cobertura fuera de la red (centro que no es IOE y centro fuera de la red)
Servicios de trasplantes			
Servicios ambulatorios y de internación en centro de trasplantes	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde 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 recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.

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		
Servicios básicos para tratar la esterilidad Cuidado ambulatorio y con internación: servicios básicos	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Terapias y exámenes específicos		
Exámenes ambulatorios de diagnóstico		
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	60 % del cargo reconocido por visita
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	60 % del cargo reconocido por visita
Seguimiento de diagnóstico relacionado con exámenes de audición para recién nacidos	80 % del cargo negociado por visita	60 % del cargo reconocido por visita
Exámenes para detectar enfermedades cardiovasculares	80 % del cargo negociado por visita	60 % del cargo reconocido por visita

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Máximo de visitas por año de póliza	1 examen cada 5 meses Limitado a estas personas: Hombres de 45 años y mayores, pero menores de 76 años, y mujeres de 55 años y mayores, pero menores de 76 años.	
Quimioterapia		
Quimioterapia	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Medicamentos anticancerígenos con receta administrados por vía oral	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Terapia de infusión ambulatoria		
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 recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Radioterapia ambulatoria		
Radioterapia ambulatoria	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Terapia respiratoria ambulatoria		
Terapia respiratoria	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Transfusión o diálisis de sangre		
Transfusión o diálisis de sangre	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar a corto plazo		
Rehabilitación cardíaca	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Rehabilitación pulmonar	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Servicios de terapias de rehabilitación y habilitación a corto plazo		
Terapias física, ocupacional, cognitiva y del habla ambulatorias Servicios combinados para terapias de rehabilitación y habilitación a corto plazo	80 % del cargo negociado por visita	60 % del cargo reconocido por visita
Lesión cerebral adquirida	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Enfermedad de Alzheimer	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Servicios de quiropráctica		
Servicios de quiropráctica	80 % del cargo negociado por visita	60 % del cargo reconocido por visita
Máximo de visitas por año de póliza	35	
Evaluación y terapia para discapacidades del aprendizaje y del desarrollo		
Evaluación y terapia para discapacidades del aprendizaje y del desarrollo	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Medicamentos con receta de especialidad (adquiridos e inyectados o aplicados mediante infusión por su proveedor en un entorno ambulatorio)		
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 y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Otros servicios y suministros		
Acupuntura en lugar de anestesia	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Transporte de emergencia en ambulancia terrestre, aérea y marítima (incluido 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.
Tratamientos con ensayos clínicos (experimentales o de investigación)	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Ensayos clínicos (costos de rutina del paciente)	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Equipo médico duradero y de cirugía	80 % del cargo negociado por artículo	60 % del cargo reconocido por artículo
Fórmulas enterales y suplementos nutricionales	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Máximo por artículo	Sin límite	
Osteoporosis (cuidado no preventivo)		
Visitas al consultorio del médico o del especialista	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Dispositivos protésicos		
Prótesis craneales *(pelucas médicas)*	80 % del cargo negociado por artículo	60 % del cargo reconocido por artículo
Dispositivos protésicos	80 % del cargo negociado por artículo	60 % del cargo reconocido por artículo

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Dispositivos ortopédicos	80 % del cargo negociado por artículo	60 % del cargo reconocido por artículo
Prueba de audífonos		
Prueba de audífonos	80 % del cargo negociado por visita	60 % del cargo reconocido por visita
Audífonos, implantes cocleares y servicios relacionados		
Audífonos, implantes cocleares y servicios relacionados	80 % del cargo negociado por artículo	60 % del cargo reconocido por artículo
Máximo de audífonos por oído	1 por oído, cada 3 años	
Cantidad máxima de reemplazos de implantes cocleares, procesador del habla externo y componentes del controlador	Una vez cada 3 años	
Tratamiento de podiatría (cuidado de los pies)		
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 recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Cuidado de la vista		
Cuidado pediátrico de la vista (limitado a las personas cubiertas hasta finalizar el mes en el que cumplen los 19 años)		
Exámenes de la vista pediátricos de rutina (incluidos exámenes de refracción)		
Realizados por un oftalmólogo, optometrista, optometrista terapéutico calificados legalmente u otro proveedor que actúa dentro del alcance de su licencia	100 % del cargo negociado por visita No corresponde deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita
Máximo de visitas por año de póliza	1 visita	
Evaluaciones pediátricas integrales por vista deficiente		
Realizadas por un oftalmólogo, optometrista, optometrista terapéutico calificados legalmente u otro proveedor que actúa dentro del alcance de su licencia	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Máximo	Una evaluación integral por vista deficiente cada año de póliza	
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 visita No corresponde deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita
Máximo de marcos de anteojos por año de póliza	Un par de marcos de anteojos	

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Máximo de lentes con receta por año de póliza	Un par de lentes con receta	
Máximo de lentes de contacto con receta por año de póliza (incluidos los lentes de contacto con receta no convencionales y los lentes para afaquia con receta indicados luego de una cirugía de cataratas)	Lentes desechables para uso diario: suministro de hasta 3 meses Lentes desechables para uso extendido: suministro de hasta 6 meses Lentes no desechables: un par	
Visita al consultorio para adaptación de lentes de contacto	100 % del cargo negociado por visita No corresponde deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita
Dispositivos ópticos	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio.
Máximo de dispositivos ópticos por año de póliza	Un dispositivo óptico	
Beneficio máximo por año de póliza	$5,000	

*** Nota importante:** Consulte la sección sobre cuidado de la vista en el *Certificado de cobertura* 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, con este beneficio se cubren lentes con receta para marcos de anteojos o lentes de contacto con receta, pero no ambos.

Con la cobertura no se incluyen las visitas al consultorio para la adaptación de lentes de contacto con receta.

Medicamentos con receta en casos ambulatorios

Exención de deducible por año de póliza y copago por medicamentos para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de seno

El deducible por año de póliza y el copago por medicamentos con receta no corresponden a los medicamentos con receta para reducir el riesgo de desarrollar 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 deducible por año de póliza y copago por medicamentos con receta y sin ella para dejar de consumir tabaco

El deducible por año de póliza y el copago por medicamentos con receta no corresponden para los primeros dos regímenes de 90 días de tratamiento por año de póliza por medicamentos con receta y sin ella para dejar de consumir tabaco si se obtienen en una farmacia al por menor dentro de la red. Esto significa que este tipo de medicamentos con receta y sin ella se cubre al 100 %.

El deducible por año de póliza y cualquier copago por medicamentos con receta corresponden después de que se hayan agotado esos dos regímenes por año de póliza.

Exención de copago y deducible por año de póliza para anticonceptivos

El deducible por año de póliza y el copago por medicamentos con receta no corresponden para los métodos anticonceptivos femeninos si se obtienen en una farmacia dentro de la red.

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Esto significa que estos métodos anticonceptivos se cubren al 100 % en estos casos: • Algunos medicamentos y dispositivos anticonceptivos genéricos con receta y sin ella para los métodos reconocidos por la FDA. Los servicios y suministros relacionados que se necesitan para administrar los dispositivos cubiertos también se cubren al 100 %. • Si un medicamento con receta o un dispositivo genéricos no están disponibles para cierto método, puede obtener algunos medicamentos con receta o dispositivos de marca para ese método con cobertura del 100 %. El deducible por año de póliza y el copago por medicamentos con receta corresponde a los medicamentos con receta con un equivalente genérico, un medicamento biosimilar o una alternativa genérica disponible dentro de la misma clase terapéutica de medicamentos y que se obtienen en una farmacia de la red, a menos que se le haya otorgado una excepción médica. En el *Certificado de cobertura* se explica cómo obtener una excepción médica.		
Medicamentos con receta genéricos		
Copago o coseguro por receta		
Por cada suministro de 30 días obtenido en una farmacia al por menor	Copago de $15 por suministro; luego, con el plan se paga el 100 % del cargo negociado. No corresponde deducible por año de póliza.	Copago de $15 por suministro; luego, con el plan se paga el 60 % del cargo reconocido. No corresponde deducible por año de póliza.
Un suministro de más de 30 días, pero de menos de 91, obtenido en una farmacia de órdenes por correo	Copago de $45 por suministro; luego, con el plan se paga el 100 % del cargo negociado. No corresponde deducible por año de póliza.	Copago de $45 por suministro; luego, con el plan se paga el 60 % del cargo reconocido. No corresponde deducible por año de póliza.
Medicamentos con receta de marca preferidos		
Copago o coseguro por receta		
Por cada suministro de 30 días obtenido en una farmacia al por menor	Copago de $30 por suministro; luego, con el plan se paga el 100 % del cargo negociado. No corresponde deducible por año de póliza.	Copago de $30 por suministro; luego, con el plan se paga el 60 % del cargo reconocido. No corresponde deducible por año de póliza.
Un suministro de más de 30 días, pero de menos de 91, obtenido en una farmacia de órdenes por correo	Copago de $90 por suministro; luego, con el plan se paga el 100 % del cargo negociado. No corresponde deducible por año de póliza.	Copago de $90 por suministro; luego, con el plan se paga el 60 % del cargo reconocido. No corresponde deducible por año de póliza.
Medicamentos con receta de marca no preferidos		
Copago o coseguro por receta		
Por cada suministro de 30 días obtenido en una farmacia al por menor	Copago de $60 por suministro; luego, con el plan se paga el 100 % del cargo negociado.	Copago de $60 por suministro; luego, con el plan se paga el 60 % del cargo reconocido.

