Aetna Student Health
Diseño del plan y resumen de beneficios

Organización de proveedores preferidos

St. Mary's University

Año de póliza: 2022-2023
Número de póliza: 686167
www.aetnastudenthealth.com
(855) 357-0238

Nota importante:

- **Tiene el derecho de obtener una red adecuada de proveedores preferidos (conocidos como "proveedores de la red").**
  - **Si cree que la red es inadecuada, puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas.**
- **Si su compañía de seguros aprueba una remisión para servicios fuera de la red porque no hay ningún proveedor preferido disponible, o si ha recibido cuidado de emergencia fuera de la red, la compañía de seguros debe, en la mayoría de los casos, encargarse de la factura del proveedor no preferido. De esta manera, usted solo tendrá que pagar los montos correspondientes de coseguro, copago y deducible.**

Puede obtener un directorio actualizado de proveedores preferidos en el sitio web www.aetna.com o llamando al número gratuito de Servicios al Cliente de Aetna que figura en su tarjeta de identificación para que lo ayuden a encontrar los proveedores preferidos disponibles. Si se basó en información del directorio esencialmente inexacta, puede tener derecho a que se le pague un reclamo fuera de la red en el nivel de beneficios dentro de la red.

Esta es una breve descripción del plan de salud para estudiantes. Este plan se ofrece a los estudiantes de St. Mary's University. El plan está asegurado por Aetna Life Insurance Company (Aetna). Las estipulaciones exactas, incluidas las definiciones, que regulan este seguro se encuentran en el *Certificado* emitido para usted y pueden consultarse en línea, en **https://stmarytx.myahpcare.com/**. Si existen diferencias entre este *Resumen de beneficios* y el *Certificado*, regirá el *Certificado*.

Si quiere obtener información sobre la cobertura del plan, comuníquese con nosotros por teléfono al 855-357-0238 o al número de Servicios al Cliente que figura al dorso de su tarjeta de identificación, o por escrito 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 brinda servicios de cuidado de salud primario económicos, accesibles y de excelente calidad para los alumnos inscritos en St. Mary's University. El objetivo de la prestación de servicios de cuidado de salud de manera oportuna en el campus es reducir las interrupciones académicas que los estudiantes puedan sufrir debido a una enfermedad o una lesión. El personal del Centro de Salud para Estudiantes ofrece servicios sin discriminación y sin prejuicios. Se da gran importancia al respeto del derecho a la intimidad y a la confidencialidad de cada paciente. Es mediante la evaluación personalizada, el tratamiento y la educación sanitaria que los estudiantes aprenden a tomar decisiones positivas y duraderas sobre su estilo de vida. El Centro de Salud para Estudiantes cuenta con un médico y un asistente médico. Hay un copago por visita y se exime al estudiante del deducible. Los servicios que no están cubiertos por el plan de salud se cobrarán en la cuenta comercial 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, que se encuentran en el primer piso del edificio 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	2 de agosto de 2022	31 de diciembre de 2022	2 de septiembre de 2022	2 de septiembre de 2022
Primavera/Verano	1.º de enero de 2023	1.º de agosto de 2023	31 de enero de 2023	11 de febrero de 2023
Verano 1	30 de mayo de 2023	1.º de agosto de 2023	2 de junio de 2023	16 de junio de 2023
Verano 2	3 de julio de 2023	1.º de agosto de 2023	3 de julio de 2023	17 de julio de 2023

Tarifas

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

Tarifas de estudiantes universitarios y de posgrado

	Semestre de otoño	Semestre de primavera	Verano 1	Verano 2
Estudiante	$1,299.00	$1,299.00	$455.00	$213.00

Cobertura para estudiantes

¿Quiénes cumplen con los requisitos?

A todos los estudiantes inscritos que residan en el campus y a todos los deportistas intercolegiales se les cobrará automáticamente el plan de seguro de salud para estudiantes en el momento de la inscripción, y la prima se sumará a la facturación de su matrícula, a menos que presenten pruebas de cobertura comparable.

Los demás 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 stmarytx.myahpcare.com/enrollment o solicitar que se incluya la prima en la factura de la matrícula antes de que finalice el período especificado en stmarytx.myahpcare.com/enrollment. Los estudiantes de posgrado que estén terminando su tesis y estén inscritos en el último semestre cumplen con los requisitos para participar en el plan. A los estudiantes extranjeros inscritos con visa F, J y H, incluidos los estudiantes con visa J y F del Programa Intensivo de Inglés, se les cobrará automáticamente el plan de seguro de salud para estudiantes.

Los estudiantes extranjeros que tengan un plan de seguro patrocinado por la embajada o por un empleador de Estados Unidos pueden solicitar una exención.

Hay requisitos estrictos que deben cumplirse antes de que se conceda la exención, incluida la demostración de beneficios de evacuación médica y repatriación. AHP se reserva el derecho de rechazar las solicitudes de exención.

La fecha límite para las solicitudes de exención en línea puede consultarse 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 cumple con los requisitos:

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

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

Inscripción

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

Terminación y reembolsos

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

Abandono de las clases por motivos diferentes a una licencia: Si abandona las clases por motivos diferentes a una licencia aprobada por la universidad dentro de los 31 días posteriores a la fecha de entrada en vigor de la póliza, se considerará que no cumple con los requisitos para la cobertura. Esta terminará de forma retroactiva y se reembolsarán todas las primas cobradas.

Si abandona las clases luego de los 31 días posteriores a la fecha de entrada en vigor de la póliza, su cobertura continuará vigente hasta el final del período por el cual se recibió un pago y no se reembolsará ninguna prima.

Si abandona las clases para ingresar en las Fuerzas Armadas de cualquier país, su cobertura terminará en la fecha de entrada en vigor de dicho ingreso y se reembolsarán las primas prorrateadas, siempre y cuando presente una solicitud por escrito dentro de los 90 días de abandonar las clases.

Aviso sobre el cumplimiento de los requisitos para Medicare

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

Coordinación de beneficios

La estipulación sobre coordinación de beneficios se aplica cuando una persona tiene cobertura de cuidado de salud de más de un plan. Si es su caso, decidiremos junto con los otros planes cuánto debe pagar cada uno. Esto se conoce como “coordinación de beneficios”.

Las normas de determinación del orden de los beneficios indican el orden en que cada plan pagará un reclamo de beneficios. El plan que paga primero se considera el plan primario. Este debe pagar los beneficios según los términos de la póliza. El pago se realiza sin tener en cuenta la posibilidad de que otro plan pueda cubrir algunos gastos. El plan que paga después del primario es el secundario. Este puede reducir los beneficios que paga 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 el 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 [nombre de la institución] y pueden consultarse en línea, en **www.aetnastudenthealth.com**.

Red de proveedores

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

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

Autorización previa

Algunos servicios de salud que cumplen con los requisitos necesitan nuestra aprobación previa. La aprobación previa también se conoce como "autorización previa". Su médico de la red es responsable de obtener las autorizaciones previas necesarias antes de que usted reciba el cuidado. 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 cuando se requiere, deberá pagar una multa de **$500** por cada tipo de servicio de salud que cumple con los requisitos para el que no se obtuvo la autorización previa. Para obtener una lista actualizada de los servicios de salud o de los medicamentos con receta que requieren autorización previa, comuníquese con Servicios al Cliente o visite **www.aetnastudenthealth.com**.

Llamada para obtener la autorización previa

La autorización previa debe obtenerse en los plazos que se indican a continuación. Para obtenerla, comuníquese con Servicios al Cliente al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación. Esta llamada debe realizarse de la siguiente manera:

Cuando no son ingresos por emergencias	Usted, su médico o el centro deberán llamar y solicitar la autorización previa al menos 3 días antes de la fecha en la que está programado su ingreso.
Cuando son ingresos por emergencias	Usted, su médico o el centro deben llamar dentro de las 48 horas o tan pronto como sea razonablemente posible luego de que lo hayan ingresado.
Cuando son ingresos de urgencia	Usted, su médico o el centro deberán llamar antes de la fecha en la que está programado su ingreso. Un ingreso de urgencia es un ingreso en el hospital efectuado por un médico debido a la aparición o al cambio de una enfermedad, o al diagnóstico de una enfermedad o una lesión.
Servicios ambulatorios que no son de emergencia para los que se requiere 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 el procedimiento.

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

Descripción de los beneficios

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

Este plan paga los beneficios de acuerdo con las leyes de seguros vigentes en Texas.

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 el plan pague los beneficios.		
Estudiante	$500 por año de póliza.	$500 por año de póliza.
Estipulaciones sobre los deducibles por año de póliza		
Los servicios de salud que cumplen con los requisitos y se tuvieron en cuenta para calcular los deducibles por año de póliza fuera de la red no se tendrán en cuenta para alcanzar los deducibles por año de póliza dentro de la red. Los servicios de salud que cumplen con los requisitos y se tuvieron en cuenta para calcular los deducibles por año de póliza dentro de la red no se tendrán en cuenta para alcanzar el deducible por año de póliza fuera de la red.		

Deducible por año de póliza	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Este es el monto que usted debe por los servicios de salud que cumplen con los requisitos dentro y fuera de la red cada año de póliza antes de que el plan comience a pagarlos. Para conocer las excepciones a esta regla general, consulte la estipulación "Deducible por año de póliza" al comienzo de esta lista. Una vez que el monto que usted paga por los servicios de salud que cumplen con los requisitos alcance el deducible por año de póliza, este plan pagará dichos servicios por el resto del año de póliza.		
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 bienestar, visitas al consultorio de médicos y especialistas, visitas al consultorio para servicios de asesoría, visitas al consultorio en clínicas sin cita previa, visitas a la sala de emergencias del hospital, cuidado de urgencia, visitas al consultorio para tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias y de salud mental y servicios de cuidado pediátrico de la vista. • Cuidado dentro y fuera de la red para el cuidado en sala de recién nacidos sanos, servicios dentales pediátricos de tipo A y medicamentos con receta en casos ambulatorios.		
Límites máximos de desembolso		
Estudiante	$8,550 por año de póliza.	$17,100 por año de póliza.

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Exámenes físicos de rutina		
En el consultorio del médico	100 % del cargo negociado por visita. No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita.
Personas cubiertas a partir de los 22 años: Máximo de visitas por año de póliza	1 visita.	
Personas cubiertas hasta los 21 años: Límites de edad máxima y de visitas por año de póliza	Están sujetos a los límites de edad y de visitas establecidos en las pautas generales respaldadas por los lineamientos de la Academia Americana de Pediatría, Bright Futures y la Administración de Recursos y Servicios de Salud para niños y adolescentes. Para obtener más información, comuníquese con su médico o con Servicios al Cliente. Ingrese en el sitio web de Aetna, en **www.aetnastudenthealth.com**, o llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.	
Vacunas de cuidado preventivo		
En un centro o en el consultorio de un médico	100 % del cargo negociado por visita. No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita.

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Máximos	Están sujetos a los límites de edad y de visitas establecidos en las pautas generales respaldadas por los lineamientos de la Academia Americana de Pediatría, Bright Futures y la Administración de Recursos y Servicios de Salud para niños y adolescentes. Para obtener más información, comuníquese con su médico o con Servicios al Cliente. Ingrese en el sitio web para miembros de Aetna, en **www.aetnastudenthealth.com**, o llame al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación.	
Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio: • Toda vacuna que no se considere o recomiende como cuidado preventivo, como las que se exigen debido a un empleo o un viaje.		
Exámenes ginecológicos de rutina (incluyen pruebas de PAP y citológicas)		
En el consultorio del médico, obstetra, ginecólogo u obstetra-ginecólogo	100 % del cargo negociado por visita. No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita.
Prueba de PAP o citología en base líquida	1 prueba de PAP cada 12 meses para mujeres de 18 años o mayores.	
Examen ginecológico que incluye un examen pélvico rectovaginal	1 examen cada 12 meses para mujeres mayores de 25 años que corren riesgo de cáncer de ovario.	
Examen de diagnóstico para la detección temprana de cáncer de ovario y cáncer de cuello uterino, y análisis de sangre de CA 125	1 examen cada 12 meses para mujeres de 18 años o mayores.	
Máximos adicionales del examen para mujeres sanas	Según los límites de edad establecidos en las pautas generales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud.	
Máximo de visitas por año de póliza	1 visita.	
Servicios de asesoramiento y exámenes preventivos		
Servicios de asesoramiento y exámenes preventivos relacionados con la obesidad o asesoramiento de dietas saludables, consumo indebido de alcohol y drogas, consumo de productos del tabaco, exámenes para detectar depresión, asesoramiento sobre las infecciones de transmisión sexual y el riesgo genético de padecer cáncer de seno o de ovarios	100 % del cargo negociado por visita. No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita.
Máximo de visitas para el asesoramiento sobre la obesidad y dietas saludables	Entre 0 y 22 años de edad: sin límite de visitas. A partir de los 22 años de edad: 26 visitas cada 12 meses, de las cuales hasta 10 pueden utilizarse para asesoramiento sobre dietas saludables.	

