

Aetna Student HealthSM

Diseño del plan y resumen de beneficios



Open Choice PPO

Stanislaus State

Año de póliza: 2022-2023

Número de póliza: 686223

www.aetnastudenthealth.com

(877) 480-4161



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

Centro de salud para estudiantes de Stanislaus State

Los Servicios de Salud de la universidad son el centro de salud dentro del campus de la universidad. Para obtener más información, llame al Centro de Salud al (209) 667-3396. Ante una emergencia, llame al 911.

¿Quiénes cumplen con los requisitos?

Todos los estudiantes extranjeros, profesores académicos visitantes y becarios que posean un pasaporte vigente y un estatus de visa válido (F-1, J-1 o M-1), que participen en actividades educativas en Stanislaus State y que se encuentren temporalmente fuera de su país de origen y no se les haya otorgado la residencia permanente deben estar asegurados conforme a la póliza. La inscripción debe hacerse directamente antes de inscribirse en las clases. Solo se les autorizará la exención a quienes ya estén asegurados por planes equivalentes.

El estudiante debe asistir activamente a clase, por lo menos, los primeros 31 días posteriores a la fecha en la cual se adquirió la cobertura. El estudio a distancia o por correspondencia y los cursos en línea no cumplen con el requisito que establece que el estudiante debe asistir activamente a clase.

Requisitos para la cobertura de dependientes

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

Fechas de cobertura y tarifas

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

| | Otoño | Primavera | Primavera-verano | Verano |
|---------------------------------------|----------------------|---------------------|----------------------|----------------------|
| Fecha de inicio de la cobertura | 11 de agosto de 2022 | 21 de enero de 2023 | 21 de enero de 2023 | 4 de junio de 2023 |
| Fecha de finalización de la cobertura | 20 de enero de 2023 | 3 de junio de 2023 | 10 de agosto de 2023 | 10 de agosto de 2023 |
| Estudiante | \$1,297 | \$1,066 | \$1,607 | \$541 |
| Cónyuge | \$1,297 | \$1,066 | \$1,607 | \$541 |
| Cada hijo (hasta 2) | \$1,297 | \$1,066 | \$1,607 | \$541 |

Fecha límite para inscribirse:

31 de agosto de 2022 (otoño)

28 de febrero de 2023 (primavera-verano)

30 de junio de 2023 (verano)

Inscripción

Para inscribirse en línea o para inscribir a sus dependientes, los estudiantes deben ingresar en csustan.myahpcare.com y hacer clic en la pestaña de inscripción. Allí deben seleccionar el enlace que corresponda.

Nota importante sobre la cobertura de hijos recién nacidos o adoptados:

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

- Para que siga teniendo cobertura, debe informar a nosotros o a nuestro agente sobre el nacimiento y pagar la prima correspondiente durante ese período de 31 días.
- Aunque la cobertura del recién nacido no requiera el pago de una prima adicional, debe inscribirlo en el plazo de 31 días a partir del nacimiento.
- Si no cumple con este plazo, su hijo recién nacido no tendrá beneficios de salud después de los primeros 31 días.
- Si su cobertura termina durante este período de 31 días, la cobertura del recién nacido terminará en la misma fecha, aunque no haya finalizado el período de 31 días.

Un niño adoptado por usted o por usted y su cónyuge, pareja doméstica o compañero civil, o colocado con usted en adopción, está cubierto en el plan los primeros 31 días después de completar la adopción o la colocación en adopción.

- Para que siga teniendo cobertura, debe enviarnos la información de inscripción completa en el plazo de 31 días a partir de la adopción o de la colocación en adopción.
- Aunque la cobertura del hijo adoptivo o colocado en adopción no requiera el pago de una prima adicional, debe inscribirlo en el plazo de 31 días a partir de la adopción o colocación en adopción.
- Si no cumple con este plazo, su hijo adoptivo o colocado en adopción no tendrá beneficios de salud después de los primeros 31 días.
- Si su cobertura termina durante este período de 31 días, la cobertura de su hijo adoptivo o colocado en adopción terminará en la misma fecha, aunque no haya finalizado el período de 31 días.