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
	No corresponde deducible por año de póliza.	No corresponde deducible por año de póliza.
Un suministro de más de 30 días, pero de menos de 91, obtenido en una farmacia de órdenes por correo	Copago de $180 por suministro; luego, con el plan se paga el 100 % del cargo negociado. No corresponde deducible por año de póliza.	Copago de $180 por suministro; luego, con el plan se paga el 60 % del cargo reconocido. No corresponde deducible por año de póliza.
Medicamentos especializados		
Por cada suministro de 30 días obtenido en una farmacia al por menor	80 % del cargo negociado No corresponde deducible por año de póliza.	80 % del cargo reconocido No corresponde deducible por año de póliza.
Medicamentos anticancerígenos con receta administrados por vía oral		
Copago o coseguro por receta		
Por cada suministro de 30 días obtenido en una farmacia al por menor	100 % del cargo negociado No corresponde deducible por año de póliza.	100 % del cargo reconocido No corresponde deducible por año de póliza.
Medicamentos y suplementos de cuidado preventivo		
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.	El pago depende del tipo de medicamento, de acuerdo con la lista de beneficios que aparece más arriba.
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. Para obtener más información sobre las pautas y la lista actualizada de medicamentos y suplementos de cuidado preventivo cubiertos, comuníquese con Servicios al Cliente. Ingrese en el sitio web seguro de Aetna, en www.aetnastudenthealth.com, o llame al número gratuito que aparece al dorso de su tarjeta de identificación.	
Medicamentos con receta para reducir el riesgo de cáncer de seno		
Medicamentos con receta para reducir el riesgo de desarrollar 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.	El pago depende del tipo de medicamento, de acuerdo con la lista de beneficios que aparece más arriba.
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. Para obtener más información sobre las pautas y la lista actualizada de medicamentos y suplementos de cuidado preventivo cubiertos, comuníquese con Servicios al Cliente. Ingrese en el sitio web seguro de Aetna, en www.aetnastudenthealth.com, o llame al número gratuito que aparece al dorso de su tarjeta de identificación.	

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Medicamentos con receta y sin ella para dejar de consumir tabaco		
Medicamentos con receta y sin ella 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.	El pago depende del tipo de medicamento, de acuerdo con la lista de beneficios que aparece más arriba.
Máximos	Se permite cobertura para dos regímenes de 90 días de tratamiento solamente. 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. Para obtener más información sobre las pautas y la lista actualizada de medicamentos con receta y sin ella cubiertos para dejar de consumir tabaco, comuníquese con Servicios al Cliente. Ingrese en el sitio web seguro de Aetna, en www.aetnastudenthealth.com, o llame al número gratuito que aparece al dorso de su tarjeta de identificación.	

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 cobertura para 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 desea solicitar una revisión urgente de una circunstancia extrema, puede comunicarse con el Departamento de Autorizaciones Previas 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

Lo que no está cubierto con el plan: excepciones y exclusiones de servicios de salud que cumplen con los requisitos

Limitaciones y exclusiones generales

Acupuntura y terapia de acupuntura en lugar de anestesia

- Tratamiento de mantenimiento.
- Acupuntura para tratar las siguientes enfermedades:
  - Dolor lumbar agudo.
  - Adicción.
  - SIDA.
  - Ambliopía.
  - Rinitis alérgica.
  - Asma.
  - Trastornos del espectro autista.

- Parálisis de Bell.
- Síndrome de boca ardiente.
- Disnea relacionada con el cáncer.
- Síndrome del túnel carpiano.
- Leucopenia inducida por quimioterapia.
- Dolor neuropático inducido por quimioterapia.
- Síndrome de dolor crónico (por ejemplo, distrofia simpática refleja, dolor fascial).
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Neuropatía periférica diabética.
- Ojo seco.
- Disfunción eréctil.
- Espasmo facial.
- Presentación fetal de nalgas.
- Fibromialgia.
- Contracturas fibróticas.
- Glaucoma.
- Hipertensión.
- Inducción del trabajo de parto.
- Esterilidad (por ejemplo, para colaborar con la recuperación de ovocitos y la transferencia de embriones durante un ciclo de tratamiento por IVF).
- Insomnio.
- Síndrome del intestino irritable.
- Calambres menstruales o dismenorrea.
- Paperas.
- Síndrome miofascial.
- Miopía.
- Dolor de cuello o espondilosis cervical.
- Obesidad.
- Neuropatías dolorosas.
- Enfermedad de Parkinson.
- Enfermedad arterial periférica (por ejemplo, claudicación intermitente).
- Dolor de un miembro fantasma.
- Síndrome de ovario poliquístico.
- Neuralgia posherpética.
- Psoriasis.
- Trastornos psiquiátricos (por ejemplo, depresión).
- Dolor por la enfermedad de Raynaud.
- Trastornos respiratorios.
- Artritis reumatoide.
- Rinitis.
- Sordera neurosensorial.
- Dolor de hombro (por ejemplo, bursitis).
- Recuperación de un derrame cerebral (por ejemplo, disfagia).
- Codo de tenista o epicondilitis.
- Cefalea tensional.
- Tinnitus.
- Tabaquismo.
- Incontinencia urinaria.
- Fibromas uterinos.
- Xerostomía.
- Lesiones por latigazo cervical.

Viajes aéreos o espaciales

- Viajar en cualquier aeronave o descender de una, incluido en ala delta, mientras la aeronave está en vuelo. Esto incluye tirarse en paracaídas, o descender con traje aéreo o con cualquier otro dispositivo similar.

  Esta exclusión no corresponde para lo siguiente:
  - Si viaja únicamente como pasajero con boleto.
  - Si viaja en un avión comercial con licencia, que no sea militar y que tenga horarios regulares programados.
  - Si viaja en un avión civil que tenga un certificado de aeronavegabilidad estándar vigente y válido emitido por la Administración de Aviación Federal.
    - El piloto de la aeronave civil tiene un certificado vigente y válido con las clasificaciones apropiadas para el tipo de vuelo y la aeronave en cuestión.
    - Es un pasajero que no tiene ninguna responsabilidad en la aeronave, que solo se utiliza para transportar pasajeros, o es piloto o miembro de la tripulación de una aeronave que pertenece al titular de la póliza o está arrendada para cumplir con obligaciones relacionadas con este.

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.

Servicios de ambulancia

- Servicios de ambulancia aérea de ala fija que no son de emergencia de un proveedor fuera de la red.
- Transporte que no es de emergencia en ambulancia, excepto que estén cubiertos según la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan" de este *Certificado de cobertura.*

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 al titular de la póliza.

Órganos artificiales

- Todo dispositivo que cumpla la función de un órgano del cuerpo.

Fuera del alcance de la autoridad legal

- Servicios y suministros brindados por un profesional de la salud u otro proveedor que actúa fuera del alcance de la autoridad legal.

Servicios por exposición a sangre y fluidos corporales

- Servicios y suministros brindados para el tratamiento de una enfermedad provocada por una lesión clínica relacionada que se cubre en otras partes de la póliza del estudiante.

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

Por ejemplo:

- El suministro de sangre al hospital, a excepción de los factores de coagulación derivados de la sangre.
- Cualquier servicio relacionado que incluya los costos de procesamiento, almacenamiento o reemplazo.
- Los servicios de donantes de sangre, aféresis o plasmaféresis.
- En el caso de donaciones autólogas o alógenas de sangre, solo están cubiertos los gastos de procesamiento y administración.

Senos

- Servicios y suministros brindados por un proveedor de ginecomastia o reducción de senos.