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 para el asesoramiento sobre el consumo indebido de alcohol y drogas	5 visitas.	
Máximo de visitas por año de póliza para el asesoramiento sobre el consumo de productos del tabaco	8 visitas.	
Máximo de visitas por año de póliza para el asesoramiento sobre exámenes para detectar depresión	1 visita.	
Máximo de visitas por año de póliza para el asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual	2 visitas.	
Limitaciones del asesoramiento sobre riesgo genético de cáncer de seno y de ovarios	No está sujeto a ningún límite de edad ni frecuencia.	
Exámenes de rutina 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	Mamografía: 1 mamografía cada 12 meses para personas de 35 años y mayores con cobertura. Cuando el diagnóstico por imágenes se usa para evaluar una anomalía del seno o en el caso de que existan antecedentes personales de cáncer de seno o tejido mamario denso, no está sujeto a ningún límite de edad ni de frecuencia. Prueba de antígeno específico prostático: 1 prueba de antígeno específico prostático cada 12 meses para personas de 50 años y mayores con cobertura. 1 prueba de antígeno específico prostático cada 12 meses para personas de 40 años y mayores con cobertura que tienen historia familiar de cáncer de próstata u otros factores de riesgo.	
Máximos adicionales	Según las pautas relacionadas con la edad, la historia familiar y la frecuencia que se establezcan en la versión más actualizada de las siguientes fuentes: • Artículos basados en pruebas que tengan vigente una calificación “A” o “B” en las recomendaciones actuales del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos. • Pautas generales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud.	
Máximo de exámenes para detectar cáncer de pulmón	1 examen cada 12 meses.	

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Servicios de cuidado prenatal (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.
Servicios de asesoramiento y apoyo 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.	
Suministros y accesorios para sacaleches	100 % del cargo negociado por artículo. No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por artículo.
Servicios de planificación familiar: asesoramiento sobre anticonceptivos		
Visitas al consultorio para recibir servicios 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 de visitas por año de póliza para recibir servicios de asesoramiento sobre anticonceptivos en un ámbito individual o grupal	2 visitas.	
Dispositivos y medicamentos anticonceptivos femeninos con receta proporcionados, administrados o extraídos por un proveedor durante una visita al consultorio	100 % del cargo negociado por artículo. No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por artículo.
Esterilización voluntaria femenina: servicios de internación prestados por proveedores	100 % del cargo negociado. No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido.
Esterilización voluntaria femenina: servicios ambulatorios prestados por proveedores	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
Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio: • Servicios que se brindan debido a complicaciones que surgen por procedimientos de esterilización femenina voluntaria y el seguimiento relacionado. • Cualquier método anticonceptivo que solamente esté revisado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, pero no cuente con su aprobación. • Métodos anticonceptivos, dispositivos o procedimientos de esterilización masculinos.		
Médicos y otros profesionales de la salud		
Visitas al consultorio de médicos, especialistas y consultores (cuidado que no sea quirúrgico ni preventivo prestado por un médico o un especialista; incluye consultas de telemedicina, teleodontología o telesalud)	Copago de $30; luego el plan 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 se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Inyecciones para tratar alergias administradas en el consultorio del médico o especialista	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio: • Sueros y extractos para la alergia administrados por inyección.		
Servicios quirúrgicos de médicos y especialistas		
Cirugía realizada por cirujano durante una internación en hospital o centro de nacimientos (incluye gastos de anestesista y asistente médico quirúrgico)	80 % del cargo negociado.	60 % del cargo reconocido.
Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio: • 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 y exclusiones”). • Servicios de otro médico para la administración de anestesia local.		
Cirugía ambulatoria realizada por un cirujano en el consultorio de un médico o especialista, o en el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital o en un centro quirúrgico (incluye gastos de anestesista y asistente médico quirúrgico)	80 % del cargo negociado por visita.	60 % del cargo reconocido por visita.
Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio: • 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 y exclusiones”). • Un cargo extra del centro por una cirugía realizada en el consultorio del médico. • Servicios de otro médico para la administración de anestesia local.		

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Alternativas a la visita al consultorio del médico		
Visitas que no son de emergencia a clínicas sin cita previa	Copago de $30; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita. No corresponde deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita.
Nota importante: Algunas clínicas sin cita previa pueden brindar servicios de bienestar y de cuidado preventivo. Los tipos de servicios ofrecidos varían según el proveedor y la ubicación de la clínica. Si obtiene beneficios de bienestar y de cuidado preventivo en una clínica sin cita previa, se pagan al nivel de costo compartido que se indica en la sección "Cuidado preventivo y bienestar".		
Cuidado en hospitales y otros centros		
Internación: habitación y comida (incluido el cuidado intensivo, y otros servicios y suministros varios) (incluye cargos del centro de nacimientos)	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 se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Servicios no quirúrgicos prestados por médicos en el hospital	80 % del cargo negociado por visita.	60 % del cargo reconocido por visita.
Alternativas a la internación		
Cirugía ambulatoria (cargos del centro) realizada en el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital o en un centro quirúrgico	80 % del cargo negociado.	60 % del cargo reconocido.
Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio: • Los servicios prestados por cualquier otro médico que asiste al médico que opera. • Una internación en el hospital (consulte el beneficio para los cargos del centro en "Cuidado en hospitales y otros centros" en esta sección). • Un cargo extra del centro por una cirugía realizada en el consultorio del médico. • Servicios de otro médico para la administración de anestesia local.		
Cuidado de salud en el hogar	80 % del cargo negociado por visita.	60 % del cargo reconocido por visita.
Máximo de visitas por año de póliza	60	
Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio: • 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 salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
• Servicios de ayuda en el hogar o de empleadas domésticas. • Comidas o servicios a domicilio. • Terapia de mantenimiento.		
Cuidado de hospicio (con internación)	80 % del cargo negociado por ingreso.	60 % del cargo reconocido por ingreso.
Cuidado de hospicio (ambulatorio)	80 % del cargo negociado por visita.	60 % del cargo reconocido por visita.
Cantidad máxima de días por período de 30 días para el cuidado temporal para el descanso de la familia	30	
Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio: • Preparativos para funerales. • Asesoramiento pastoral. • 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 un acompañante para usted o para otro miembro de la familia. - Transporte. - Mantenimiento del hogar.		
Centro de enfermería especializada (con internación)	80 % del cargo negociado por ingreso.	60 % del cargo reconocido por ingreso.
Cantidad máxima de días de internación por año de póliza	25	
Servicios de emergencia y cuidado de urgencia		
Sala de emergencias de un hospital	Copago de $200; luego, el plan 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.
Cuidado que no es de emergencia en sala de emergencias del hospital	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Nota importante: • Debido a que los proveedores de cuidado fuera de la red no tienen contrato con nosotros, es posible que el proveedor no acepte el pago de su parte de los costos (copago y coseguro) como pago total. Puede que reciba una factura con la diferencia entre el monto facturado por el proveedor y el monto pagado por este plan. Si el proveedor le factura un monto que supera la parte que le corresponde pagar a usted, no es responsabilidad suya pagarlo. Envíenos la factura a la dirección que aparece al dorso su tarjeta de identificación o llame a Servicios al Cliente, al 1-855-357-0238, para solicitar una dirección de envío. Resolveremos con el proveedor cualquier disputa relacionada con el pago de ese monto. Asegúrese de que su número de tarjeta de identificación aparezca en la factura. • Se aplica un copago o coseguro por separado por cada visita a la sala de emergencias de un hospital. Si lo internan en el hospital inmediatamente después de una visita a la sala de emergencias, se lo eximirá del copago o del coseguro por visita a la sala de emergencias, y se aplicará el copago o coseguro por internación.		

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
• Los beneficios cubiertos que corresponden al copago o coseguro por visita a la sala de emergencias del hospital no pueden aplicarse a ningún otro copago o coseguro del plan. Asimismo, el monto del copago o coseguro que se aplica a otros beneficios cubiertos según este plan no puede aplicarse al copago o coseguro por visita a la sala de emergencias del hospital. • Es posible que se apliquen montos de copagos o coseguros aparte para determinados servicios prestados en la sala de emergencias del hospital que no forman parte del beneficio por visita a la sala de emergencias del hospital. Estos montos de copago o coseguro pueden ser diferentes del copago o coseguro por visita a la sala de emergencias del hospital. Se basan en los servicios específicos que haya recibido. • Los servicios prestados en la sala de emergencias del hospital que no forman parte del beneficio por visita a la sala de emergencias del hospital pueden estar sujetos a montos de copago o coseguro diferentes de los copagos o coseguros por visita a la sala de emergencias del hospital.		
Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio: • Servicios de cuidado que no es de emergencia brindados en la sala de emergencias de un hospital, en un centro independiente de cuidado médico de emergencia o en un centro de emergencias comparable.		
Cuidado de urgencia	Copago de $50; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita. No corresponde deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita.
Uso no urgente de un proveedor de cuidado de urgencia	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio: • Cuidado que no es de urgencia brindado en un centro de cuidado de urgencia (en un centro independiente no hospitalario).		
Servicios de salud que cumplen con los requisitos	**Cobertura de proveedores de servicios dentales con contrato**	**Cobertura de proveedores de servicios dentales sin contrato**
Cuidado dental pediátrico **(limitado a las personas cubiertas hasta finalizar el mes en el que cumplen los 19 años)** El pago o el reembolso de los servicios prestados por un dentista de un proveedor de servicios dentales no contratado se reembolsará de la misma manera que en el caso de un proveedor de servicios dentales contratado.		
Servicios de tipo A	100 % del cargo negociado por visita. No se aplica copago ni deducible.	100 % del cargo reconocido por visita. No se aplica copago ni deducible.
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.

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura de proveedores de servicios dentales con contrato	Cobertura de proveedores de servicios dentales sin contrato
Servicios dentales de emergencia	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.

Exclusiones del cuidado dental pediátrico

Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio:

- Cualquier indicación de dieta, control de la placa dental e higiene oral.
- Tratamiento dental asíncrono.
- Servicios y suministros cosméticos, que incluyen cirugía plástica, reconstructiva y cosmética; personalización o caracterización de dentaduras postizas u otros servicios y suministros cuyo fin es mejorar, alterar o resaltar la apariencia; procedimiento de aumento y vestibuloplastia; y otras sustancias para proteger, limpiar, blanquear o alterar la apariencia de los dientes (ya sea o no por motivos psicológicos o emocionales), excepto cuando la cobertura se indique específicamente en la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos y exclusiones". Los recubrimientos de las coronas de molares y los pónticos siempre se consideran servicios cosméticos.
- Coronas, incrustaciones, sobrepuestos y protectores, 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 aparatos (que se determina que no son médicamente necesarios), protectores bucales y otros dispositivos para proteger, reemplazar o reposicionar los dientes.
- Dentaduras postizas, coronas, incrustaciones, sobrepuestos, puentes u otros dispositivos o servicios que se utilizan para lo siguiente:
  - Ferulización.
  - Alteración de la dimensión vertical.
  - Restauración de la oclusión.
  - Corrección del desgaste, la abrasión, la abfracción o la erosión.
- El tratamiento de cualquier problema en la articulación de la mandíbula y tratamientos para modificar la mordida, la alineación u operación de la mandíbula, incluido el tratamiento para el trastorno de la articulación temporomandibular y del trastorno craneomandibular, la cirugía ortognática y el tratamiento por maloclusión o dispositivos para modificar la mordida o la alineación, a excepción de lo cubierto en "Afecciones específicas" de la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos y exclusiones".
- Anestesia general y sedación intravenosa, a menos que estén cubiertas específicamente y solo cuando se presten junto con otro servicio de salud que cumple con los requisitos.
- Kits de orden por correo y de uso en casa para tratamientos de ortodoncia.
- Tratamientos de ortodoncia, salvo que estén cubiertos en la sección "Cuidado dental pediátrico" de la *Lista de beneficios*.
- Pónticos, coronas, restauraciones fundidas o procesadas hechas con metales altamente nobles (oro).
- Medicamentos con receta, premedicación o analgesia (óxido nitroso).
- Reemplazo de un dispositivo perdido, desaparecido o robado; reemplazo de dispositivos que se han dañado por abuso, uso inadecuado o negligencia; y 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 que se indica específicamente en la sección "Cuidado dental pediátrico" de la *Lista de beneficios*.

(Continúa en la página siguiente)

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura de proveedores de servicios dentales con contrato	Cobertura de proveedores de servicios dentales sin contrato
Exclusiones del cuidado dental pediátrico (continuación) Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio: • 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. • Extracción quirúrgica de muelas de juicio impactadas solo por motivos de ortodoncia. • Tratamientos realizados por una persona que no sea un proveedor dental y que reúna los requisitos legales para proporcionar servicios o suministros dentales.		
Servicios de salud que cumplen con los requisitos	**Cobertura dentro de la red**	**Cobertura fuera de la red**
Enfermedades específicas		
Servicios y suministros para diabéticos (incluye equipo y capacitación)	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Muelas de juicio impactadas	80 % del cargo negociado.	80 % del cargo reconocido.
Lesiones accidentales en dientes sanos y naturales	80 % del cargo negociado.	80 % del cargo reconocido.
Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio: • Cuidado, relleno, extracción o reemplazo de dientes y tratamiento de enfermedades de los dientes. • Servicios dentales relacionados con las encías. • Apicectomía (resección de la raíz dental). • Ortodoncia. • Tratamiento de conducto radicular. • Dientes impactados en tejido blando. • Dientes impactados en el hueso. • Alveolectomía. • Aumento y tratamiento de vestibuloplastia por enfermedad periodontal. • Dientes falsos. • Restauración protésica de implantes dentales. • Implantes dentales.		
Tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular y del trastorno craneomandibular	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio: • Implantes dentales.		