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

Aviso sobre los requisitos de cobertura para Medicare

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

Terminación y reembolsos

Abandono de las clases por licencia:

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

Abandono de las clases por motivos diferentes a una licencia:

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

Red de proveedores

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

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

Precertificación

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

Llamada de precertificación

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

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

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

Coordinación de beneficios

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

Descripción de los beneficios

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

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

| | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|--|----------------------------|----------------------------|
| Deducible por año de póliza | | |
| Debe alcanzar el deducible por año de póliza antes de que el plan pague los beneficios. | | |
| Estudiante | \$50 por año de póliza | \$300 por año de póliza |
| Cónyuge | \$50 por año de póliza | \$300 por año de póliza |
| Cada hijo | \$50 por año de póliza | \$300 por año de póliza |
| Familia | Ninguna | Ninguna |
| Exención del deducible por año de póliza | | |
| Se lo exime del deducible por año de póliza para los siguientes servicios de salud que cumplen con los requisitos: <ul style="list-style-type: none"> Servicios dentro de la red para cuidado preventivo y de bienestar, servicios pediátricos dentales, servicios de cuidado pediátrico de la vista y medicamentos con receta en casos ambulatorios. Cuidado dentro y fuera de la red en la sala de recién nacidos sanos. | | |
| Individual | | |
| Este es el monto que usted debe por los servicios de salud que cumplen con los requisitos dentro y fuera de la red cada año de póliza antes de que el plan comience a pagarlos. Una vez que el monto que usted paga por los servicios de salud que cumplen con los requisitos alcance el deducible por año de póliza, este plan pagará dichos servicios por el resto del año de póliza. | | |
| Límites máximos de desembolso | | |
| Estudiante | \$5,000 por año de póliza | \$7,000 por año de póliza |
| Cónyuge | \$5,000 por año de póliza | \$7,000 por año de póliza |
| Cada hijo | \$5,000 por año de póliza | \$7,000 por año de póliza |
| Familia | \$10,000 por año de póliza | \$14,000 por año de póliza |

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

| Servicios de salud que cumplen con los requisitos | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|---|---|---------------------------|
| Vacunas de cuidado preventivo | | |
| En un centro o en el consultorio de un médico | 100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza. | Sin cobertura |
| Máximos | Están sujetos a los límites de edad establecidos en las pautas generales respaldadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. | |
| Exámenes ginecológicos de rutina (incluye prueba de PAP y pruebas citológicas) | | |
| En el consultorio del médico, obstetra, ginecólogo u obstetra-ginecólogo | 100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza. | Sin cobertura |
| Máximo de visitas por año de póliza | 1 visita | |
| Servicios de asesoramiento y exámenes preventivos | | |
| Servicios de asesoramiento y exámenes preventivos relacionados con la obesidad o asesoramiento 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. | Sin cobertura |
| Visitas al consultorio de asesoramiento para manejo del estrés | 100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza. | Sin cobertura |
| Visitas al consultorio de asesoramiento para enfermedades crónicas | 100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza. | Sin cobertura |
| Exámenes de rutina para detectar cáncer | 100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza. | Sin cobertura |

| Servicios de salud que cumplen con los requisitos | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|---|---|---------------------------|
| Máximo | Según las pautas relacionadas con la edad, la historia familiar y la frecuencia que se establezcan en la versión más actualizada de las siguientes fuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Artículos basados en pruebas que tengan vigente una calificación “A” o “B” en las recomendaciones actuales del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos. • Pautas generales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud. | |
| Máximo de exámenes para detectar cáncer de pulmón | 1 examen cada 12 meses* | |
| Servicios de cuidado prenatal: solo servicios de cuidado preventivo (incluye la participación en el Programa de Detección Prenatal de California) | 100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza. | Sin cobertura |
| Servicios de asesoramiento y apoyo sobre la lactancia | 100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza. | Sin cobertura |
| Suministros y accesorios para sacaleches | 100 % del cargo negociado por artículo No corresponden copago ni deducible por año de póliza. | Sin cobertura |
| Servicios de planificación familiar: anticonceptivos femeninos | | |
| Visitas al consultorio para recibir servicios de asesoramiento sobre anticonceptivos femeninos | 100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza. | Sin cobertura |
| Dispositivos y medicamentos anticonceptivos femeninos genéricos con receta proporcionados, administrados o extraídos por un proveedor durante una visita al consultorio Por cada suministro de 30 días o suministro de 12 meses | 100 % del cargo negociado por artículo No corresponden copago ni deducible por año de póliza. | Sin cobertura |
| Esterilización voluntaria femenina: servicios ambulatorios y con internación prestados por proveedores | 100 % del cargo negociado No corresponden copago ni deducible por año de póliza. | 70 % del cargo reconocido |
| Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier método anticonceptivo que solamente esté revisado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, pero no cuente con su aprobación. | | |