Tratamientos con ensayos clínicos (experimentales o de investigación)

- Con su plan no se cubren tratamientos con ensayos clínicos (experimentales o de investigación), a excepción de lo que se indica en la parte "Tratamientos con ensayos clínicos (experimentales o de investigación)" de la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan".

Tratamientos con ensayos clínicos (costos de rutina del paciente)

- Servicios y suministros relacionados con la recolección de datos y el sistema de registro, que solamente se necesita 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).
- La cobertura se limitará a los beneficios para servicios de rutina del paciente prestados dentro de la red.

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.

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 sea un **beneficio cubierto** por el plan.

Cuidado no médico

Estos son algunos ejemplos:

- 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 permanentes.
- Cuidado de gastrostomía o jejunostomía permanentes o alimentación por sonda nasogástrica (intermitente o constante).
- Cuidado de un catéter uretral (lo que incluye vaciar y cambiar los contenedores, y sujetar el tubo).
- Observación o protección.
- Cuidado temporal para el descanso de la familia, excepto aquellos relacionados con el **cuidado de hospicio**, cuidado diurno de adultos (o niños), cuidado de convalecientes o cuidado institucional. Incluye habitación y comida para curas de reposo, cuidado de día para adultos y cuidado de convalecencia.
- Ayuda para caminar, asearse, bañarse, vestirse, entrar o salir de la cama, ir al baño, comer o preparar las comidas.
- Cualquier otro servicio que una persona sin capacitación médica o paramédica pueda prepararse para realizar.
- Cualquier servicio que una persona podría brindar sin ninguna capacitación médica o paramédica.

Tratamiento dermatológico

- Procedimientos y tratamientos cosméticos.

Cuidado dental para adultos

- Servicios dentales para adultos, por ejemplo:
  - Cuidado, obturaciones, remoción o reemplazo de dientes y tratamiento de **lesiones** o enfermedades de los dientes.
  - Servicios dentales relacionados con las encías.
  - Apicoectomía (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.

  Con esta excepción no se incluyen la extracción de dientes impactados óseos, las fracturas óseas, la extracción de tumores y los quistes odontogénicos.

Equipo médico duradero

Por ejemplo:

- Piscinas de hidromasajes.
- Bombas portátiles para piscina de 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, *jacuzzi* o equipos para ejercicio físico, aun cuando sean indicados por un médico.

Servicios educativos

Estos son algunos de los servicios:

- Cualquier servicio o suministro relacionado con servicios o pruebas de educación, capacitación o perfeccionamiento, a excepción de lo que se indica en la parte “Servicios y suministros para diabéticos (incluidos equipos y capacitación)” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan”. Esto incluye lo siguiente:
  - Educación especial.
  - Educación compensatoria.
  - Programas de tratamiento en la naturaleza (sin importar si el programa forma parte de un **centro residencial de tratamiento** con licencia o una institución autorizada).
  - Capacitación laboral.
  - Programas de perfeccionamiento laboral.
- Servicios educativos, programas escolares, los relacionados o similares, incluidos programas terapéuticos dentro de un entorno escolar.

Tratamiento optativo o cirugía optativa

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

Fórmulas enterales y suplementos nutricionales

- Cualquier alimento, como fórmulas para bebés, vitaminas, vitaminas con receta, alimentos médicos y otros productos nutricionales, aun cuando sean la única fuente de nutrición, excepto lo descrito en las partes "Fórmulas enterales y suplementos nutricionales" y en "Medicamentos con receta en casos ambulatorios" de la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan".

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, exámenes requeridos por un contrato laboral o de otro tipo.
- Se requiere por 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.

Experimental o de investigación

- Los medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos experimentales o de investigación, a menos que estén cubiertos de otro modo como tratamientos con ensayos clínicos (experimentales o de investigación) o como ensayos clínicos (costos de rutina del paciente). Consulte "Otros servicios" en la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan".

Servicios de cuidado de emergencia y de urgencia

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

Cargos de un centro

- Por cuidados, servicios o suministros proporcionados en estos lugares:
- Residencias para personas mayores.
- Centros de asistencia para realizar las actividades cotidianas, excepto si tiene una lesión cerebral adquirida. Consulte la sección "Terapias y exámenes específicos".
- 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.

Servicios de planificación familiar: otros

- Servicios y suministros para la práctica de un aborto, a excepción de lo que se indica en la sección "Complicaciones relacionadas con el embarazo" y si el embarazo pone en grave peligro la vida de la mujer o puede provocarle un impedimento grave en sus funciones corporales.
- Reversión de procedimientos de esterilización voluntaria, incluido el seguimiento relacionado.
- Servicios de planificación familiar recibidos mientras se encontraba internado en un hospital u otro centro.
- Servicios que se brindan debido a complicaciones que surgen por procedimientos de esterilización masculina voluntaria y seguimiento relacionado.

Delito grave

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

Tratamiento de reasignación de género (cambio de sexo)

- Servicios y suministros cosméticos. Por ejemplo:
  - Rinoplastia.
  - Estiramiento facial.
  - Realce de labios.
  - Reducción de huesos faciales.
  - Blefaroplastia.
  - Aumento del tamaño de los senos.
  - Liposucción de cintura (contorno de silueta).
  - Reducción de la condroplastia tiroidea (nuez de Adán).
  - Eliminación de vello (incluida la electrólisis de cara y cuello).
  - Cirugía para modificar la voz (laringoplastia o acortamiento de las cuerdas vocales) y exfoliación de la piel, que se utilizan en la feminización.
  - Los implantes de mentón y nariz, y la reducción de labios, que se utilizan para inducir la masculinización, se consideran cosméticos.

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, medicamento, servicio o suministro para aumentar o disminuir la estatura o para alterar la velocidad de crecimiento.
- Procedimientos quirúrgicos, dispositivos para estimular el crecimiento y hormonas de crecimiento.

Audífonos y exámenes, a excepción de lo que se estipula en la parte "Audífonos, implantes cocleares y servicios relacionados" de la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan".

Cuidado de salud en el hogar

- Servicios para la terapia de infusión.
- Servicios de asistencia médica y enfermería a domicilio o servicios de apoyo terapéutico que se brindan fuera del hogar (por ejemplo, en la escuela, 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.

Cuidado de hospicio

- Preparativos para funerales.
- Orientación pastoral.
- Cuidado temporal para el descanso de la familia.
- 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:
  - Servicios de un cuidador o acompañante para usted o para otro miembro de la familia.
  - Transporte.
  - Mantenimiento del hogar.

Cirugías incidentales

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

Trastorno de la articulación de la mandíbula

- Tratamiento no quirúrgico de trastornos de la articulación de la mandíbula.
- El tratamiento de trastornos de la articulación de la mandíbula realizado mediante la colocación de una prótesis directamente en los dientes, servicios dentales y médicos quirúrgicos y no quirúrgicos, y servicios terapéuticos relacionados con los trastornos de dicha articulación, incluido el dolor miofacial asociado.

Esta exclusión no se aplica a los beneficios cubiertos para el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular y el trastorno craneomandibular, tal como se describe en la parte "Tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular y del trastorno craneomandibular" de la sección "Servicios de salud para los que cumple con los requisitos con su plan".

Sentencia o acuerdo

- Servicios y suministros para el tratamiento de una lesión o enfermedad en la medida en que el pago lo realice, como acuerdo o sentencia, cualquier persona considerada responsable de la lesión o enfermedad (o sus compañías de seguros).

Leyes obligatorias sin culpabilidad

- Tratamiento para una lesión si se pagan beneficios médicos conforme a cualquier cobertura para automotor sin culpabilidad estatal o si se pagan beneficios médicos a la persona asegurada conforme a cualquier otra ley obligatoria sin culpabilidad.

Cuidado de mantenimiento

- Cuidado que consiste en servicios y suministros que se brindan para mantener, más que mejorar, un nivel de función física o mental, a excepción de los servicios de terapia de habilitación que se indican en las partes "Servicios de terapia de habilitación" y "Servicios para niños con retraso en el desarrollo" de la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan".

Cuidado de maternidad

- Cualquier servicio y suministro relacionados con nacimientos en el hogar o en cualquier otro lugar que no esté autorizado para realizar partos.

Suministros médicos (desechables para tratamiento ambulatorio)

- Cualquier suministro o dispositivo desechable en casos ambulatorios. En general, estos artículos están incluidos en el costo de otros servicios y no se facturan por separado. Por ejemplo:
  - Preservativos.
  - Bolsas.
  - Prendas elásticas.
  - Medias de soporte.
  - Vendas.
  - Orinales de cama.