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Tratamiento bucal y maxilofacial (boca, mandíbulas y dientes)	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Cirugía reconstructiva y suministros (incluye cirugía reconstructiva de seno)	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Dermatología	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio: • Procedimientos y tratamientos cosméticos.		
Enfermedad de Alzheimer Los servicios de salud que cumplen con los requisitos incluyen los siguientes servicios prestados por un médico para diagnosticar la enfermedad de Alzheimer: • Historia clínica y examen físico. • Evaluación neurológica. • Evaluación psicológica. • Servicios de laboratorio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Cuidado de maternidad (incluye cuidado para el parto y posparto en un hospital o un centro de nacimientos)	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio: • Cualquier servicio y suministro relacionados con nacimientos en el hogar o en cualquier otro lugar que no esté autorizado para realizar partos.		
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.
Servicios de planificación familiar: otros		
Esterilización voluntaria masculina (servicios quirúrgicos con internación)	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Esterilización voluntaria masculina (servicios quirúrgicos ambulatorios)	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio: • Abortos, a menos que el embarazo ponga la vida de la mujer en grave peligro o suponga un riesgo grave de sufrir un deterioro considerable de una función corporal importante. • Reversión de procedimientos de esterilización voluntaria, incluido el seguimiento relacionado. • Servicios que se brindan debido a complicaciones que surgen por procedimientos de esterilización masculina voluntaria y el seguimiento relacionado.		

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Tratamiento de confirmación de sexo		
Tratamiento quirúrgico, terapia de reemplazo hormonal y asesoramiento	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Todos los demás servicios y suministros cosméticos no incluidos en la lista de servicios de salud que cumplen con los requisitos no están cubiertos por este beneficio. Por ejemplo, los siguientes: • Rinoplastia. • Estiramiento facial. • Realce de labios. • Reducción de huesos faciales. • Blefaroplastia. • Aumento del tamaño de los senos. • Liposucción de cintura (contorno de silueta). • Condroplastia tiroidea (reducción de la nuez de Adán). • Reconstrucción de pezón. • Eliminación de vello (incluye 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. • Terapia de la voz y comunicación. • Fajas para el pecho. • Implantes de mentón y nariz y reducción de labios, que se utilizan para inducir la masculinización y se consideran cosméticos.		
Trastorno del espectro autista		
Tratamiento, diagnóstico y exámenes del trastorno del espectro autista, y análisis aplicado del comportamiento	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Tratamiento de salud mental y por abuso de sustancias		
Internación (habitación y comida, y otros servicios y suministros varios en hospital)	80 % del cargo negociado por ingreso.	60 % del cargo reconocido por ingreso.
Visitas ambulatorias al consultorio (incluye consultas de telemedicina o telesalud)	Copago de $30; luego el plan 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 (incluye internación parcial y programa ambulatorio intensivo)	80 % del cargo negociado por visita.	60 % del cargo reconocido por visita.
Nota importante: Toda la cobertura del tratamiento de salud mental se brinda según los mismos términos y condiciones que para cualquier otra enfermedad.		

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red Cobertura dentro de la red (centro Institutes of Excellence, IOE)	Cobertura dentro de la red Cobertura dentro de la red (centro que no es IOE)	Cobertura fuera de la red Centro que no es IOE dentro de la red y centro fuera de la red
Servicios de trasplante			
Servicios ambulatorios y de internación en centro de trasplantes	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.		
Servicios ambulatorios y de internación para trasplantes prestados por médicos y especialistas	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.		

Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio:

- Servicios y suministros brindados a un donante cuando la persona que recibe la donación no está cubierta.
- Recolección y almacenamiento de órganos, sin la expectativa de un trasplante inmediato por una enfermedad existente.
- Extracción y almacenamiento de médula ósea, células madre hematopoyéticas u otras células sanguíneas, sin la expectativa de un trasplante dentro de los 12 meses de la extracción, por una enfermedad existente.

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Tratamiento contra la esterilidad		
Servicios básicos para tratar la esterilidad: cuidado ambulatorio y con internación	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.

Los siguientes servicios no están cubiertos por el beneficio de tratamiento contra la esterilidad:

- Medicamentos inyectables para 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 (congelación) de óvulos, embriones o esperma.
  - El almacenamiento de óvulos, embriones o esperma.
  - La descongelación de óvulos, embriones o esperma criopreservados (congelados).
  - El cuidado de la donante en un ciclo de donación de óvulos que incluye, por ejemplo, pagos a la donante, costos por exámenes a la donante, costos de exámenes de laboratorio, cualquier cargo relacionado con el cuidado de la donante que es necesario para la transferencia o la extracción de óvulos de la donante.
  - 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 de esperma para la tecnología de reproducción asistida.
  - Los equipos para detectar la ovulación en el hogar o pruebas de embarazo caseras.
  - La compra de embriones, oocitos o esperma de un donante.
  - La reversión de esterilización voluntaria, incluido el seguimiento.

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
• 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, procedimiento o producto relacionados (como la inyección de esperma intracitoplasmática o la microcirugía de óvulos).		
Terapias y exámenes específicos		
Servicios de imágenes complejas para diagnóstico prestados en el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital u otro centro	80 % del cargo negociado.	60 % del cargo reconocido.
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.	60 % del cargo reconocido.
Seguimiento diagnóstico relacionado con el examen de audición en recién nacidos	80 % del cargo negociado por visita. No corresponde deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por visita. No corresponde deducible por año de póliza.
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares	80 % del cargo negociado por visita.	60 % del cargo reconocido por visita.
Máximo de visitas por año de póliza	1 examen cada 5 años. Se limita a hombres de 45 años y mayores pero menores de 76 años, y mujeres de 55 años y mayores pero menores de 76 años.	
Quimioterapia, radioterapia y terapia respiratoria ambulatorias	80 % del cargo negociado por visita.	60 % del cargo reconocido por visita.
Terapia de infusión ambulatoria realizada en el hogar de la persona cubierta, el consultorio médico, el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital u otro centro	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio: • Medicamentos que están incluidos en la lista de medicamentos de especialidad con receta cubiertos a través de su plan de medicamentos con receta en casos ambulatorios. • Nutrición por sonda. • Transfusiones de sangre y productos derivados de la sangre. • Diálisis.		
Medicamentos anticancerígenos con receta administrados por vía oral	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Terapia de infusión ambulatoria realizada en el hogar de la persona cubierta, el consultorio médico, el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital u otro centro	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Terapias física, ocupacional, cognitiva y del habla ambulatorias (incluye terapias cardíaca y pulmonar) 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 se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Terapias y exámenes específicos		
Pérdida o deterioro del habla o de la audición	80 % del cargo negociado por visita.	60 % del cargo reconocido por visita.
Servicios de quiropráctica	80 % del cargo negociado por visita.	60 % del cargo reconocido por visita.
Máximo de visitas por año de póliza	35	
Medicamentos de especialidad con receta adquiridos e inyectados o aplicados mediante infusión por su proveedor en un entorno ambulatorio	Cobertura según el tipo de beneficio o el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio o el lugar donde se recibe el servicio.
Otros servicios y suministros		
Transporte de emergencia en ambulancia terrestre, aérea y marítima	80 % del cargo negociado por viaje.	Se paga igual que la cobertura dentro de la red.
Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio: • Ambulancia aérea de ala fija que no es de emergencia de un proveedor fuera de la red. • Servicios de ambulancia por el transporte de rutina para recibir cuidado ambulatorio o con internación.		
Equipo médico duradero y de cirugía	80 % del cargo negociado por artículo.	60 % del cargo reconocido por artículo.
Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio: • Piscinas de hidromasajes. • Bombas portátiles para piscinas 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 de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Apoyo nutricional	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio: • Cualquier alimento, incluidas fórmulas para bebés, suplementos nutricionales, vitaminas, vitaminas con receta, alimentos médicos y otros productos nutricionales, aun cuando sean la única fuente de nutrición, excepto según lo indicado antes.		
Osteoporosis (cuidado no preventivo), visitas al consultorio del médico o especialista	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Dispositivos protésicos y ortopedia, incluidas las prótesis craneales (pelucas médicas)	80 % del cargo negociado por artículo.	60 % del cargo reconocido por artículo.
Los siguientes servicios no están cubiertos por el beneficio de prótesis: • 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. • Trusas, corsés y otros artículos de soporte. • Reparación y reemplazos por pérdidas, uso indebido, maltrato o hurto. • Dispositivos para comunicarse. • Implantes cocleares. Los siguientes servicios no están cubiertos por el beneficio de ortopedia: • Servicios cubiertos conforme a cualquier otro beneficio. • Reparación y reemplazos por pérdidas, uso indebido, maltrato o hurto.		
Tratamiento de podiatría (cuidado de los pies) y tratamiento con un médico y un especialista para el cuidado de los pies que no es de rutina	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio: • Servicios y suministros para lo siguiente: - Tratamiento de callos, juanetes, uñas del pie, pie plano, dedos en martillo, arcos caídos. - Tratamiento de pies débiles, dolor de pie crónico o afecciones provocadas por actividades habituales, como caminar, correr, trabajar o usar zapatos. - Suministros (incluidos zapatos ortopédicos), dispositivos ortopédicos para pies, soportes de arco, plantillas para zapatos, tobilleras ortopédicas, protectores, cremas, pomadas y otros equipos, dispositivos y suministros, excepto por complicaciones de la diabetes. Consulte la sección “Servicios y suministros para diabéticos (incluye equipo y capacitación)”. - Servicios de pedicura de rutina, como el corte de uñas, durezas y callos, cuando no hay una enfermedad o una lesión en los pies.		
Ensayos clínicos (costos de rutina del paciente)	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio: • Servicios y suministros relacionados con la recolección de datos y el sistema de registro, que solamente se necesitan por los ensayos clínicos (es decir, costos ocasionados por el protocolo). • Servicios y suministros que el patrocinador del ensayo le ofrece sin costo. • La intervención experimental en sí (excepto los dispositivos de investigación de categoría B médicamente necesarios y las intervenciones en etapa de prueba e investigación prometedoras para las enfermedades terminales en ciertos ensayos clínicos de acuerdo con las políticas de reclamo de Aetna).		
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	Uno por oído cada tres años.	
Reemplazo de los componentes del procesador del habla externo y controlador del implante coclear	Uno por oído cada tres años.	
Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio: • Reemplazo de lo siguiente: - Un audífono roto, perdido o robado. - Un audífono colocado dentro del período anterior de 12 meses. • Reemplazo de partes o reparaciones de audífonos. • Baterías o cables. • Un audífono que no reúna las especificaciones recomendadas para la corrección de la pérdida de audición. • Cualquier examen de oído o de audición realizado por un médico que no esté certificado como otorrinolaringólogo u otólogo, u otro proveedor que no actúe dentro del ámbito de su licencia.		
Exámenes de audición	80 % del cargo negociado por visita.	60 % del cargo reconocido por visita.
Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio: • Exámenes de audición realizados durante una internación en un hospital u otro centro, excepto aquellos realizados a los recién nacidos como parte de la internación.		
Cuidado pediátrico de la vista (limitado a las personas cubiertas hasta finalizar el mes en el que cumplen los 19 años)		
Exámenes de la vista pediátricos de rutina (incluyen exámenes de refracción) realizados por un oftalmólogo, un optometrista o un optometrista terapéutico que reúnen los requisitos legales, o por cualquier otro proveedor que actúe dentro del alcance de su licencia. Incluye evaluaciones integrales por vista deficiente. Incluye visita 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.

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 Máximo para servicios por vista deficiente Máximo para adaptación de lentes de contacto	1 visita. Una evaluación integral por vista deficiente cada año de póliza. 1 visita.	
Servicios y suministros para el cuidado pediátrico de la vista (marcos de anteojos, lentes o lentes de contacto con receta)	100 % del cargo negociado por artículo. No corresponde deducible por año de póliza.	60 % del cargo reconocido por artículo.
Cantidad máxima por año del plan: Marcos de anteojos Lentes con receta Lentes de contacto (incluye lentes de contacto con receta no convencionales y lentes para afaquia con receta indicados luego de una cirugía de cataratas)	Un par de marcos de anteojos. Un par de lentes con receta. Lentes desechables para un día de uso: suministro de hasta 3 meses. Lentes desechables para uso extendido: suministro de hasta 6 meses. Lentes no desechables: un par.	
Dispositivos ópticos	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Máximo de dispositivos ópticos por año de póliza	Un dispositivo óptico.	
* **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, este beneficio cubre lentes con receta para marcos de anteojos o lentes de contacto con receta, pero no ambos.		
Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio: • Marcos de anteojos, lentes y lentes de contacto sin receta con fines cosméticos.		

Medicamentos con receta en casos ambulatorios
Exención de copago por medicamentos con receta en casos ambulatorios para reducir el riesgo de cáncer de seno
El copago de medicamentos con receta en casos ambulatorios no corresponde a los medicamentos con receta para reducir el riesgo de cáncer de seno si se obtienen en una farmacia al por menor dentro y fuera de la red. Esto significa que este tipo de medicamentos con receta se cubre al 100 %.
Exención de copago por medicamentos con receta en casos ambulatorios para medicamentos con receta y sin ella para dejar de consumir tabaco
El copago por medicamentos con receta en casos ambulatorios no corresponde 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 %. Su copago por medicamentos con receta en casos ambulatorios corresponde después de que se hayan agotado esos dos regímenes por año de póliza.