- Jeringas, excepto para el tratamiento de la diabetes.
- Suministros para el control de la sangre o la orina, excepto para el tratamiento de la diabetes.
- Otros kits de pruebas en el hogar.
- Férulas.
- Collarines.
- Apósitos.
- Otros dispositivos que no están destinados a ser utilizados por otro paciente.

Medicare

- Servicios y suministros disponibles de Medicare si tiene derecho a Medicare Parte A sin primas o si está inscrito en Medicare Parte B, o si no tiene este derecho o no está inscrito porque los rechazó, los abandonó o no los solicitó de la manera adecuada.

Tratamiento de trastornos relacionados con la salud mental y abuso de sustancias

- Las siguientes categorías (o términos equivalentes según se mencionan en la última edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la Asociación Americana de Psiquiatría) no están cubiertas:
  - Trastornos y desviaciones sexuales, salvo por los trastornos de identidad de género.
  - Trastornos por consumo de tabaco, a excepción de lo que se indica en la parte "Cuidado preventivo y bienestar" de la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan".
  - Ludopatía, cleptomanía y piromanía.
  - Trastornos del desarrollo de aptitudes académicas específicos (trastornos y discapacidades del aprendizaje).
  - Trastornos específicos del desarrollo de las funciones motoras.
  - Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje
  - Otros trastornos del desarrollo psicológico.

Accidente en vehículo motorizado

- Servicios y suministros ofrecidos por un proveedor para lesiones sufridas en un accidente en vehículo motorizado, pero solo cuando se pagaron los beneficios con otro seguro válido y cobrable. Esto corresponde ya sea que se realice o no un reclamo por estos beneficios.

Servicios y suministros que no son médicamente necesarios

- Servicios y suministros que no son médicamente necesarios para el diagnóstico, el cuidado o el tratamiento de una enfermedad o lesión, o para restaurar funciones fisiológicas. Esto incluye servicios de salud emocional y psicológica que no están destinados principalmente al tratamiento de una enfermedad o lesión, a la recuperación de las funciones fisiológicas o que no tienen una base fisiológica u orgánica. Esto corresponde aun en el caso de que sean indicados, recomendados o aprobados por su médico, dentista o proveedor de cuidados para la vista. Esta excepción no corresponde para el beneficio de "Cuidado preventivo y bienestar".

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.

Cirugía bariátrica (para tratar la obesidad)

- Tratamiento o medicamentos para controlar el peso, que se ofrecen para reducir o aumentar el peso corporal, controlar el peso o tratar la obesidad (incluida la obesidad mórbida), salvo según se describe en la parte "Cuidado preventivo y bienestar" de la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan". Se incluyen los servicios preventivos para exámenes de detección de obesidad e intervenciones de control de peso, independientemente de la existencia de otras enfermedades. Por ejemplo:
  - Liposucción, colocación de bandas, engrapado del estómago, derivación gástrica y otras formas de cirugía bariátrica.

- Procedimientos quirúrgicos, tratamientos médicos y programas de pérdida o control de peso cuyo propósito principal es tratar la obesidad o está relacionado con el tratamiento de la obesidad, incluida la obesidad mórbida.
- 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, membrecías en gimnasios, terapia recreativa u otras formas de hacer ejercicios o aumentar la actividad física.

Extracción de órganos

- Servicios y suministros brindados por un proveedor para extraer un órgano del cuerpo con el propósito de donarlo o venderlo, a excepción de lo que se indica en la sección "Servicios de salud para los que cumple con los requisitos con su plan". Esto no corresponde si dona un órgano a su cónyuge, pareja doméstica, pareja de unión civil, hijo, hermano, hermana, padre o madre.

Otro pagador primario

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

Terapia de infusión ambulatoria

- Los medicamentos que están incluidos en la lista de medicamentos de especialidad con receta están cubiertos con su plan de medicamentos con receta en casos ambulatorios.
- Nutrición por sonda.
- Transfusiones de sangre y productos derivados de la sangre.
- Diálisis.

Medicamentos con receta y sin ella en casos ambulatorios

- Medicamentos con receta y sin ella en casos ambulatorios y otros medicamentos que usted recibe del titular de la póliza.
- Anticonceptivos preventivos y formas de anticoncepción con **medicamentos con receta de marca** de cada uno de los métodos identificados por la FDA.
- Los medicamentos que están incluidos en la lista de medicamentos de especialidad con receta están cubiertos con su plan de medicamentos con receta en casos ambulatorios.

Cirugía ambulatoria

- Los servicios prestados por cualquier otro médico que asiste al médico que opera.
- Una internación en un hospital (este servicio se trata en la parte "Cuidado en hospitales y otros centros" de la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan").
- Un cargo del centro separado por una cirugía realizada en el consultorio del médico.
- Servicios de otro médico para la administración de anestesia local.

Cuidado dental pediátrico

- Cualquier indicación de dieta, control de placas e higiene oral.
- Tratamiento dental asincrónico.
- Servicios y suministros cosméticos, como cirugía plástica, reconstructiva y cosmética; personalización o caracterización de dentadura postiza u otros servicios y suministros cuyo fin sea mejorar, cambiar o resaltar la apariencia; aumento y vestibuloplastia; y otras sustancias para proteger, limpiar, blanquear o alterar la apariencia de los dientes (ya sea por motivos psicológicos o emocionales o no), excepto si la cobertura se especifica en la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan". Los recubrimientos de las coronas de molares y los pónticos siempre se consideran servicios cosméticos.

- Coronas, incrustaciones, sobrepuestos y carillas dentales, excepto en los siguientes casos:
  - El tratamiento se debe a caries o a una lesión traumática, y 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 y frenos dentales (que no son médicamente necesarios) protectores bucales y otros dispositivos para proteger, reemplazar o reponer dientes, cuando no son médicamente necesarios.
- Dentaduras postizas, coronas, incrustaciones, sobrepuestos, puentes u otros dispositivos o servicios utilizados con los siguientes propósitos:
  - Ferulización.
  - Alterar la dimensión vertical.
  - Restaurar la oclusión.
  - Corregir desgaste, abrasión, abfracción o 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 de la disfunción 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, excepto lo descrito en la parte "Enfermedades específicas" de la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan".
- Anestesia general y sedación intravenosa, a menos que estén específicamente cubiertos y solamente cuando se presten junto con otro servicio de salud que cumple con los requisitos.
- Tratamientos de ortodoncia, excepto lo descrito en la parte "Cuidado dental pediátrico" de la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan".
- Pónticos, coronas, restauraciones fundidas o procesadas hechas con metales altamente nobles (oro).
- Medicamentos con receta, medicación previa o analgesia (óxido nitroso).
- Reemplazo de un dispositivo perdido, desaparecido o robado, por el reemplazo de dispositivos que se han dañado por abuso, uso inadecuado o negligencia y por la adquisición de una dentadura postiza de repuesto.
- Reemplazo de dientes más allá del complemento normal de 32.
- Exámenes dentales de rutina y otros servicios y suministros preventivos, a excepción de lo específicamente dispuesto en la parte "Cuidado dental pediátrico" de la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan".
- 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.
- Tratamientos prestados por una persona que no sea proveedor de cuidado dental.

Artículos para cuidado personal, comodidad o conveniencia

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

Tratamiento de podiatría (cuidado de los pies)

- Servicios y suministros para lo siguiente:
  - Tratamiento de callos, juanetes, uñas del pie, dedos en martillo o 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 (excepto lo específicamente descrito en la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan"), soportes de arco,

plantillas para zapatos, tobilleras ortopédicas, protectores, cremas, ungüentos y otros equipos, dispositivos y suministros, a menos que sean necesarios para evitar complicaciones de la diabetes. Consulte la sección "Afecciones específicas".
- Servicios de pedicura de rutina, como el corte de uñas de rutina, cuando no hay una enfermedad o una lesión en las uñas.

Cuidado preventivo y bienestar
- Servicios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión identificada o sospechada.
- Exámenes realizados durante su internación para cuidado médico.
- Servicios no suministrados por un médico o conforme a sus indicaciones.
- Pruebas o exámenes psiquiátricos, psicológicos, de personalidad o emocionales.
- Cualquier método anticonceptivo que solamente esté revisado por la FDA, pero no cuente con su aprobación.
- Métodos o dispositivos anticonceptivos masculinos.
- Reversión de procedimientos de esterilización voluntaria, incluido el seguimiento relacionado.
- Los procedimientos de esterilización femenina voluntaria que el proveedor no haya facturado por separado o que no hayan sido el propósito principal de una internación.