Exención de copago por medicamentos con receta en casos ambulatorios para anticonceptivos		
El copago por medicamentos con receta en casos ambulatorios no corresponde para los métodos anticonceptivos femeninos si se obtienen en una farmacia dentro de la red. Esto significa que estos métodos anticonceptivos se cubren al 100 % en estos casos: • Algunos medicamentos y dispositivos anticonceptivos genéricos con receta y sin ella para los métodos reconocidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos. 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 copago por medicamento con receta en casos ambulatorios se aplicará 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.		
Servicios de salud que cumplen con los requisitos	**Cobertura dentro de la red**	**Cobertura fuera de la red**
Medicamentos con receta genéricos preferidos		
Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor	Copago de $15 por suministro; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado. No corresponde deducible por año de póliza.	Copago de $15 por suministro; luego el plan paga el 60 % del saldo del cargo reconocido. No corresponde deducible por año de póliza.
Un suministro de más de 30 días, pero de menos de 90 días, obtenido en una farmacia de órdenes por correo	Copago de $45 por suministro; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado. No corresponde deducible por año de póliza.	Copago de $45 por suministro; luego el plan paga el 60 % del saldo del cargo reconocido. No corresponde deducible por año de póliza.
Medicamentos con receta de marca preferidos		
Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor	Copago de $30 por suministro; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado. No corresponde deducible por año de póliza.	Copago de $30 por suministro; luego el plan paga el 60 % del saldo del cargo reconocido. No corresponde deducible por año de póliza.
Un suministro de más de 30 días, pero de menos de 90 días, obtenido en una farmacia de órdenes por correo	Copago de $90 por suministro; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado. No corresponde deducible por año de póliza.	Copago de $90 por suministro; luego el plan paga el 60 % del saldo del cargo reconocido. No corresponde deducible por año de póliza.

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Medicamentos con receta genéricos no preferidos		
Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor	Copago de $60 por suministro; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado. No corresponde deducible por año de póliza.	Copago de $60 por suministro; luego el plan paga el 60 % del saldo del cargo reconocido. No corresponde deducible por año de póliza.
Un suministro de más de 30 días, pero de menos de 90 días, obtenido en una farmacia de órdenes por correo	Copago de $180 por suministro; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado. No corresponde deducible por año de póliza.	Copago de $180 por suministro; luego el plan paga el 60 % del saldo del cargo reconocido. No corresponde deducible por año de póliza.
Medicamentos con receta de marca no preferidos		
Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor	Copago de $60 por suministro; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado. No corresponde deducible por año de póliza.	Copago de $60 por suministro; luego el plan paga el 60 % del saldo del cargo reconocido. No corresponde deducible por año de póliza.
Un suministro de más de 30 días, pero de menos de 90 días, obtenido en una farmacia de órdenes por correo	Copago de $180 por suministro; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado. No corresponde deducible por año de póliza.	Copago de $180 por suministro; luego el plan paga el 60 % del saldo del cargo reconocido. No corresponde deducible por año de póliza.
Medicamentos de especialidad		
Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia de especialidad o en una farmacia al por menor	Copago por suministro del 20 % del cargo negociado; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado. No corresponde deducible por año de póliza.	Copago por suministro del 20 % del cargo reconocido; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo reconocido. No corresponde deducible por año de póliza.
Insulina para diabéticos		
Suministro de 30 días en farmacias al por menor	El pago depende del tipo de medicamento de acuerdo con la lista de beneficios que aparece más arriba.	El pago depende del tipo de medicamento de acuerdo con la lista de beneficios que aparece más arriba.
Suministro de 90 días en farmacias de órdenes por correo	El pago depende del tipo de medicamento de acuerdo con la lista de beneficios que aparece más arriba.	El pago depende del tipo de medicamento de acuerdo con la lista de beneficios que aparece más arriba.

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Nota importante: Su costo compartido no superará los $25.00 por cada suministro de 30 días de insulina con receta cubierto que se obtenga en una farmacia de la red. No corresponde ningún deducible para la insulina.		
Nota importante: Cuando se obtiene una renovación de emergencia de suministros para diabéticos, la renovación de emergencia de insulina no debe superar un suministro de 30 días. La cantidad de una renovación de emergencia de equipos o suministros relacionados con la insulina no debe superar la cantidad que sea menor: un suministro de 30 días o el paquete más pequeño disponible.		
Medicamentos anticancerígenos con receta administrados por vía oral Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor o de órdenes por correo	100 % del cargo negociado. No corresponde deducible por año de póliza.	100 % del cargo reconocido. No corresponde deducible por año de póliza.
Anticonceptivos (control de la natalidad)		
Por cada suministro de hasta 30 días de dispositivos y medicamentos genéricos y sin receta obtenido en una farmacia al por menor o de órdenes por correo	100 % del cargo negociado. No corresponde deducible por año de póliza.	100 % del cargo reconocido. No corresponde deducible por año de póliza.
Por cada suministro de hasta 30 días de medicamentos de marca con receta obtenido en una farmacia al por menor o de órdenes por correo	El pago depende del tipo de medicamento de acuerdo con la lista de beneficios que aparece más arriba.	El pago depende del tipo de medicamento de acuerdo con la lista de beneficios que aparece más arriba.
Medicamentos y suplementos de cuidado preventivo obtenidos en una farmacia al por menor o de órdenes por correo 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 ingresando en el sitio web 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 para reducir el riesgo de cáncer de seno obtenidos en una farmacia Por cada suministro de 30 días	100 % del cargo negociado por obtener o volver a obtener un medicamento con receta. No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	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 ingresando en el sitio web de Aetna, en **www.aetnastudenthealth.com**, o llame al número gratuito que aparece al dorso de su tarjeta de identificación.	
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 2 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 ingresando en el sitio web de Aetna, en **www.aetnastudenthealth.com**, o llame al número gratuito que aparece al dorso de su tarjeta de identificación.	

Exclusiones de medicamentos con receta en casos ambulatorios

Los siguientes medicamentos, servicios y productos no están cubiertos por el beneficio para medicamentos con receta en casos ambulatorios:

- Medicamentos para el aborto.
- Sueros y extractos para la alergia administrados por inyección.
- Cualquier servicio relacionado con la administración, la inyección o la aplicación de un medicamento.
- Sueros biológicos, salvo que se indique lo contrario en la *Guía de medicamentos preferidos*.
- Los medicamentos compuestos con receta que contienen productos químicos a granel que no tienen la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), incluidas las hormonas bioidénticas compuestas.
- Medicamentos o preparados que se utilizan con fines cosméticos.
- Dispositivos, productos y aparatos, a excepción de aquellos que se encuentran cubiertos específicamente.

(Continúa en la página siguiente)

Exclusiones de medicamentos con receta en casos ambulatorios (continuación)

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

Los siguientes medicamentos, servicios y productos no están cubiertos por el beneficio para medicamentos con receta en casos ambulatorios:

- Suplementos alimenticios, incluidos los alimentos médicos.
- Medicamentos o medicinas:
  - Medicamentos o medicinas administrados o ingeridos en el momento y el lugar donde se recetan 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 que se indica específicamente más arriba.
  - Medicamentos o medicinas que, desde el punto de vista terapéutico, son equivalentes o alternativos a un medicamento con receta cubierto (a menos que se apruebe una excepción médica).
- Medicamentos o medicinas:
  - Medicamentos o medicinas no aprobados por la FDA o de los que no se ha probado su seguridad o eficacia.
  - Medicamentos o medicinas ofrecidos con su plan médico mientras se encontraba internado en un centro de cuidado de salud.
  - Medicamentos o medicinas recientemente aprobados por la FDA, pero que todavía no han sido revisados por nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica.
  - Medicamentos o medicinas que incluyen vitaminas y minerales, salvo que los recomiende el Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.
  - Medicamentos o medicinas cuyo costo está cubierto por una agencia federal, estatal o gubernamental (por ejemplo, Medicaid o la Administración de Veteranos).
  - Medicamentos o medicinas para tratar la disfunción sexual, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual, que incluyen medicamentos, implantes, dispositivos o preparados para corregir o mejorar la función eréctil, mejorar la sensibilidad o alterar la forma o la apariencia de un órgano sexual.
  - Medicamentos o medicinas utilizados con el propósito de subir o bajar de peso que incluyen, entre otros, estimulantes, preparados, alimentos o suplementos dietéticos, suplementos y regímenes alimenticios, alimentos o suplementos alimenticios, supresores del apetito y otros medicamentos.
  - Medicamentos o medicinas que son hormonas utilizados para estimular el crecimiento y tratar la baja estatura idiopática, a menos que haya pruebas de que la persona cubierta cumple con uno o más criterios clínicos detallados en nuestras políticas clínicas y de 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 inmunitarios, a excepción de lo que se indica específicamente en la *Lista de beneficios* o el *Certificado*.
- Medicamentos implantables y dispositivos relacionados, a excepción de lo que se indica específicamente más arriba.

(Continúa en la página siguiente)

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Exclusiones de medicamentos con receta en casos ambulatorios (continuación) Los siguientes medicamentos, servicios y productos no están cubiertos por el beneficio para medicamentos con receta en casos ambulatorios: • Esterilidad: - Medicamentos inyectables con receta utilizados principalmente para el tratamiento contra la esterilidad. • Inyectables: - Cualquier cargo por la administración o inyección de medicamentos con receta, insulina inyectable y otros medicamentos inyectables cubiertos, excepto los que se indican en la sección "Servicios y suministros para diabéticos (incluidos los equipos y la formación)". - 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 utilizados como anticonceptivos. • Medicamentos con receta: - 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 que una persona esté usando o de los cuales esté abusando de una manera que contribuya a una adicción a una sustancia que genera dependencia o medicamentos obtenidos para una persona que no sea la persona identificada en la tarjeta de identificación. • Reemplazo de recetas perdidas o robadas. • Agentes de control, excepto los agentes para controlar la diabetes. • Productos para dejar de consumir tabaco, salvo que los recomiende el Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos. • Nos reservamos el derecho a considerar estas exclusiones: - El producto de un fabricante cuando haya un suministro, equipo o medicamento igual o similar (es decir, con el mismo ingrediente activo o el mismo efecto terapéutico) en la *Guía de medicamentos preferidos*. - Cualquier dosis o presentación de un medicamento cuando el mismo medicamento (es decir, con el mismo ingrediente activo o el mismo efecto terapéutico) está disponible en diferentes dosis o presentaciones en nuestra *Guía de medicamentos preferidos*.		

La persona cubierta, una persona designada para actuar en nombre de la persona cubierta o la persona que emite las recetas de la persona cubierta pueden solicitar un proceso de excepción médica acelerado para obtener la cobertura de los medicamentos no cubiertos en circunstancias extremas. Se considera una "circunstancia extrema" cuando la persona cubierta tiene una afección de salud que puede poner en grave riesgo su vida, su salud o la capacidad de recuperarse completamente, o cuando la persona cubierta se encuentra en un tratamiento en curso con un medicamento no incluido en el *Formulario*.

Si quiere solicitar una revisión urgente de una circunstancia extrema, puede comunicarse con el Departamento de 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

Exclusiones generales

Aborto

- Abortos, a menos que el embarazo ponga la vida de la mujer en grave peligro o suponga un riesgo grave de sufrir un deterioro considerable de una función corporal importante.

Acupuntura

- Acupuntura.
- Acupresión.

Viajes aéreos o espaciales

- Viajar en cualquier aeronave o descender de ella, incluido un ala delta, mientras dicha aeronave está en vuelo. Esto incluye descender con paracaídas, traje aéreo o cualquier dispositivo similar.

Esta exclusión no corresponde en los siguientes casos:

- Usted viaja exclusivamente como pasajero que paga una tarifa.
- Usted viaja en un avión comercial con licencia, que no es militar y que tiene horarios regulares programados.
- Usted viaja en un avión civil que tiene un certificado de aeronavegabilidad estándar de la Administración Federal de Aviación vigente y válido, y además:
  - El piloto del avión civil tiene un certificado vigente y válido con las clasificaciones apropiadas para el tipo de vuelo y avión en cuestión.
  - Usted es un pasajero que no tiene ninguna responsabilidad en un avión que solo se utiliza para transportar pasajeros, o es piloto o forma parte de la tripulación aérea, y realiza tareas para el titular de la póliza en un avión que este posee o alquila.

Cuidado de salud alternativo

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

Fuerzas Armadas

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

Tratamiento de salud emocional y psicológica

- Servicios para los siguientes casos, en función de las categorías, las enfermedades, los diagnósticos o los términos equivalentes según se mencionan en la última versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría:
  - Internación en un centro para el tratamiento de demencia o amnesia sin una perturbación del comportamiento que precise tratamiento de salud mental.
  - Servicio escolar o educativo, que incluye educación especial, educación correctiva, programas de tratamiento en la naturaleza o programas similares o relacionados.
  - Servicios provistos junto con actividades escolares, laborales, recreativas o durante las vacaciones.
  - Transporte.
  - Trastornos y desviaciones sexuales, salvo por los trastornos de identidad de género.
  - Trastornos por consumo de tabaco, a excepción de lo dispuesto en “Cuidado preventivo y bienestar” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos y exclusiones”.