Servicio privado de enfermería (ambulatorio solamente)

Dispositivos protésicos
- Servicios cubiertos conforme a 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.
- Reparación y reemplazos por pérdidas, uso indebido, maltrato o hurto.
- Dispositivos para comunicarse.
- Implantes cocleares, a excepción de lo específicamente dispuesto en las partes "Audífonos, implantes cocleares y servicios relacionados" y "Otros servicios" de la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan".

Motines
- Servicios y suministros que recibe de proveedores como resultado de una lesión que sufre por participar en un motín. Esto significa involucrarse en un motín de cualquier manera, como incitar o conspirar para hacerlo. No se incluyen las acciones en defensa propia, siempre y cuando no sean en contra de las personas que intentan restaurar la ley y el orden.

Exámenes de rutina
- Exámenes físicos de rutina, exámenes completos de ojos de rutina, exámenes dentales de rutina, exámenes de audición de rutina y otros servicios y suministros preventivos, a excepción de lo específicamente dispuesto en la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan".

Servicios de salud de la institución educativa
- Servicios y suministros que, en general, ofrecen estas entidades del titular de la póliza:
  - Servicios de salud de la institución educativa.
  - Enfermería.
  - Hospital.
  - Farmacia.

Servicios y suministros que ofrecen profesionales de la salud que tienen esta relación con el titular de la póliza:
- Son empleados.
- Están afiliados.
- Tienen un arreglo o contrato.
- De otra manera fueron designados por el titular de la póliza.

Servicios brindados por un familiar
- Servicios suministrados por un cónyuge, pareja doméstica, padre o madre, hijo, hijastro, hermano, hermana, pariente político, o cualquier miembro de la familia, excepto cuando el miembro es un dentista con licencia para brindar los servicios en el estado de Texas.

Servicios, suministros y medicamentos recibidos fuera de los Estados Unidos
- Servicios que no son de emergencia, medicamentos con receta en casos ambulatorios o suministros recibidos fuera de los Estados Unidos. No están cubiertos aunque sí tengan cobertura en los Estados Unidos con este *Certificado de cobertura*.

Disfunción y mejora del rendimiento sexual
- Cualquier tratamiento, medicamento con receta, servicio o suministro para tratar la disfunción sexual, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual, por ejemplo:
  - Cirugía, medicamentos con receta, implantes, dispositivos o preparados para corregir o mejorar la función eréctil, mejorar la sensibilidad o alterar la forma o apariencia de un órgano sexual.
  - Terapia sexual, asesoramiento sexual, asesoramiento matrimonial u otros servicios de orientación o consejería.
- No cumplen con los requisitos para que se cubran los medicamento con receta en suministros de 60 a 100 días.

Cirugía de los senos paranasales
- Cualquier servicio o suministro prestado por proveedores para realizar una cirugía de los senos paranasales, excepto para el tratamiento de la sinusitis purulenta aguda.

Apnea del sueño
- Cualquier servicio o suministro brindado por proveedores para el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño y de los trastornos del sueño.

Medicamentos con receta de especialidad
- Los medicamentos que están incluidos en la lista de medicamentos de especialidad con receta están cubiertos a través de su beneficio de medicamentos con receta en casos ambulatorios.

Fuerza y rendimiento
- Servicios, dispositivos y suministros, como los medicamentos o preparados para mejorar principalmente lo siguiente:
  - Fuerza.
  - Estado físico.
  - Resistencia.
  - Rendimiento físico.

Estudiantes del área de salud mental
- Cualquier servicio y suministro brindado a un estudiante cubierto que se especializa en el área de salud mental y que reciben tratamiento como parte de su capacitación en dicho campo.

Telemedicina y telesalud

- Servicios prestados cuando usted no está presente al mismo tiempo que el proveedor.
- Los servicios incluyen lo siguiente:
  - Llamadas telefónicas para recibir servicios de salud emocional y psicológica.
  - Cabinas de telemedicina.

Controles o intercambios electrónicos de signos vitales (por ejemplo, Tele-ICU, Tele-stroke).

Tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular y del trastorno craneomandibular

- Implantes dentales.

Terapias y exámenes

- Tomografías computarizadas de todo el cuerpo.
- Análisis capilar.
- Hipnosis e hipnoterapia.
- Terapia de masajes, salvo cuando se usa como una modalidad de terapia física.
- Terapia de integración sensorial o auditiva.

Dejar de consumir tabaco

- Cualquier tratamiento, medicamento, servicio o suministro para dejar o reducir el hábito de fumar o el consumo de productos del tabaco, o para tratar o reducir la adicción, la dependencia o las ansias asociadas a la nicotina, que incluye medicamentos, parches y goma de mascar con nicotina, a menos que estén recomendados por el Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos. Esto incluye también lo siguiente:
  - Asesoramiento, a excepción de lo específicamente dispuesto en la parte "Cuidado preventivo y bienestar" de la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan".
  - Hipnosis y otras terapias.
  - Medicamentos, a excepción de lo específicamente dispuesto en la parte "Medicamentos con receta en casos ambulatorios" de la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan".
  - Parches de nicotina.
  - Goma de mascar.

Servicios de trasplantes

- Servicios y suministros brindados a un donante cuando la persona que recibe la donación no está cubierta.
- La recolección y el 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 por una enfermedad existente.
- Gastos de viajes y alojamiento para trasplantes.

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.

Tratamiento de esterilidad

- 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:
  - 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 criopreservación de óvulos, embriones o esperma.
- Almacenamiento de óvulos, embriones o esperma.
- La descongelación de óvulos, embriones o esperma criopreservados.
- 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 es 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 esperma de hombres que no están cubiertos con este plan como parte de los servicios de tecnología de reproducción asistida.

- Equipos para detectar la ovulación en el hogar o pruebas de embarazo caseras.
- La compra de embriones, oocitos o esperma de un donante.
- Reversión de esterilización voluntaria, incluido el seguimiento.
- Inducción de la ovulación con menotropinas, 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, producto o procedimiento relacionados (como la inyección de esperma intracitoplasmática o la microcirugía de óvulos).
- Los servicios de tecnología de reproducción asistida no se ofrecen para cuidado fuera de la red.

Cuidado de la vista

Servicios y suministros para el cuidado pediátrico de la vista

- 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.

Cuidado de la vista para adultos.

- 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

Con su plan no se cubren servicios ni suministros para el cuidado de la vista para adultos, a excepción de lo que se indica en “Otros servicios” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan”.

- 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, 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.

Programas de tratamiento en la naturaleza

Consulte “Servicios educativos” de esta sección.

Enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo

- Cobertura disponible dentro de un programa de indemnización a trabajadores o similar en virtud de una ley local, estatal o federal para cualquier enfermedad o lesión relacionadas con su empleo o trabajo independiente.
- Se considerará que usted dispone de una fuente de cobertura o reembolso aun si renunció al derecho de pago por parte de esta. También es posible que tenga cobertura en virtud de una ley de indemnización a trabajadores o similar. Si usted presenta pruebas de que no tiene cubierta una enfermedad o una lesión específicas según dicha ley, la enfermedad o la lesión se considerarán no ocupacionales, independientemente de la causa.

Excepciones y exclusiones que corresponden a los medicamentos con receta en casos ambulatorios

Medicamentos para el aborto

Sueros y extractos para la alergia administrados por inyección

Cualquier servicio relacionado con el suministro, la inyección o la aplicación de un medicamento

Sueros biológicos

Procedimientos, servicios y métodos anticonceptivos, y suministros con fines anticonceptivos

- Procedimientos, servicios y métodos anticonceptivos, y suministros con fines anticonceptivos elegidos por el titular de la póliza, debido a una exención o acuerdo, conforme a las leyes o los reglamentos federales y estatales aplicables.
- Servicios que se brindan debido a complicaciones que surgen por procedimientos de esterilización voluntaria y seguimiento relacionado.

Medicamentos compuestos con receta

- Los medicamentos compuestos con receta que contienen productos químicos a granel que no tienen la aprobación de la FDA de los Estados Unidos, incluidas las hormonas bioidénticas compuestas.

Medicamentos cosméticos

- Medicamentos o preparados que se utilizan con fines cosméticos.

Dispositivos, productos y aparatos, a excepción de aquellos que se encuentran específicamente cubiertos.

Suplementos alimenticios, incluidos los alimentos médicos.