Fuera del alcance de la autoridad legal

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

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.
- Los servicios de donantes de sangre, aféresis o plasmaféresis.
- En el caso de donaciones alogénicas y autólogas de sangre, solo están cubiertos los gastos de procesamiento y administración.

Tratamientos con ensayos clínicos (experimentales o de investigación)

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

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, ya sea por motivos psicológicos o emocionales, o no.

Esta exclusión no corresponde para lo siguiente:

- Cirugía luego de una lesión accidental, si se realiza tan pronto como sea médicamente posible. Las lesiones que se produzcan durante tratamientos médicos no se consideran lesiones accidentales, incluso si no se han programado o anticipado.
- Cobertura que puede proporcionarse según "Tratamiento de confirmación de género" en la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos y exclusiones".

Servicios y suministros dispuestos por orden judicial

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

Cuidado no médico

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 estables.
- Cuidado de sondas de alimentación (intermitente o continua) nasogástricas, de gastrostomía o yeyunostomía estables.
- Cuidado de un catéter uretral (incluye vaciar y cambiar los contenedores, y sujetar el tubo).
- Vigilancia o protección del paciente.
- Cuidado temporal para el descanso de la familia, excepto en relación con el cuidado de hospicio, cuidado diurno de adultos (o niños) o cuidado de convalecientes.

- Cuidado institucional. Incluye habitación y comida para curas de reposo, cuidado diurno de adultos y cuidado de convalecencia.
- Ayuda para caminar, asearse, bañarse, vestirse, acostarse, levantarse, ir al baño, comer o preparar las comidas.
- Cualquier otro servicio que podría enseñarse a una persona sin capacitación médica o paramédica.
- Cualquier servicio que una persona podría brindar sin ninguna capacitación médica o paramédica.

Cuidado dental para adultos

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

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

Servicios educativos

Por ejemplo:

- Cualquier servicio o suministro relacionados con servicios o pruebas de educación, capacitación o perfeccionamiento, excepto lo que se describe en "Servicios y suministros para diabéticos (incluye equipo y capacitación)" de la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos y exclusiones". Entre ellos, se incluyen los siguientes:
  - Educación especial.
  - Educación correctiva.
  - Programas de tratamiento en la naturaleza (sin importar si el programa forma parte de un centro residencial de tratamiento o una institución autorizada).
  - Capacitación laboral.
  - Programas de perfeccionamiento laboral.
- Servicios educativos, programas escolares y otros relacionados o similares, incluidos los terapéuticos en el entorno escolar.

Tratamiento o cirugía optativos

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

Exámenes

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

- Porque 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.
- Porque lo exige la ley.
- Para adquirir un seguro o para mantener una licencia.
- Para viajar.
- Para asistir a una institución educativa, a un campamento o a un evento deportivo, o para practicar un deporte o realizar otra actividad recreativa.

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 y exclusiones".

Cargos de un centro

Por cuidado, servicios o suministros brindados en estos lugares:

- Residencias para personas mayores.
- Centros de residencia asistida, salvo que tenga 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.

Delito grave

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

Terapia celular, génica y otras terapias innovadoras (GCIT)

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

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

Consulte la sección "Requisitos de necesidad médica y autorización previa".

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.

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 del trastorno de la articulación de la mandíbula realizado mediante la colocación de una prótesis directamente en los dientes, los servicios dentales y médicos quirúrgicos y no quirúrgicos y los servicios diagnósticos y terapéuticos relacionados con los trastornos de dicha articulación, incluido el dolor miofascial asociado.

Esta exclusión no corresponde a los beneficios cubiertos para el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular y del trastorno craneomandibular, tal como se indica en "Tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular y del trastorno craneomandibular" de la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos y exclusiones".

Sentencias o acuerdos

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

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. Consulte "Servicios de terapia de habilitación" y "Servicios para niños con retraso del desarrollo neurológico" en la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos y exclusiones".

Suministros médicos (desechables para tratamiento ambulatorio)

- Cualquier suministro o dispositivo desechable en casos ambulatorios. Por ejemplo:
  - Fundas.
  - Bolsas.
  - Prendas elásticas.
  - Medias de soporte.
  - Vendas.
  - Orinales de cama.
  - Jeringas, excepto para el tratamiento de la diabetes.
  - Suministros para exámenes de orina o de sangre, 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 con Medicare, si tiene derecho a Medicare Parte A sin pagar primas o está inscrito en Medicare Parte B, o si no tiene derecho a Medicare Parte A sin pagar primas o no está inscrito en Medicare Parte B debido a que usted rechazó, canceló o no realizó una solicitud adecuada para la cobertura.

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 de la vista. Esta excepción no corresponde para el beneficio en "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 y servicios para tratar la obesidad

- Tratamientos o medicamentos para reducir o aumentar el peso corporal, controlar el peso o tratar la obesidad (incluida la obesidad mórbida), salvo según se describe en "Cuidado preventivo y bienestar" en la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos y exclusiones". Se incluyen los servicios preventivos para los exámenes de detección de obesidad y las intervenciones de control de peso, independientemente de la existencia de otras enfermedades. Por ejemplo:
  - 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, salvo según se describe en la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan". Esto no corresponde si le dona el órgano a su cónyuge, pareja doméstica, hijo, hermano, padre o madre.

Otro pagador primario

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

Medicamentos con receta y sin ella en casos ambulatorios

- Medicamentos con receta y sin ella en casos ambulatorios y otros medicamentos proporcionados por el titular de la póliza.
- Formas de anticoncepción con anticonceptivos preventivos y con medicamentos con receta de marca de cada uno de los métodos identificados por la FDA.
- Medicamentos que están incluidos en la lista de medicamentos de especialidad con receta cubiertos a través de su plan de medicamentos con receta en casos ambulatorios.

Artículos para el cuidado, la comodidad o la conveniencia personales

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

Servicio privado de enfermería (ambulatorio)

Motín

- Servicios y suministros que recibe de proveedores como resultado de una lesión que sufre por la participación en un motín. Esto significa involucrarse en un motín de cualquier manera, lo que incluye incitar el motín o conspirar para hacerlo. No se incluyen las acciones en defensa propia, siempre y cuando no se lleven a cabo contra 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 dispuesto específicamente en la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos y exclusiones".

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 miembro de la familia

- Servicios proporcionados por un cónyuge, pareja doméstica, padre o madre, hijo, hijastro, hermano, hermana, pariente político, o cualquier miembro de la familia, excepto en los casos en los que el miembro de la familia sea dentista y tenga autorización en el estado de Texas para proporcionar el servicio dental prestado.

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.
- Los medicamentos con receta para suministros de 60 días no cumplen con los requisitos para la cobertura.

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 prestado por proveedores para tratar la apnea obstructiva del sueño y los trastornos del sueño.

Medicamentos de especialidad con receta

- 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.

Deportes

- Cualquier servicio o suministro prestado por proveedores como consecuencia de juegos o prácticas de deportes universitarios o interuniversitarios, sin incluir los deportes intramuros y los de clubes interuniversitarios.

Fuerza y rendimiento

- Servicios, dispositivos y suministros, como los medicamentos o preparados para mejorar principalmente lo siguiente:
  - La fuerza.
  - El estado físico.
  - La resistencia.
  - El rendimiento físico.

Estudiantes que se especializarán en el área de salud mental

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

Telemedicina, teleodontología o telesalud

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

Terapias y exámenes

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

Métodos para 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 dispuesto específicamente en “Cuidado preventivo y bienestar” en la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos y exclusiones”.
  - Hipnosis y otras terapias.
  - Medicamentos, a excepción de lo dispuesto específicamente en “Medicamentos con receta en casos ambulatorios” en la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos y exclusiones”.
  - Parches de nicotina.
  - Goma de mascar.

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.

Cuidado de la vista para adultos

- Examen de la vista de rutina proporcionado por un oftalmólogo o un optometrista, incluido el examen de diagnóstico de glaucoma y el de refracción.
- Servicios y suministros para el cuidado de la vista.

Programas de tratamiento en la naturaleza

Consulte “Servicios educativos” en 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 a recibir pagos de dicha fuente. 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.

En caso de emergencia médica

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

Cuidado en horas no laborales: disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Llame a su médico si tiene preguntas o inquietudes relacionadas con la salud. Su médico puede contar con un servicio de atención de llamadas si se comunica cuando el consultorio está cerrado. También puede acudir a un centro de cuidado de urgencia, que puede tener un horario de atención limitado. Para encontrar un centro cerca, ingrese en https://myaetna.com y busque en nuestra lista de médicos y otros proveedores del cuidado de la salud. Consulte los documentos del plan para saber cuánto debe pagar por los servicios de cuidado de urgencia.

Servicios y suministros fuera del área

Es posible que no tenga acceso a un proveedor de la red si viaja fuera del área de servicio del plan. Si necesita recibir servicios o suministros médicamente necesarios cuando viaja fuera del área de servicio del plan, le haremos un reembolso tal y como se indica en la siguiente tabla.

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

- Si se inscribe en el plan, y el proveedor al que acude actualmente no forma parte de la red.
- Si ya tiene la cobertura de otro plan de Aetna, y su proveedor deja de ser parte de la red.

Sin embargo, en algunos casos, puede continuar con el proveedor actual para completar un tratamiento o recibir un tratamiento que ya estaba programado. Esto se denomina “continuidad del cuidado”.

	Si usted es una persona inscrita recientemente, y su proveedor no forma parte de la red	Si está inscrito actualmente, 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 comunicándose con 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, pero este período se basa en la fecha en la 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 Aetna para obtener la aprobación de la continuidad del cuidado. Puede comunicarse con Servicios al Cliente a través del número gratuito que se encuentra al dorso de su tarjeta de identificación para obtener información sobre la continuidad del cuidado.
Duración del período de transición	El cuidado se seguirá brindando durante un período de transición de hasta nueve (9) meses. Este período se basa en la fecha en la que el proveedor dejó de participar en Aetna.
Cómo se paga el reclamo	Durante el período de transición, su reclamo se pagará a un precio no inferior al negociado.

Si está en el segundo trimestre de embarazo, y el proveedor deja de participar en Aetna	
Solicitud de aprobación	Su proveedor debe comunicarse con Aetna para obtener la aprobación de la continuidad del cuidado. Puede comunicarse con Servicios al Cliente a través del número gratuito que se encuentra al dorso de su tarjeta de identificación para obtener información sobre la continuidad del cuidado.
Duración del período de transición	El cuidado se seguirá brindando durante un período de transición hasta el parto, incluido el tiempo necesario para el cuidado posparto directamente relacionado con el parto. Incluye un chequeo posparto en seis semanas.
Cómo se paga el reclamo	Durante el período de transición, su reclamo se pagará a un precio no inferior al negociado.

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 no está satisfecho con el servicio que recibe del plan o quiere presentar una queja de algún proveedor de cuidado preferido, puede comunicarse con Servicios al Cliente por teléfono al número que aparece en su tarjeta de identificación o por escrito a Aetna a la siguiente dirección:
Aetna Life Insurance Company
Appeals Resolution Team
PO Box 14464
Lexington, KY 40512

En la queja, debe incluir una descripción detallada del asunto y, junto con esta, 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. La notificación sobre una determinación adversa de beneficios final también puede ofrecer la opción de solicitar una revisión externa (si corresponde).

Para obtener más información sobre los procedimientos de quejas y apelaciones o el proceso de revisión externa, puede llamar al número de Servicios al Cliente que figura en su tarjeta de identificación. La descripción completa del procedimiento de quejas y apelaciones y de los procesos de revisión externa figura en la póliza de grupo o el certificado de cobertura emitido a St. Mary's University y puede consultarse en **www.aetnastudenthealth.com**.