Medicamentos o medicinas

- Medicamentos o medicinas administrados o ingeridos en el momento y el lugar donde se prescriben o entregan.
- 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 específicamente dispuesto en la parte “Medicamentos con receta en casos ambulatorios” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan”.
- Medicamentos o medicinas que contienen el mismo ingrediente activo o una versión modificada de un ingrediente activo que un medicamento con receta cubierto (a menos que se apruebe una excepción médica).
- Medicamentos o medicinas que, desde el punto de vista terapéutico, son equivalentes o alternativos a un medicamento con receta cubierto, incluidos los medicamentos biosimilares (a menos que se apruebe una excepción médica).

- Medicamentos o medicinas que, desde el punto de vista terapéutico, son equivalentes o alternativos a un producto sin receta (a menos que se apruebe una excepción médica).
- Medicamentos o medicinas no aprobados por la FDA o de los que no se ha probado su seguridad y 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 FDA de los Estados Unidos, pero que aún no cuentan con la revisión del Comité de Farmacia y Terapéutica.
- Medicamentos o medicinas que incluyen vitaminas y minerales, salvo que las 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 que se utilizan para tratar la disfunción sexual, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual, incluidos 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, regímenes alimenticios y suplementos, 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 el miembro cumple con uno o más criterios clínicos detallados en nuestras políticas clínicas y de autorización previa.

Terapia con medicamentos duplicados (por ejemplo, dos antihistamínicos)

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.

Vacunas relacionadas con viajes o el trabajo

Vacunas o agentes inmunológicos

Medicamentos implantables y dispositivos relacionados, a excepción de lo específicamente dispuesto en la parte "Medicamentos con receta en casos ambulatorios" de la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan".

Esterilidad

- Medicamentos inyectables con receta utilizados principalmente para el tratamiento de la esterilidad.

Inyectables

- Cualquier cargo por administración o inyección de medicamentos con receta o insulina inyectable y otros medicamentos inyectables cubiertos por nosotros. Para obtener información sobre equipos y suministros cubiertos, consulte "Información, suministros y equipos para diabéticos" en la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan".
- Agujas y jeringas, salvo las utilizadas para la autoadministración de un medicamento inyectable.
- Cualquier medicamento que, debido a sus características de acuerdo con nuestra determinación, 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 usados como anticonceptivos.

Bombas de insulina, sondas u otros equipos y suministros auxiliares para las bombas de insulina, a excepción de lo específicamente dispuesto en la parte "Información, suministros y equipos para diabéticos" en la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan".

Medicamentos con receta

- Medicamentos con receta para los cuales exista un producto sin receta con el mismo ingrediente activo y la misma concentración, incluso si se extiende una receta.
- Medicamentos con receta presentados en dosis unitarias.
- Medicamentos con receta obtenidos antes de la fecha de entrada en vigor o después de la fecha de terminación de la cobertura con este plan.
- Medicamentos con receta obtenidos por medio de una farmacia de órdenes por correo que incluyen medicamentos con receta que no pueden enviarse por correo debido a leyes o reglamentaciones estatales o federales, o cuando se considera que el envío por correo no es seguro, según el plan. Algunos ejemplos de estos tipos de medicamentos son narcóticos, anfetaminas, anticoagulantes y sustancias controladas por la Administración para el Control de Drogas.
- Medicamentos con receta que contienen un metabolito activo, un estereoisómero, un profármaco (precursor) o una fórmula modificada de otro medicamento y no es clínicamente superior a ese medicamento, según se determina con el plan.
- Medicamentos con receta indicados por un dentista o un cirujano oral para la extracción de dientes, o medicamentos con receta para el tratamiento de una enfermedad dental.
- Medicamentos con receta que se consideran preparaciones dentales orales y enjuagues con fluoruro, excepto comprimidos o gotas con fluoruro, según se especifique en la *Guía de medicamentos preferidos*.
- Medicamentos con receta no preferidos, a menos que los medicamentos no preferidos estén específicamente cubiertos según se describe en la *Lista de beneficios*. Sin embargo, un medicamento no preferido estará cubierto si la persona autorizada para recetar considera que no hay un medicamento con receta equivalente en la *Guía de medicamentos preferidos*, que el producto en la *Guía de medicamentos preferidos* es ineficaz para tratar su enfermedad o afección, o que le ha causado o puede causarle una reacción adversa o un daño.
- Medicamentos con receta que una persona usa o de los cuales está abusando de una manera que contribuya a una adicción a una sustancia que genera dependencia; cuyo uso real o previsto sería ilegal, poco ético, imprudente, abusivo, no médicamente necesario o indebido; y medicamentos obtenidos para ser utilizados por otra persona que no sea el miembro identificado en la tarjeta de identificación.

Nuevas obtenciones de un medicamento con receta

- Las nuevas obtenciones de un medicamento con receta a más de un año desde la última fecha de emisión de la receta.

Reemplazo de recetas perdidas o robadas

Agentes de control, excepto los agentes para controlar la diabetes

Productos para dejar de consumir tabaco

- Productos para dejar de fumar, salvo que las recomiende el Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.

En caso de emergencia médica

Si tiene una enfermedad de emergencia, debe acudir a la sala de emergencias más cercana. También puede llamar al 911 o al servicio de emergencias local para solicitar asistencia médica o una ambulancia. De ser posible, llame a al médico, pero solo si la demora no perjudicará su salud.

Cuidado en horas no laborables las 24 horas, los 7 días de la semana

Llame a su médico cuando tenga preguntas o inquietudes médicas. Su médico debería tener un servicio de atención de llamadas si llama luego de que el consultorio cerró. También puede ir a un centro de cuidado de urgencia, que puede tener horarios limitados. Para encontrar un centro cerca de su hogar, ingrese en https://myaetna.com y busque la lista de médicos y otros proveedores del cuidado de la salud. Consulte los documentos de su plan para saber cuánto debe pagar por los servicios de cuidado de urgencia.

Servicios y beneficios fuera del área

Es posible que no tenga acceso a un proveedor de la red cuando se encuentre de viaje fuera del área de servicio del plan. Si necesita recibir servicios o suministros médicamente necesarios en esta situación, recibirá un reembolso de acuerdo con la tabla que aparece más abajo.

Tipo de proveedor	Su costo compartido
Proveedor de la red	• Usted paga el copago o el coseguro.
Proveedor fuera de la red	• Usted paga a la farmacia directamente el costo del medicamento con receta. Luego, completa una forma de reembolso del medicamento con receta y nos la envía, junto con todos los recibos detallados de la farmacia. • La presentación de un reclamo no es garantía de pago. Si su reclamo se aprueba, usted recibirá un reembolso por el costo del medicamento con receta menos el copago o el coseguro.

Cómo conservar a un proveedor al que acude actualmente (continuidad del cuidado)

Es posible que deba buscar a un nuevo proveedor en los siguientes casos:

- Usted se inscribe en el plan, y el proveedor al que acude actualmente no forma parte de la red.
- Usted ya está cubierto por otro plan de Aetna, y su proveedor deja de ser parte de nuestra red.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda seguir viendo al proveedor actual para completar un tratamiento o recibir un tratamiento que ya estaba programado. Esto se denomina “continuidad del cuidado”.

	Si usted se inscribió recientemente y su proveedor no forma parte de la red	Si usted ya estaba inscrito y su proveedor deja de participar en Aetna
Solicitud de aprobación	Debe completar una forma de solicitud de cobertura de transición y enviárnosla. También puede obtener esta forma llamando a Servicios al Cliente al número gratuito que figura al dorso de su tarjeta de identificación.	Usted o su proveedor deben comunicarse con Aetna para obtener la aprobación de la continuidad del cuidado.
Duración del período de transición	El cuidado se seguirá brindando durante un período de transición, que suele ser de 90 días, pero esto puede variar según la situación.	El cuidado se seguirá brindando durante un período de transición, que suele ser de 90 días. Este período se basa en la fecha en que el proveedor dejó de participar en Aetna.

	Si tiene una enfermedad terminal y su proveedor deja de participar en Aetna
Solicitud de aprobación	Su proveedor debe comunicarse con nosotros para obtener la aprobación de la continuidad del cuidado. Si quiere más información sobre la continuidad del cuidado, puede llamar a Servicios al Cliente al número gratuito que figura al dorso de su tarjeta de identificación.

	Si usted se inscribió recientemente y su proveedor no forma parte de la red	Si usted ya estaba inscrito y su proveedor deja de participar en Aetna
Duración del período de transición	El cuidado continuará durante el período de transición de hasta nueve (9) meses. Este período se basa en la fecha en que el proveedor dejó de participar en Aetna.	
Cómo se paga un reclamo	Su reclamo se pagará con un monto no inferior al cargo negociado durante el período de transición.	