Directorio

La lista de proveedores de la red, que incluye descripciones completas de las redes de proveedores y una indicación de las organizaciones de proveedores preferidos que no aceptan nuevos pacientes para su plan, está en **www.aetnastudenthealth.com** con la etiqueta DocFind®. Cuando busque en DocFind®, debe asegurarse de localizar a los proveedores que participan en su plan. Es posible que los proveedores de la red solo se tengan en cuenta para ciertos planes de Aetna. Cuando busque proveedores dentales dentro de la red, debe asegurarse de buscar en el plan dental pediátrico. Al hacer la solicitud, le enviaremos una versión no electrónica del directorio sin costo alguno. Comuníquese con nosotros por teléfono al 855-357-0238 o al número de Servicios al Cliente que se encuentra al dorso de su tarjeta de identificación, o por escrito a la siguiente dirección:

Aetna, Student Health
151 Farmington Avenue
Hartford, CT 06156

Áreas de servicio de Aetna

La cantidad aproximada de asegurados estudiantes y sus dependientes en el área de servicio de Aetna para Dallas, Austin, Houston y áreas adicionales es de 17,763. A continuación se indica la cantidad de proveedores de cada tipo disponibles en el área de servicio de Aetna:

Área de servicio	Tipo de proveedor: proveedores hospitalarios (anestesiólogos, neonatólogos, patólogos, radiólogos)	Tipo de proveedor: psiquiatras	Tipo de proveedor: médicos generales, médicos de familia y médicos internistas	Tipo de proveedor: especialistas (cirujanos generales)	Tipo de proveedor: especialistas (obstetras y ginecólogos)	Tipo de proveedor: pediatras de cuidado primario	Tipo de proveedor: especialistas (los demás especialistas)	Tipo de proveedor: médicos de la sala de emergencias
Abernathy								
Abilene	76	1	63	6	20	28	197	
Addison	59		12		3		47	
Adkins								
Alamo			4			2		
Alamo Heights							1	
Albany			1					1
Aledo			4			3	4	
Alfred								
Alice	1	1	7	4	3	6	21	

Área de servicio	Tipo de proveedor: proveedores hospitalarios (anestesiólogos, neonatólogos, patólogos, radiólogos)	Tipo de proveedor: psiquiatras	Tipo de proveedor: médicos generales, médicos de familia y médicos internistas	Tipo de proveedor: especialistas (cirujanos generales)	Tipo de proveedor: especialistas (obstetras y ginecólogos)	Tipo de proveedor: pediatras de cuidado primario	Tipo de proveedor: especialistas (los demás especialistas)	Tipo de proveedor: médicos de la sala de emergencias
Allen	109	1	47	3	12	17	133	6
Alpine			8	7	3	2	10	
Alton			7		1	5		
Alvarado			2					
Alvin	2	1	19		1	5	36	
Alvord			1					
Amarillo	198	2	181	21	25	46	329	3
Anahuac			2					
Andrews			8	3	4		9	
Angleton	30	8	15	9	13	5	49	
Anson			2	1			1	
Apple Springs								
Aransas Pass			5			2	4	
Anna	1						15	
Aquilla		3						
Argyle	7	7	4			1	13	1
Arlington	317		163	29	65	65	557	20
Aspermont			2				1	
Atascocita	1		1			3	4	
Athens	1		28	4	4	3	66	
Atlanta			15			2	14	1
Aubrey			2				14	
Austin	305	42	638	140	380	255	2560	48
Azle	1	4	14	2		1	19	2
Baird			1		5			
Balch Springs			1			1	2	
Ballinger			6				2	
Bandera	1		5				10	
Bartonville			2					
Bastrop	7		13	3	4	5	73	
Bay City	11		11	2	4	6	26	
Baytown	40	6	63	13	14	22	180	2
Beaumont	45	11	73	19	25	23	225	2
Bedford	154	6	43	10	21	9	136	3
Bedias								
Bee Cave	23		9			1	22	

Área de servicio	Tipo de proveedor: proveedores hospitalarios (anestesiólogos, neonatólogos, patólogos, radiólogos)	Tipo de proveedor: psiquiatras	Tipo de proveedor: médicos generales, médicos de familia y médicos internistas	Tipo de proveedor: especialistas (cirujanos generales)	Tipo de proveedor: especialistas (obstetras y ginecólogos)	Tipo de proveedor: pediatras de cuidado primario	Tipo de proveedor: especialistas (los demás especialistas)	Tipo de proveedor: médicos de la sala de emergencias
Bee Caves	1		1				9	1
Beeville	1		10	3	2	4	14	1
Bellaire	35	1	32	21	14	19	174	
Bellmead			2			1		
Bells			1					
Bellville			4			1	11	
Belton		6	30			5	15	16
Benbrook			3				9	
Bertram			2					
Big Sandy								
Big Lake								
Big Spring			11	4	1	3	31	
Big Wells								
Blanco			1	1			8	1
Bluff Dale								
Boerne	37		32	4	13	25	154	
Bogata								
Bonham			6	1			10	1
Booker								
Borger			6	4	3	2	13	
Bowie	4		6				5	
Boyd			2					1
Brady			6				8	
Bracketville				1			2	
Brazoria			1					
Breckenridge			4		1		6	
Bremond						1		
Brenham	5		29	9	12	6	68	1
Bridge City			4					
Bridgeport			5	2			6	
Brookshire							1	
Brookeland			5					
Brownfield			4				4	
Brownsville	20	2	66	16	36	32	177	2
Brownwood	2		26	1	6	3	37	
Bryan	60		102	6	9	10	129	8
Buda			12	4	1	3	34	
Buffalo			2				2	
Bullard			3					

Área de servicio	Tipo de proveedor: proveedores hospitalarios (anestesiólogos, neonatólogos, patólogos, radiólogos)	Tipo de proveedor: psiquiatras	Tipo de proveedor: médicos generales, médicos de familia y médicos internistas	Tipo de proveedor: especialistas (cirujanos generales)	Tipo de proveedor: especialistas (obstetras y ginecólogos)	Tipo de proveedor: pediatras de cuidado primario	Tipo de proveedor: especialistas (los demás especialistas)	Tipo de proveedor: médicos de la sala de emergencias
Bulverde			2			15	9	
Burkburnett			3				1	
Burleson	10	2	38	5	16	10	120	12
Burnet	1	1	13	2	5	1	29	
Caldwell			5				2	1
Cameron	2		8	1		1	16	1
Canadian			6					
Canton		5	16				15	33
Canutillo			6				2	
Canyon			12	1		3	10	
Canyon Lake	1		2				1	
Carrizo Springs			6	2	1	1	3	
Carrollton	8	2	69	21	8	23	193	3
Carthage			14				20	
Castle Hills			1					
Castroville			19	1			31	1
Cedar Hill	15		16	2	2	8	50	
Cedar Park	16	1	48	13	24	44	278	31
Celina			2			1	15	1
Center			6		2		17	
Center Point								
Centerville			1					
Chandler			3					
Channelview			4				3	
Chappell Hill								
Cherokee								
Chico							1	
Childress			10	1			5	
China			1				1	
China Spring			1					
Cibola								
Cisco			2				2	
Clarendon								
Clarksville			3	1			1	1
Claude			1					
Clean Lake Shores								
Cibolo						2	5	

Área de servicio	Tipo de proveedor: proveedores hospitalarios (anestesiólogos, neonatólogos, patólogos, radiólogos)	Tipo de proveedor: psiquiatras	Tipo de proveedor: médicos generales, médicos de familia y médicos internistas	Tipo de proveedor: especialistas (cirujanos generales)	Tipo de proveedor: especialistas (obstetras y ginecólogos)	Tipo de proveedor: pediatras de cuidado primario	Tipo de proveedor: especialistas (los demás especialistas)	Tipo de proveedor: médicos de la sala de emergencias
Cleburne	143		24	3	6	2	48	4
Cleveland	30		12	1	2	5	34	
Clifton	2		19	2			5	
Clint						1		
Clute							2	
Clyde			2					1
Coldspring			1					
Coleman			3	1			4	
College Sta							2	
College Station	34	1	94	17	39	29	249	12
Colleyville	4		35	1	1	2	42	
Colorado City			4	1			3	
Columbus			8	2	2	1	24	
Comanche			9		1		5	
Comfort			3	1			23	
Commerce	1		4				1	
Conroe	29	3	83	17	23	28	317	113
Converse	1		2			1	3	
Cooper								
Coppell	2		21		1	11	36	3
Copperas Cove			14				11	
Corinth			6	4		3	14	
Corp Christi	1	4	5			2	6	1
Corpus Christi	32		151	25	56	81	390	7
Corsicana	2		17	2	6	1	55	1
Cottonwood								
Cotulla			3					
Crandall						2	1	
Crane			1					
Crockett			10	2			30	1
Crosby			4				5	1
Crosbyton						1		
Cross Plains								
Crossroads			7		5		8	
Crowell			1					

Área de servicio	Tipo de proveedor: proveedores hospitalarios (anestesiólogos, neonatólogos, patólogos, radiólogos)	Tipo de proveedor: psiquiatras	Tipo de proveedor: médicos generales, médicos de familia y médicos internistas	Tipo de proveedor: especialistas (cirujanos generales)	Tipo de proveedor: especialistas (obstetras y ginecólogos)	Tipo de proveedor: pediatras de cuidado primario	Tipo de proveedor: especialistas (los demás especialistas)	Tipo de proveedor: médicos de la sala de emergencias
Crowley			10				3	
Crystal Beach			2					
Crystal City			3					
Cuero			14	2			21	
Cypress	8	2	84	21	21	82	323	8
Daingerfield			3					
Dalhart			9	4			11	
Dallas	2778	28	792	419	538	219	5666	145
Dayton			2		1		6	
Dell City						1		
De Kalb								1
De Leon			5				1	
Decatur	12		21	10	6	3	79	1
Deer Park		3	10		5	2	9	
De Soto							1	
Del Rio	1		12	10	6	7	54	
Del Valle			5			1		
Denison	6		21	6	4	9	115	
Denton	71	11	58	16	30	15	327	10
Denver City			3	1	1		2	
Deport								
DeSoto	3	11	18	3	3	6	62	1
Devine			4		1		3	
Dickinson	24	8	16	1	6	2	33	1
Dilley			3					
Dimmitt			6					
Donna			18			10	1	
Double Oak			1					
Douglass								
Dripping Springs	3	2	11	1	3	9	46	
Dublin			1				1	
Dumas			15	1	2		10	1
Duncanville	25		4	3	2	2	34	
Eagle Lake	3		7	1	1		4	1
Eagle Pass			14	3	2	4	59	
Early					1		8	
East Bernard			3	1			2	

Área de servicio	Tipo de proveedor: proveedores hospitalarios (anestesiólogos, neonatólogos, patólogos, radiólogos)	Tipo de proveedor: psiquiatras	Tipo de proveedor: médicos generales, médicos de familia y médicos internistas	Tipo de proveedor: especialistas (cirujanos generales)	Tipo de proveedor: especialistas (obstetras y ginecólogos)	Tipo de proveedor: pediatras de cuidado primario	Tipo de proveedor: especialistas (los demás especialistas)	Tipo de proveedor: médicos de la sala de emergencias
Eastland	2		4				4	
Edcouch			5					
Eden			1					
Edgewood			2			1		1
Edinburg	25	1	63	21	42	43	207	3
Edna	1		3	2			8	
Egypt		3						
El Campo	1		8	1	1		25	1
El Paso	122	18	319	73	179	132	987	17
El Dorado			1				1	
Electra								
Elgin		4	2	1	2	9	10	1
Elkhart			2					
Elsa			1		1	3	1	
Emory			2				3	
Encino							1	
Ennis	9	3	16	2		5	20	1
Euless	4	6	26		18	2	29	1
Everman								
Fabens			5					
Fairfield			4				7	
Fairview							1	
Fair Oaks								
Falfurrias			5			1	13	
Farmers Branch			7	1			7	1
Farmersville			2				1	
Flint							7	
Fate								
Ferris			3					
Flatonia			1					
Flint	2		9					3
Floresville			15	1	1	3	27	1
Flower Mound	12	1	37	14	23	14	177	9
Floydada			1					
Forest Hill			1					
Forney			9	3	1	4	28	2
Fort Davis			1					

Área de servicio	Tipo de proveedor: proveedores hospitalarios (anestesiólogos, neonatólogos, patólogos, radiólogos)	Tipo de proveedor: psiquiatras	Tipo de proveedor: médicos generales, médicos de familia y médicos internistas	Tipo de proveedor: especialistas (cirujanos generales)	Tipo de proveedor: especialistas (obstetras y ginecólogos)	Tipo de proveedor: pediatras de cuidado primario	Tipo de proveedor: especialistas (los demás especialistas)	Tipo de proveedor: médicos de la sala de emergencias
Fort Hancock			2					
Fort Sam Houston							1	
Fort Stockton	2		9	1	2		3	
Fort Worth	1046	31	419	145	202	151	1595	49
Franklin			1					
Frankston			3					
Fredericksburg	10	4	24	7	11	3	88	2
Freeport		2						
Freer								
Fresno								
Friendswood	4	4	41	3	8	21	73	3
Friona			2				1	
Frisco	177	12	119	48	69	61	601	13
Ft Worth							3	
Fulshear			3	1		3	5	
Gainesville	4		12	9	7	3	44	
Galena Park	2				1	1		
Galveston	7		78	31	44	58	336	2
Ganado			1					
Garden Ridge								
Garland	64	7	68	12	5	30	173	1
Gatesville			22	3		1	25	1
George West			1					
Georgetown	8	13	61	11	22	15	179	6
Giddings			6			1	3	
Gilmer			5				10	
Gladewater			2					
Glen Rose			6	2	2		7	
Godley							2	
Goldthwaite			2				2	
Goliad			8				1	
Gonzales			12	3	12	1	23	5
Goodrich								
Gordon								
Gorman			1					

Área de servicio	Tipo de proveedor: proveedores hospitalarios (anestesiólogos, neonatólogos, patólogos, radiólogos)	Tipo de proveedor: psiquiatras	Tipo de proveedor: médicos generales, médicos de familia y médicos internistas	Tipo de proveedor: especialistas (cirujanos generales)	Tipo de proveedor: especialistas (obstetras y ginecólogos)	Tipo de proveedor: pediatras de cuidado primario	Tipo de proveedor: especialistas (los demás especialistas)	Tipo de proveedor: médicos de la sala de emergencias
Graham			8	3			11	
Granbury	59		24	4	5	7	93	2
Grand Prairie	26		51	2	22	9	67	8
Grand Saline			1					
Grandview			1					
Granger			1					
Grapevine	144	3	24	22	39	8	249	3
Greenville	26	5	22	6	3	6	88	2
Groesbeck			3				10	
Groves			2				3	
Groveton								
Gun Barrel City			12			2	52	
Hale Center			4					
Hallettsville			7	6			27	
Hallsville				1			1	
Haltom City		2	5		5	1	4	2
Hamilton			8	1			6	
Hamlin	2		2					
Harker Heights			6	2	30	9	52	2
HARKER HTS					1			
Harlingen		6	67	10	24	19	151	1
Haskell			2					
Haslet			3		1	8	4	
Hawkins			4					
Hearne			1					
Heath	8		4			3	5	
Hebbronville			2			1	1	
Helotes			2		1	3	14	
Hemphill			3				2	
Hempstead							1	
Henderson			15	1	4	2	54	
Henrietta	1		3					
Hereford			8	2	2		6	
Hewitt			6			1		
Hickory Creek			3				7	

Área de servicio	Tipo de proveedor: proveedores hospitalarios (anestesiólogos, neonatólogos, patólogos, radiólogos)	Tipo de proveedor: psiquiatras	Tipo de proveedor: médicos generales, médicos de familia y médicos internistas	Tipo de proveedor: especialistas (cirujanos generales)	Tipo de proveedor: especialistas (obstetras y ginecólogos)	Tipo de proveedor: pediatras de cuidado primario	Tipo de proveedor: especialistas (los demás especialistas)	Tipo de proveedor: médicos de la sala de emergencias
Hico		4	2					
Highland Village			13			6	17	
Hidalgo								1
Highlands			2					
Hillsboro			7	10			20	
Hitchcock								
Hondo	1		6	1			34	
Honey Grove			2					
Horizon City			2		4	4	1	
Horseshoe Bay			9				7	
Houston	1181	117	1635	537	929	894	7950	152
Hubbard							1	
Hughes Springs								
Huffman							1	
Humble	54		79	14	19	47	319	2
Hunt		3	1					
Huntington			1					
Huntsville	17		39	4	6	7	81	110
Hurst	108		11	4	1	12	102	2
Hutto			5			8	12	1
Idalou								
Ingleside			2					
Iowa Park			2				1	
Iraan			1					
Irving	136	2	118	23	61	40	405	7
Italia								
Jacksboro	2		7					
Jacksonville			31	5	7	6	96	2
Jasper	1	1	10	1		3	18	
Jayton								
Jefferson			1				3	
Jersey Village		1	5		2	1	3	
Joaquin			1					
Johnson City			2	1			5	

Área de servicio	Tipo de proveedor: proveedores hospitalarios (anestesiólogos, neonatólogos, patólogos, radiólogos)	Tipo de proveedor: psiquiatras	Tipo de proveedor: médicos generales, médicos de familia y médicos internistas	Tipo de proveedor: especialistas (cirujanos generales)	Tipo de proveedor: especialistas (obstetras y ginecólogos)	Tipo de proveedor: pediatras de cuidado primario	Tipo de proveedor: especialistas (los demás especialistas)	Tipo de proveedor: médicos de la sala de emergencias
Joshua	2		7				4	
Jourdanton	1		3	4	2		43	
Junction			3					
Justin			5				1	1
Karnes City			6		1	2		
Katy	42	11	121	20	46	100	480	11
Kaufman	1		8	4		2	18	3
Keene			1					
Keller	36	4	36	4	13	17	118	2
Kemah		6					3	
Kemp								
Kenedy			6				2	
Kennedale								
Kermit			1					1
Kerrville	8	1	37	7	5	2	119	1
Kilgore	2		7			2	15	
Killeen	22	2	49	14	13	27	156	7
Kingsland			8				1	
Kingsville	1		10	1	3	4	11	1
Kingwood	12	3	49	14	47	36	272	4
Kirbyville			2					
Knox City			1					1
Kountze			1					
Krugerville								
Krum								
Kyle	10		28	6	24	22	127	2
La Feria			2				1	
La Grange	4		9	6	12	3	42	2
La Joya			5			7	6	
La Marque		8	3			1	7	
La Mesa						1		
La Porte			6			3	10	
La Vernia			2		2		14	1
Lacy Lakeview			2			1		
Lago Vista			2				3	
Laguna Vista			2					
Lake Dallas	2						3	
Lake Jackson	12		25	5	4	6	82	1/

Área de servicio	Tipo de proveedor: proveedores hospitalarios (anestesiólogos, neonatólogos, patólogos, radiólogos)	Tipo de proveedor: psiquiatras	Tipo de proveedor: médicos generales, médicos de familia y médicos internistas	Tipo de proveedor: especialistas (cirujanos generales)	Tipo de proveedor: especialistas (obstetras y ginecólogos)	Tipo de proveedor: pediatras de cuidado primario	Tipo de proveedor: especialistas (los demás especialistas)	Tipo de proveedor: médicos de la sala de emergencias
Lake Worth		1	3			3	5	
Lake Hills			1					
Lakeway	5		18	8	11	3	146	3
Lamesa			7	1			3	1
Lampasas			8	1	1	2	16	1
Lancaster			7	5			11	
Lantana							1	
Laredo	10		69	15	33	25	154	1
Lavon								
League City	166	5	59	22	21	27	234	2
Leander			12			6	28	
Leonard								
Levelland			12	2		2	5	
Lewisville	39	9	33	12	15	10	144	2
Lexington			9			1		
Liberty	1	1	7				11	1
Liberty Hill		2					3	
Lindale	1		22	1		2	11	4
Linden	9		2				2	
Little Elm			11			5	11	1
Littlefield			6				1	
Live Oak	11		12	9	2	6	92	
Livingston	1		26	3	3	6	62	11
Llano	2		24	2	1	2	23	
Lockhart			13		1	3	24	3
Lockney			4					
Lone Star			1					
Longview	99	2	78	17	53	22	289	1
Los Fresnos						1	1	
Lubbock	157	18	157	52	44	78	462	23
Lucas						2		
Lufkin	18	2	55	3	9	6	125	1
Luling			7	1	2	2	11	4
Lumberton		1	5	1			4	1
Lytle			8				4	
Mabank			2				2	
Madisonville	1		7				2	
Magnolia	8		15			3	27	
Malakoff			1					

Área de servicio	Tipo de proveedor: proveedores hospitalarios (anestesiólogos, neonatólogos, patólogos, radiólogos)	Tipo de proveedor: psiquiatras	Tipo de proveedor: médicos generales, médicos de familia y médicos internistas	Tipo de proveedor: especialistas (cirujanos generales)	Tipo de proveedor: especialistas (obstetras y ginecólogos)	Tipo de proveedor: pediatras de cuidado primario	Tipo de proveedor: especialistas (los demás especialistas)	Tipo de proveedor: médicos de la sala de emergencias
Manchaca								
Manor			8		4	2	12	
Mansfield	44	2	44	26	49	16	236	3
Manvel		3	1				1	
Marathon								
Marble Falls	12		47	7	27	5	159	
Marfa			3					
Marlin			3			1	5	
Marshall	2		20	4	4	10	48	6
Mart			1					
Mason			2				3	
McDade							2	
Mathis			1			3		
McCamey			1					
McGregor			3	1				
McKinney	1						31	
McAllen	21	3	85	36	31	48	290	3
McKinney	231	1	93	26	38	31	388	13
Meadowlakes								
Medina								
Melissa			2				6	
Memphis			1					
Menard			2					
Mercedes			15	2	1	5	3	
Meridian							4	
Merkel			1					
Mesquite	69		45	8	13	41	185	3
Mexia			6	1		1	10	
Midland	19	10	48	10	28	25	142	5
Midlothian	12		31	5	6	8	39	1
Millsap								
Mineola			5				7	
Mineral Wells			8	2	4	1	28	
Mission			44	4	6	19	70	
Missouri City	1		24	1	3	16	52	3
Monahans			7	1			4	
Mont Belvieu			3				1	

Área de servicio	Tipo de proveedor: proveedores hospitalarios (anestesiólogos, neonatólogos, patólogos, radiólogos)	Tipo de proveedor: psiquiatras	Tipo de proveedor: médicos generales, médicos de familia y médicos internistas	Tipo de proveedor: especialistas (cirujanos generales)	Tipo de proveedor: especialistas (obstetras y ginecólogos)	Tipo de proveedor: pediatras de cuidado primario	Tipo de proveedor: especialistas (los demás especialistas)	Tipo de proveedor: médicos de la sala de emergencias
Montgomery	1		12			4	29	35
Moody								
Morton								
Moulton								
Mountain Home								
Mt. Enterprise								
Mt. Pleasant	1							
Mt. Pleasant	5	1	11	4	4	13	74	1
Mt. Vernon			1				1	
Muenster			3	1			2	1
Muleshoe			3					
Munday			1					
Murphy			11			7	9	1
N Richland Hls							3	
Nacogdoches	5		31	9	15	8	97	
Naples								
Nassau Bay	4		1	1	1	1	9	
Navasota		1	29			1	1	2
Nederland	14		15		5	2	34	
Needville			3					
New Boston			4			3	6	1
New Braunfels	41		64	8	39	37	236	25
New Caney			4				5	
Newton			1			1		
Nixon								
Nocona			3					
Normangee			11			1		
North Richland Hills	31		17	7	7	1	109	2
Northlake							1	
Odessa	23		68	13	37	21	157	3
Odonnell			2			2	2	
Olney			3					
Olton								
Onalaska			1					
Orange	2	1	12	1		2	13	

Área de servicio	Tipo de proveedor: proveedores hospitalarios (anestesiólogos, neonatólogos, patólogos, radiólogos)	Tipo de proveedor: psiquiatras	Tipo de proveedor: médicos generales, médicos de familia y médicos internistas	Tipo de proveedor: especialistas (cirujanos generales)	Tipo de proveedor: especialistas (obstetras y ginecólogos)	Tipo de proveedor: pediatras de cuidado primario	Tipo de proveedor: especialistas (los demás especialistas)	Tipo de proveedor: médicos de la sala de emergencias
Orange Grove								
Ore City								
Overton	1		2					
Ovilla	3		2					
Ozona			2					
Paducah								
Palacios								
Palestine	18		24	4	3	3	55	2
Palmhurst						2		
Palmview			4			3		
Pampa	1	2	7	2	2	1	15	
Panhandle								
Pantego							1	
Paris	39	2	27	4	9	4	93	1
Pasadena	38	5	86	14	19	50	284	96
Pearland	23	2	77	12	32	49	353	10
Pearsall	4		6	1	1		20	1
Pecos			4	3	5		9	
Penitas			3			5		
Perryton			8				2	
Pflugerville			29	4	8	7	65	8
Pharr			23		1	16	8	1
Pinehurst							1	
Pilot Point			1					
Pineland								
Pipe Creek								
Pittsburg	5		9		2	1	20	
Plains								
Plainview			22	3	2	2	12	1
Plano	522	29	238	94	109	92	1397	22
Pleasanton			10		1		10	
Port Aransas			1					
Port Arthur	4	2	23	2	7	6	65	
Port Isabel						1		
Port Lavaca			7	5	1	1	15	
Port Neches			4	1			5	
Porter	2	3	15	1	1	3	8	
Portland			10			8	7	

Área de servicio	Tipo de proveedor: proveedores hospitalarios (anestesiólogos, neonatólogos, patólogos, radiólogos)	Tipo de proveedor: psiquiatras	Tipo de proveedor: médicos generales, médicos de familia y médicos internistas	Tipo de proveedor: especialistas (cirujanos generales)	Tipo de proveedor: especialistas (obstetras y ginecólogos)	Tipo de proveedor: pediatras de cuidado primario	Tipo de proveedor: especialistas (los demás especialistas)	Tipo de proveedor: médicos de la sala de emergencias
Post			1			1		
Poteet								
Poth								
Pottsboro			1					
Premont								
Presidio			5		1			
Princeton					1		2	
Prosper	3	1	12	7	1	6	54	
Providence Village							1	
Quanah			4					
Quinlan			3				1	
Quitman			10	2		1	34	
Ranger	3		1					
Rancho Viejo								
Raymondville			7	1		3	2	
Red Oak	12		9		7	2	12	
Refugio			3				2	
Rhome			1					
Richardson	128	18	87	14	26	25	242	4
Richland Hills		1	1		1	5	5	
Richmond	13	18	23	3	24	18	73	1
Rio Grande				1	1	2	3	
Rio Grande City			14	8	4	7	51	
Rio Hondo								
Rising Star			1					
River Oaks								
Roanoke	1		4	1			27	2
Robinson		2						
Robstown			2			2	1	
Roby								
Rockdale	1		3		1	2	2	
Rockport			12	1	1		12	
Rockwall	100	1	38	13	15	15	252	6
Rollingwood							5	
Roscoe							1	
Roma			7			4		

Área de servicio	Tipo de proveedor: proveedores hospitalarios (anestesiólogos, neonatólogos, patólogos, radiólogos)	Tipo de proveedor: psiquiatras	Tipo de proveedor: médicos generales, médicos de familia y médicos internistas	Tipo de proveedor: especialistas (cirujanos generales)	Tipo de proveedor: especialistas (obstetras y ginecólogos)	Tipo de proveedor: pediatras de cuidado primario	Tipo de proveedor: especialistas (los demás especialistas)	Tipo de proveedor: médicos de la sala de emergencias
Rosebud			1					
Rosenberg			11		2	2	19	1
Rosharon								
Rotan			2					
Round Rock	65	3	99	27	48	63	564	19
Rowlett	6		22	6	10	4	89	3
Royse City			6			1	6	2
Rusk			6			4	2	
Sachse			3	1			3	
Saginaw			6			1	13	13
Salado			3				2	
San Angelo	22	6	73	9	17	23	152	1
San Antonio	475	53	767	278	387	310	3856	56
San Augustine			4		1		1	
San Benito			9	1	2	2	8	
San Diego								
San Elizario			2			1		
San Juan		1	11		3	4		
San Marcos	7	6	55	3	23	9	117	4
San Saba			4				3	
Sanderson			2					
Sanger			1				1	
Santa Fe			1				7	
Santa Rosa			3					
Santo								
Schertz	2		6	2	25	19	88	
Schulenburg			2			1	2	
Scroggins			1					
Seabrook			3				4	
Seagoville			2					
Sealy			3				14	
Seguin	6		21	5	5	5	66	1
Selma	1		2				5	
Seminole			8	5	2		10	4
Seven Points								
Seymour			4			2		
Shady Shores								
Shallowater			1					