	Si está embarazada, se encuentra en el segundo trimestre y su proveedor deja de participar en Aetna
Solicitud de aprobación	Su proveedor debe comunicarse con nosotros para obtener la aprobación de la continuidad del cuidado. Si quiere más información sobre la continuidad del cuidado, puede llamar a Servicios al Cliente al número gratuito que figura al dorso de su tarjeta de identificación.
Duración del período de transición	El cuidado continuará durante un período de transición que comprende el parto y el tiempo necesario para recibir el cuidado posparto directamente relacionado con el parto. Esto incluye un chequeo posparto durante seis semanas.
Cómo se paga un reclamo	Su reclamo se pagará con un monto no inferior al cargo negociado durante el período de transición.

Autorizaremos la cobertura durante el período de transición solo si el proveedor acepta nuestros términos y condiciones habituales para los proveedores con contrato.

Quejas y apelaciones

Si usted no está satisfecho con el servicio que recibe con el plan o si desea quejarse de algún proveedor de cuidado preferido, puede llamar a Servicios al Cliente al número que aparece en su tarjeta de identificación o puede escribir a Aetna a la siguiente dirección:

Aetna Life Insurance Company
Appeals Resolution Team
PO Box 14464
Lexington, KY 40512

La queja debe incluir una descripción detallada del asunto. Además, junto con esta, debe presentar copias de los registros o documentos que usted considere importantes para el caso. Usted puede presentar una apelación si Aetna lo notifica de una determinación adversa de beneficios. El aviso final de determinación adversa de beneficios también ofrecerá la opción de solicitar una revisión externa, en caso de estar disponible.

Para obtener más información sobre el procedimiento de quejas y apelaciones o sobre el proceso de revisión externa, llame al número de Servicios al Cliente que figura en su tarjeta de identificación. La descripción completa sobre estos procedimientos y procesos se encuentra detallada en la póliza de grupo o en el *Certificado de cobertura* emitido a ST. Mary's University y puede consultarse en línea, en www.aetnastudenthealth.com.

Directorio

La lista de los proveedores de la red para su plan, que incluye una descripción completa de las redes de los proveedores e indica cuáles son los planes de PPO que no aceptarán pacientes nuevos aparece en www.aetnastudenthealth.com debajo de la solapa DocFind®. Cuando busque en DocFind®, asegúrese de estar buscando los proveedores que participan en su plan en particular. Es posible que los proveedores de la red solo se tengan en cuenta para ciertos planes de Aetna. Cuando busque proveedores dentales de la red, asegúrese de estar buscando en el plan dental pediátrico. Si usted lo

solicita, le enviaremos una versión no electrónica del directorio sin ningún costo. Comuníquese con nosotros al 877-480-4161 o llame a Servicios al Cliente al número que aparece al dorso de su tarjeta de identificación. También puede escribirnos a la siguiente dirección:

Aetna, Student Health
151 Farmington Avenue
Hartford, CT 06156

Obtenga información sobre los datos demográficos de la red y los planes de acceso del mercado local

Anualmente brindamos información y datos del plan de salud al Departamento de Seguros de Texas para ayudar con la evaluación de la adecuación de nuestras redes. Si una exención o un plan de acceso de un mercado local corresponde a servicios en centros, medicina interna, práctica general, medicina familiar, práctica pediátrica, obstetricia y ginecología, anestesiología, psiquiatría y servicios de cirugía general, puede ver la información del plan en nuestro sitio web, **http://www.aetna.com/dse/cms/codeAssets/html/Texas_Network_Adequacy.html**.

Si no tiene acceso a Internet o prefiere una copia impresa de los resultados, comuníquese con nosotros al 877-480-4161 o llame a Servicios al Cliente al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación.

Aviso sobre el Departamento de Seguros de Texas

Tiene derecho a acceder a una red de proveedores preferidos adecuada (también conocida como "proveedores de la red"). Si cree que la red no es adecuada, puede presentar una queja al Departamento de Seguros de Texas. Si usted cree que recibió información esencialmente inexacta en el directorio, puede tener derecho a recibir el pago de un reclamo fuera de la red al nivel de porcentaje de reembolso de uno dentro de la red. Sus gastos de desembolso se tendrán en cuenta para calcular el desembolso máximo y el deducible dentro de la red. Tiene derecho, en la mayoría de los casos, a obtener estimaciones por adelantado:

- De proveedores fuera de la red sobre lo que cobrarán por sus servicios.
- De su compañía de seguros sobre lo que pagarán por los servicios.

Si quiere ayuda para encontrar proveedores preferidos disponibles, puede obtener una copia del directorio actual en el siguiente sitio web: **www.aetna.com/docfind**. También puede llamar al número que figura en su tarjeta de identificación de Aetna (si aun no está inscrito, llame a **1-888-982-3862**). Si el directorio es esencialmente inexacto, puede tener derecho a recibir el pago de un reclamo fuera de la red al nivel de los beneficios dentro de la red. Si visita a un proveedor o un hospital no preferidos, es posible que le facturen cualquier gasto que no se pague con la compañía de seguros.

Si el monto que le debe a un radiólogo, anestesiólogo, patólogo, médico del departamento de emergencias, auxiliar quirúrgico o neonatólogo fuera de la red del hospital es mayor a $500 (sin incluir sus responsabilidades relacionadas con el copago, coseguro y deducible) por servicios recibidos en un hospital de la red, puede tener derecho a que las partes realicen una teleconferencia. Si no está satisfecho con el resultado, se les puede solicitar una mediación obligatoria sin cargo.

Puede obtener más información sobre la mediación en el sitio web del Departamento de Seguros de Texas, **www.tdi.texas.gov/consumer/cpmmediation.html**.

El plan de seguro de salud para estudiantes de St. Mary's University está asegurado por Aetna Life Insurance Company. Aetna Student Health℠ 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 puede realizar pagos de cuidado de salud o de otros reclamos o servicios en incumplimiento de un reglamento de sanciones financieras. Esto 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. Si necesita asistencia, llame sin cargo al número que figura en su tarjeta de identificación.

Teléfono inteligente o tableta

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

No discriminación

En Aetna se cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no se discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Tampoco se excluye a las personas ni se las trata de forma diferente por los motivos antes mencionados.

En Aetna brindamos lo siguiente:

• Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como los siguientes:

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

• Servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nuestro coordinador de derechos civiles.

Si cree que en Aetna no se brindaron estos servicios o se ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a la siguiente dirección: Civil Rights Coordinator, PO Box 14462, Lexington, KY 40512; 1-800-648-7817, TTY: 711; fax: 859-425-3379; CRCoordinator@aetna.com. Puede presentar una queja formal en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, nuestro coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo. También puede

presentar una queja en el portal correspondiente de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf. Además, puede hacerlo por correo postal 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).

Las formas de quejas se encuentran disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company, los planes de Coventry Health Care y sus filiales.