Área de servicio	Tipo de proveedor: proveedores hospitalarios (anestesiólogos, neonatólogos, patólogos, radiólogos)	Tipo de proveedor: psiquiatras	Tipo de proveedor: médicos generales, médicos de familia y médicos internistas	Tipo de proveedor: especialistas (cirujanos generales)	Tipo de proveedor: especialistas (obstetras y ginecólogos)	Tipo de proveedor: pediatras de cuidado primario	Tipo de proveedor: especialistas (los demás especialistas)	Tipo de proveedor: médicos de la sala de emergencias
Shamrock			2				1	
Shavano Park			3	1			9	
Shenandoah	36		63	11	42	8	239	5
Shepherd			2					
Sherman	13	1	29	8	9	8	134	
Shiner			1	1			2	
Sierra Blanca			2			1		
Silsbee			3				7	
Silverton						2		
Sinton			3					
Slaton								
Smithville		4	4	1	1		9	16
Snyder	2		10		2		6	
Socorro			1			3		
Somerset			1				3	
Somerville			1					
Smyrna	1							
Socorro	1							
Sonora			6	1			1	1
South Houston						1	1	
South Lake	227						224	5
South Padre Island			1					
Southlake		1	52	7	3	19		
Spearman			7					
Splendora			4					
Spicewood		3				3	2	
Spring	65		127	17	9	48	410	157
Spring Branch		3	3	2	4		21	
Springtown			1					
Spur								
Stafford	1		1		9		6	
Stamford	1						2	
Stanton	4		2					1
Stephenville		4	24	5	4	4	32	3

Área de servicio	Tipo de proveedor: proveedores hospitalarios (anestesiólogos, neonatólogos, patólogos, radiólogos)	Tipo de proveedor: psiquiatras	Tipo de proveedor: médicos generales, médicos de familia y médicos internistas	Tipo de proveedor: especialistas (cirujanos generales)	Tipo de proveedor: especialistas (obstetras y ginecólogos)	Tipo de proveedor: pediatras de cuidado primario	Tipo de proveedor: especialistas (los demás especialistas)	Tipo de proveedor: médicos de la sala de emergencias
Stockdale			1					
Stratford			1					
Sudan								
Sugar Land	85		184	33	79	169	688	16
Sulphur Springs	14		15	7	6	4	35	2
Sumner								
Sundown								
Sunnyvale	4		9	1	4	11	36	1
Sunset Valley							1	
Sunray			1					
Sweeny			1	1			5	
Sweetwater	2		9	3	1	1	7	
Taft		7	1					
Tahoka			1					
Tatum			2					
Taylor	5		21				35	2
Teague			1				1	
Telephone			1					
Temple	32	2	137	55	29	60	494	4
Tenaha			1		1			
Terrell	19		10		5		17	1
Texarkana	31	1	55	17	31	13	215	8
Texas City	2	1	32	4	1	10	109	2
Texline								
The Colony	34		9				19	
The Hills								
The Woodlands	138	8	75	24	77	108	463	54
Thorndale			1		2			
Three Rivers			7		1	2		
Throckmorton							1	
Tilden			6		1	2		
Timpson			1					
Tomball	62		42	5	18	11	218	10
Trinidad								
Trinity								
Trophy Club	28		4			2	9	

Área de servicio	Tipo de proveedor: proveedores hospitalarios (anestesiólogos, neonatólogos, patólogos, radiólogos)	Tipo de proveedor: psiquiatras	Tipo de proveedor: médicos generales, médicos de familia y médicos internistas	Tipo de proveedor: especialistas (cirujanos generales)	Tipo de proveedor: especialistas (obstetras y ginecólogos)	Tipo de proveedor: pediatras de cuidado primario	Tipo de proveedor: especialistas (los demás especialistas)	Tipo de proveedor: médicos de la sala de emergencias
Troup				1			1	
Tulia			5					
Tyler	214	3	160	57	74	60	698	28
Universal City			5				7	
University Park	3							
Uvalde			10	1	1	1	60	
Valley View			1					
Van								
Van Alstyne			6			1	2	1
Van Horn								
Vanderpool								
Vernon	1		6	2			9	1
Victoria	18	1	78	43	13	17	177	4
Vidor			3					
Vinton			2		1			
Waco	61	12	169	49	37	38	430	4
Waller			2			3	4	
Wallis								
Waskom				1			1	
Watauga	3		4				11	
Waxahachie	48		44	15	22	7	131	7
Weatherford	658	1	34	9	3	6	94	
Webster	180		87	28	50	47	383	2
Weimar			3				3	
Wellington			2					
Weslaco	9		35	5	8	21	118	2
West			3				2	
West Columbia			3				5	
West Lake Hills	2		6	1	1	2	31	
Westlake							1	
Westworth Village							1	
Wharton	13		5		2	3	26	1
White Oak							3	
Wheeler			1					

Área de servicio	Tipo de proveedor: proveedores hospitalarios (anestesiólogos, neonatólogos, patólogos, radiólogos)	Tipo de proveedor: psiquiatras	Tipo de proveedor: médicos generales, médicos de familia y médicos internistas	Tipo de proveedor: especialistas (cirujanos generales)	Tipo de proveedor: especialistas (obstetras y ginecólogos)	Tipo de proveedor: pediatras de cuidado primario	Tipo de proveedor: especialistas (los demás especialistas)	Tipo de proveedor: médicos de la sala de emergencias
White Settlement			3				1	
Whitehouse			1	1			1	
Whitesboro			3				5	
Whitewright			1					
Whitney			6	1			2	1
Wichita Falls	9	8	48	7	17	16	134	2
Willis			16		3	1	3	
Willow Park		5	9		8	5	7	1
Wills Point	1		1				3	
Wimberley		4	6			2	8	
Windcrest			3				3	
Winnie			1					
Winnsboro	3		4	2	1	2	22	2
Winona								
Winters			3					1
Wolfforth			1			1		
Woodsboro			1					
Woodville		3	4			2	5	
Woodway	1		4			6	26	
Wortham			1					
Suite 201								
Wylie			11	2		13	28	2
Yoakum			5	2			11	
Yorktown			8				2	
Zapata			3				1	
Zavalla			1					

Nota importante:
Aunque los servicios de cuidado de salud se le podrían brindar o se le hayan brindado en un centro de cuidado de salud que es miembro de la red de proveedores que usa su plan de salud, podría recibir o haber recibido otros servicios profesionales en o a través del centro de parte de médicos y otros profesionales que no son miembros de esa red. Es posible que usted deba pagar la totalidad o parte de las tarifas de los servicios profesionales que su plan de beneficios de salud no cubre o no paga, a menos que esté prohibida la facturación de saldo para esos servicios.

Conozca la demografía de nuestra red y los planes de acceso al mercado local

Una vez al año comunicamos al Departamento de Seguros de Texas los datos y la información de los planes de salud para ayudar a dicho departamento a evaluar la idoneidad de nuestras redes. Si se aplica una exención o un plan de acceso al mercado local a los servicios del centro o a los servicios de medicina interna, medicina familiar o general, medicina pediátrica, obstetricia y ginecología, anestesiología, psiquiatría o cirugía general, puede consultar 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 por teléfono al 855-357-0238 o al número de Servicios al Cliente que se encuentra al dorso de su tarjeta de identificación.

Notificación al Departamento de Seguros de Texas

Tiene el derecho de obtener una red adecuada de proveedores preferidos (también conocidos como “proveedores de la red”). Si cree que la red es inadecuada, puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas. Si recibió información esencialmente inexacta, puede tener derecho a que se le pague un reclamo fuera de la red en el nivel de porcentaje de reembolso dentro de la red y a que sus gastos de desembolso se tengan en cuenta para el deducible dentro de la red y el desembolso máximo. En la mayoría de los casos, tiene derecho a obtener presupuestos por adelantado:

- De los proveedores fuera de la red para informarle lo que cobrarán por sus servicios.
- De su compañía de seguros para informarle lo que esta pagará por los servicios.

Puede obtener un directorio actualizado de proveedores preferidos en el sitio web **www.aetna.com/docfind** o llamando al número que figura en su tarjeta de identificación de Aetna (si aún no está inscrito, llame al **1-888-982-3862**) para que lo ayuden a encontrar los proveedores preferidos disponibles. Si el directorio es esencialmente inexacto, puede tener derecho a que se le pague un reclamo fuera de la red en el nivel de beneficios dentro de la red. Si recibe cuidado de un proveedor o un hospital que no es de la red, es posible que se le facture lo que no cubre la compañía de seguros.

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. 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

Aetna se compromete a ser una compañía de cuidado de salud inclusiva. Aetna no discrimina por motivos de ascendencia, raza, grupo étnico, color, religión, sexo/género (incluido el embarazo), nacionalidad, orientación sexual, identidad o expresión de género, discapacidad física o mental, enfermedad, edad, condición de veterano, situación militar, estado civil, información genética, ciudadanía, desempleo ni afiliación política; tampoco por otros motivos o características que estén prohibidos por las leyes federales, estatales y locales vigentes.

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

Estos servicios incluyen los siguientes:

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

Si necesita estos servicios, llame al número que figura en su tarjeta de identificación. ¿Todavía no es miembro de Aetna? Llámenos al 1-855-357-0238.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestra política de no discriminación o alguna inquietud relacionada con la discriminación de la que quisiera hablar, llámenos al 1-855-357-0238.

Tenga en cuenta que Aetna cubre los servicios de salud de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables. No todos los servicios de salud están cubiertos. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura.

Declaración de asistencia lingüística

Hay servicios gratuitos de interpretación disponibles si los solicita.

Attention: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-357-0238** (TTY: **711**).

Español

Atención: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-357-0238** (TTY: **711**).

አማርኛ/Amhárico

ልብ ይበሉ: አማርኛ ቋንቋ የሚናገሩ ከሆነ፥ የትርጉም ድጋፍ ሰጪ ድርጅቶች፣ ያለምንም ክፍያ እርስዎን ለማገልገል ተዘጋጅተዋል። የሚከተለው ቁጥር ላይ ይደውሉ **1-855-357-0238** (መስማት ለተሳናቸው: **711**).

العربية/Árabe

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-855-357-0238** (رقم الهاتف النصي.(**711** :

Ɓàsɔ́ɔ̀ Wùɖù/Bassa

Dè dɛ nìà kɛ dyɛ̀ɖɛ́ gbo: Ɔ jǔ kɛ́ m̀ dyi Ɓàsɔ́ɔ̀-wùɖù-po-nyɔ̀ jǔ nǐ, nìǐ à wuɖu kà kò ɖò po-poɔ̀ ɓɛ́ m̀ gbo kpáa. Ɖá **1-855-357-0238** (TTY: **711**).

中文/Chino

注意：如果您说中文，我们可为您提供免费的语言协助服务。请致电 **1-855-357-0238** (TTY: **711**)。

فارسی/Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات زبانی رایگان به شما ارایه میگردد، با شماره **1-855-357-0238** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

Français/Francés

Attention: Si vous parlez français, vous pouvez disposer d'une assistance gratuite dans votre langue en composant le **1-855-357-0238** (TTY: **711**).

ગુજરાતી/Guyaratí

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો ભાષાકીય સહાયતા સેવા તમને નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. કૉલ કરો **1-855-357-0238** (TTY: **711**).

Kreyòl Ayisyen/Criollo haitiano

Atansyon: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-855-357-0238** (TTY: **711**).

Igbo

Nrụbama: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dịịrị gị. Kpọọ **1-855-357-0238** (TTY: **711**).

한국어/Coreano

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-855-357-0238** (TTY: **711**)번으로 전화해 주십시오.

Português/Portugués

Atenção: a ajuda está disponível em português por meio do número **1-855-357-0238** (TTY: **711**). Estes serviços são oferecidos gratuitamente.

Русский/Ruso

Внимание: если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Звоните по телефону **1-855-357-0238** (TTY: **711**).

Tagalo

Paunawa: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-855-357-0238** (TTY: **711**).

اردو/Urdu

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت دستیاب ہیں - (TTY: **711**) **1-855-357-0238** پر کال کریں.

Tiếng Việt/Vietnamita

Lưu ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Gọi số **1-855-357-0238** (TTY: **711**).

Yorùbá/Yoruba

Àkíyèsí: Bí o bá nsọ èdè Yorùbá, ìrànlọ́wọ́ lórí èdè, lófẹ̀ẹ́, wà fún ọ. Pe **1-855-357-0238** (TTY: **711**).

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, Coventry Health Care y sus filiales (Aetna).