TTY:711

English	To access language services at no cost to you, call the number on your ID card.
Albanian	Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi në numrin që gjendet në kartën tuaj të identitetit.
Amharic	የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በመታወቂያዎት ላይ ያለውን ቁጥር ይደውሉ፡ ፡
Arabic	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على بطاقة اشتراكك.
Armenian	Ձեր նախընտրած լեզվով ավվճար խորհրդատվություն ստանալու համար զանգահարեք ձեր բժշկական ապահովագրության քարտի վրա նշված հէրախոսահամարով
Bantu-Kirundi	Kugira uronke serivisi z'indimi ata kiguzi, hamagara inomero iri ku karangamuntu kawe
Bengali	আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পরিষেবা পেতে হলে আপনার পরিচয়পত্রে দেওয়া নম্বরে টেলিফোন করুন।
Burmese	သင့်အနေဖြင့် အခကြေးငွေ မပေးရပဲ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိနိုင်ရန်၊ သင့် ID ကတ်ပေါ်တွင်ရှိသော ဖုန်းနံပတ်အား ခေါ်ဆိုပါ။
Catalan	Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per a vostè, telefoni al número indicat a la seva targeta d'identificació.
Cebuano	Aron maakses ang mga serbisyo sa lengguwahe nga wala kay bayran, tawagi ang numero nga anaa sa imong kard sa ID.
Chamorro	Para un hago' i setbision lengguåhi ni dibåtde para hågu, ågang i numiru gi iyo-mu kard aidentifikasion.
Cherokee	ᏩᎩᏍᏗ ᎦᏬᏂᎯᏍᏗ ᎢᏳᎾᎵᏍᏔᏅᎢ Ꮭ ᎪᎱᏍᏗ ᏗᏣᎬᏩᎶᏗ ᎨᎩ, ᏫᏘᎯᏓᏔᏅᏍ ᎾᏍᎩ ᏗᏎᏍᏗ ᏥᏕᎪᏪᎵ ᎤᎾᎢ ID ᏆᏂᏲᏍᏗ ᏣᏤᎵᎢ.
Chinese Traditional	如欲使用免費語言服務，請撥打您健康保險卡上所列的電話號碼
Choctaw	Anumpa tosholi i toksvli ya peh pilla ho ish i payahinla kvt chi holisso kallo iskitini holhtena takanli ma i payah
Chuukese	Ren omw kopwe angei aninisin eman chon awewei (ese kamé), kopwe kééri ewe nampa mei mak won noum ena katen ID
Cushitic-Oromo	Tajaajiiloota afaanii gatii bilisaa ati argaachuuf,lakkoofsa fuula waraaqaa eenyummaa (ID) kee irraa jiruun bilbili.
Dutch	Voor gratis taaldiensten, bel het nummer op uw ziekteverzekeringskaart.
French	Pour accéder gratuitement aux services linguistiques, veuillez composer le numéro indiqué sur votre carte d'assurance santé.
French Creole (Haitian)	Pou ou jwenn sèvis gratis nan lang ou, rele nimewo telefòn ki sou kat idantifikasyon asirans sante ou.
German	Um auf den für Sie kostenlosen Sprachservice auf Deutsch zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrer ID-Karte an.
Greek	Για πρόσβαση στις υπηρεσίες γλώσσας χωρίς χρέωση, καλέστε τον αριθμό στην κάρτα ασφάλισής σας.
Gujarati	તમારે કોઇ પણ જાતના ખર્ચ વિના ભાષા સેવાઓ મેળવવા માટે, તમારા આઇડી કાર્ડ પર રહેલ નંબર પર કૉલ કરવો.

Hawaiian	No ka wala‘au ‘ana me ka lawelawe ‘ōlelo e kahea aku i ka helu kelepona ma kāu kāleka ID. Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei.
Hindi	बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिए नंबर पर कॉल करें।
Hmong	Yuav kom tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu tus naj npawb ntawm koj daim npav ID.
Igbo	Inweta enyemaka asụsụ na akwughi ụgwọ obụla, kpọọ nọmba nọ na kaadi njirimara gị
Ilocano	Tapno maakses dagiti serbisio ti pagsasao nga awanan ti bayadna, awagan ti numero nga adda ayan ti ID kardmo.
Indonesian	Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, silakan hubungi nomor telepon di kartu asuransi Anda.
Italian	Per accedere ai servizi linguistici senza alcun costo per lei, chiami il numero sulla tessera identificativa.
Japanese	無料の言語サービスは、IDカードにある番号にお電話ください。
Karen	လၢတၢ်ကမၤန္ၢ်ကျိာ်တၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖဉ် လၢတအိဉ်ဒီးအပှၤလၢနကဘဉ်ဟ့ဉ်အီၤအဂီၢ်,ကိးဘဉ်လီတဲစိနီဉ်ဂ်ၢ်လၢအအိဉ်လၢနခိဉ်ဂီၤ (ID) အလိၤန္ဉ်တက့ၢ်.
Korean	무료 다국어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa	I nyuu kosna mahola ni language services ngui nsaa wogui wo, sebel i nsinga i ye ntilga i kat yong matibla
Kurdish	بۆ دەستپێڕاگەیشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەبێ تێچوون بۆ تۆ، پەیوەندی بکە بە ژمارەی سەر ئای دی(ID) کارتی خۆت.
Lao	ເພື່ອເຂົ້າເຖິງບໍລິການພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າ, ໃຫ້ໂທຫາເບີໂທຢູ່ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.
Marathi	आपल्याला कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवांपर्यंत पोहोचण्यासाठी, आपल्या ID कार्डावरील क्रमांकावर फोन करा.
Marshallese	Ṇan bōk jipañ kōn kajin ilo an ejjeḷọk wōṇean ñan kwe, kwōn kallok nōṃba eo ilo kaat in ID eo aṃ.
Micronesian-Ponapean	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih nempe nan amhw doaropwe en ID.
Mon-Khmer, Cambodian	ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដែលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខដែលមាននៅលើបណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក។
Navajo	T’áá ni nizaad k’ehjí bee níká a’doowoł doo bą́ą́h ílínígóó naaltsoos bee atah nílı́įgo nanitinígíí bee néého’dólzinígíí béésh bee hane’í biká’ígíí áajį’ hólne’.
Nepali	भाषासम्बन्धी सेवाहरूमाथि निःशुल्क पहुँच राख्न आफ्नो कार्डमा रहेको नम्बरमा कल गर्नुहोस्।
Nilotic-Dinka	Të kɔɔr yïn ran de wëër de thokic ke cïn wëu kɔr keek tënɔŋ yïn. Ke yïn cɔl ran ye kɔc kuɔny në namba de abac tɔ në ID kard duɔ̈n de tïït de nyin de panakim kɔ̈u.
Norwegian	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring nummeret på ID-kortet ditt.

Pennsylvanian-Dutch	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff die Nummer uff dei ID Kaart.
Persian Farsi	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید.
Polish	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych, należy zadzwonić pod numer podany na karcie identyfikacyjnej.
Portuguese	Para aceder aos serviços linguísticos gratuitamente, ligue para o número indicado no seu cartão de identificação.
Punjabi	ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਪੰਜਾਬੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ‘ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।
Romanian	Pentru a accesa gratuit serviciile de limbă, apelați numărul de pe cardul de membru.
Russian	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону, приведенному на вашей идентификационной карте.
Samoan	Mō le mauaina o 'au'aunaga tau gagana e aunoa ma se totogi, vala'au le numera i luga o lau pepa ID.
Serbo-Croatian	Za besplatne prevodilačke usluge pozovite broj naveden na Vašoj identifikacionoj kartici.
Spanish	Para acceder a los servicios lingüísticos sin costo alguno, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.
Sudanic Fulfulde	Heeɓa a naasta nder ekkitol jaangirde woldeji walla yobugo, ewnu lamba je ɗon windi ha do ɗerowol maaɗa.
Swahili	Kupata huduma za lugha bila malipo kwako, piga nambari iliyo kwenye kadi yako ya kitambulisho.
Syriac-Assyrian	ܟܝ ܡܣܩܬܐ ܬܠܘܢ ܒܠ ܝܠܦܢ̈ܬܐ ܕܡܫܢܝܐ ܒܠܫܢܐ ܡܫܡܫܢܘܬܐ، ܡܙܡܢܘܢ ܡܢܝܢܐ ܒܠ ܦܬܩܐ ܕܡܫܬܘܕܥܢܘܬܐ ܕܝܠܘܟܘܢ.
Tagalog	Upang ma-access ang mga serbisyo sa wika nang walang bayad, tawagan ang numero sa iyong ID card.
Telugu	భాష సేవలను మీకు ఖర్చు లేకుండా అందుకునేందుకు, మీ ఐడి కార్డుపై ఉన్న నంబరుకు కాల్ చేయండి.
Thai	หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทรหมายเลขที่แสดงอยู่บนบัตรประจำตัวของท่าน
Tongan	Kapau ‘oku ke fiema’u ta’etōtōngi ‘a e ngaahi sēvesi kotoa pē he ngaahi lea kotoa, telefoni ki he fika ‘oku hā atu ‘i ho’o ID kaati.
Turkish	Dil hizmetlerine ücretsiz olarak erişmek için kimlik kartınızdaki numarayı arayın.
Ukrainian	Щоб безкоштовнј отримати мовні послуги, задзвоніть за номером, вказаним на вашій ідентифікайній картці.
Urdu	لسانی خدمات تک مُفت رسائی کے لیے، اپنے بیمہ کے ID کارڈ پر درج نمبر پر کال کریں۔
Vietnamese	Để sử dụng các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí, vui lòng gọi số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị.
Yiddish	צו באקומען שפראך סערוויסעס פריי פון אפצאל, רופט דעם נומער אויף אייער ID קארטל.
Yoruba	Láti ráyèsí àwọn iṣẹ́ èdè fún ọ lọ́fẹ̀ẹ́, pe nọ́mbà tó wà lórí káàdì ìdánimọ̀ rẹ.