| Servicios de salud que cumplen con los requisitos | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|---|---|--------------------------------------|
| 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) | Copago de \$20; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita. | 70 % del cargo reconocido por visita |
| Tratamiento y pruebas de alergias | | |
| Pruebas de alergias e inyecciones para tratar alergias (incluidos sueros y extractos para la alergia administrados por inyección) suministradas en el consultorio de un médico o especialista | 90 % del cargo negociado | 70 % del cargo reconocido |
| Servicios quirúrgicos de médicos y especialistas | | |
| Cirugía realizada por un cirujano durante una internación en hospital o centro de nacimientos (incluye gastos de anestesista y asistente médico quirúrgico) | 90 % del cargo negociado | 70 % del cargo reconocido |
| Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios prestados por cualquier otro médico que asiste al médico que opera. • Una internación en un hospital (este servicio se trata en 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) | 90 % del cargo negociado por visita | 70 % del cargo reconocido por visita |
| Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios prestados por cualquier otro médico que asiste al médico que opera. • Una internación en un hospital (este servicio se trata en 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. | | |
| Alternativas a la visita al consultorio del médico | | |
| Visitas a clínicas sin cita previa (que no son de emergencia) | Copago de \$20; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita. | 70 % del cargo reconocido por visita |

| Servicios de salud que cumplen con los requisitos | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|---|---|--|
| Cuidado en hospitales y otros centros | | |
| Internación: habitación y comida, y otros servicios y suministros varios (incluye cargos del centro de nacimientos) | 90 % del cargo negociado por ingreso | 70 % del cargo reconocido por ingreso |
| Pruebas previas a la admisión | Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde recibe el servicio. | Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio. |
| Servicios no quirúrgicos prestados por médicos en el hospital | 90 % del cargo negociado por visita | 70 % 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 | 90 % del cargo negociado por visita | 70 % del cargo reconocido por visita |
| Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios prestados por cualquier otro médico que asiste al médico que opera. • Una internación en el hospital (consulte el beneficio para los cargos del centro en “Cuidado en hospitales y otros centros” en esta sección). • Un cargo extra del centro por una cirugía realizada en el consultorio del médico. • Servicios de otro médico para la administración de anestesia local. | | |
| Cuidado de salud en el hogar | 90 % del cargo negociado por visita | 70 % del cargo reconocido por visita |
| Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería y asistencia médica a domicilio o servicios de apoyo terapéutico que se brindan fuera del hogar (por ejemplo, en la escuela, durante las vacaciones, en el trabajo o en actividades recreativas). • Transporte. • Servicios o suministros brindados a un menor de edad o adulto dependiente cuando un miembro de la familia o cuidador no está presente. • Servicios de ayuda en el hogar o de empleadas domésticas. • Comidas o servicios a domicilio. • Terapia de mantenimiento. | | |
| Servicios en hospicio (con internación) | 90 % del cargo negociado por ingreso | 70 % del cargo reconocido por ingreso |
| Servicios en hospicio (ambulatorios) | 90 % del cargo negociado por visita | 70 % del cargo reconocido por visita |
| Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: <ul style="list-style-type: none"> • Preparativos para funerales. • Asesoramiento financiero o legal, incluidas la planificación de bienes y la redacción de un testamento. • Servicios de ayuda en el hogar o de cuidador, que son servicios que no se refieren únicamente a su cuidado y pueden incluir lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de un cuidador o un acompañante para usted o para otro miembro de la familia. - Transporte. - Mantenimiento del hogar. | | |

| Servicios de salud que cumplen con los requisitos | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|---|--|--|
| Centro de enfermería especializada (con internación) | 90 % del cargo negociado por ingreso | 70 % del cargo reconocido por ingreso |
| Sala de emergencias de un hospital | Copago de \$150; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita. | Se paga igual que la cobertura dentro de la red. |
| Cuidado que no es de emergencia en sala de emergencias del hospital | Sin cobertura | Sin cobertura |

Nota importante:

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

Los siguientes servicios no están cubiertos por 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 | 90 % del cargo negociado por visita | 70 % del cargo reconocido por visita |
| Uso no urgente de un proveedor de cuidado de urgencia | Sin cobertura | Sin cobertura |

Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio:

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

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

| | | |
|---------------------|--|--------------------------------------|
| Servicios de tipo A | 100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible. | 70 % del cargo reconocido por visita |
|---------------------|--|--------------------------------------|

| Servicios de salud que cumplen con los requisitos | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|---|--|--|
| Servicios de tipo B | 100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible. | 70 % del cargo reconocido por visita |
| Servicios de tipo C | 100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible. | 50 % del cargo reconocido por visita |
| Servicios de ortodoncia | 100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible. | 50 % del cargo reconocido por visita |
| Servicios dentales de emergencia | Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio. | Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio. |

Exclusiones del cuidado dental pediátrico

Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio:

- Tratamiento dental asíncrono.
- Servicios y suministros cosméticos, como cirugía plástica, reconstructiva y cosmética; personalización o caracterización de dentadura postiza u otros servicios y suministros cuyo fin sea mejorar, cambiar o resaltar la apariencia; aumento y vestibuloplastia; y otras sustancias para proteger, limpiar, blanquear o alterar la apariencia de los dientes (ya sea por motivos psicológicos o emocionales o no). Los recubrimientos en las coronas de molares y en los pónicos se considerarán siempre 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 (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.
- Tratamiento de ortodoncia, a excepción de lo que se encuentra cubierto dentro de esta sección.
- Pónicos, coronas, restauraciones fundidas o procesadas hechas con metales altamente nobles (oro).
- Medicamentos con receta.
- Reemplazo de dientes más allá del complemento normal de 32.

| Servicios de salud que cumplen con los requisitos | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios y suministros con estas características: <ul style="list-style-type: none"> - Se prestan sin pruebas de patología, disfunción o enfermedad distintas de las cubiertas en los servicios preventivos. - Se brindan para su conveniencia o comodidad personal, o la de cualquier otra persona, incluido un proveedor. - Se brindan en relación con tratamientos o cuidados que no están cubiertos con su póliza. • Remoción quirúrgica de muelas de juicio impactadas solo por motivos de ortodoncia, excepto cuando sea médicamente necesario. • Tratamientos prestados por una persona que no sea proveedor de cuidado dental. | | |
| Servicios y suministros para diabéticos (incluyen equipo y capacitación) | Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio. | Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio. |
| Tratamiento de podiatría (cuidado de los pies) y tratamiento con un médico y un especialista para el cuidado de los pies que no es de rutina | Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio. | Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio. |
| <p>Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios y suministros para lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento de callos, juanetes, uñas del pie, pie plano, dedos en martillo, arcos caídos. - Tratamiento de pies débiles, dolor de pie crónico o afecciones provocadas por actividades habituales, como caminar, correr, trabajar o usar zapatos. - Suministros (incluidos zapatos ortopédicos), dispositivos ortopédicos para pies, soportes de arco, plantillas para zapatos, tobilleras ortopédicas, protectores, cremas, ungüentos y otros equipos, dispositivos y suministros. - Servicios de pedicura de rutina, como el corte de uñas, durezas y callos, cuando no hay una enfermedad o una lesión en los pies. | | |
| Muelas de juicio impactadas | 90 % del cargo negociado | 70 % del cargo reconocido |
| Lesiones accidentales en dientes sanos y naturales. | 90 % del cargo negociado | 70 % del cargo reconocido |
| <p>Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. |

| Servicios de salud que cumplen con los requisitos | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|---|--|--|
| Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: <ul style="list-style-type: none"> Implantes dentales. | | |
| Servicios por exposición a sangre y fluidos corporales | Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio. | Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio. |
| Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: <ul style="list-style-type: none"> Servicios y suministros brindados para el tratamiento de una enfermedad provocada por una lesión clínica relacionada, ya que se cubren conforme a otra parte de esta póliza para estudiantes. | | |
| Ensayos clínicos (costos de rutina del paciente) | Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio. | Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio. |
| Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: <ul style="list-style-type: none"> Servicios y suministros relacionados con la recolección de datos y el sistema de registro, que solamente se necesitan por los ensayos clínicos (es decir, costos ocasionados por el protocolo). Servicios y suministros que el patrocinador del ensayo le ofrece sin costo. <p>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).</p> | | |
| Tratamiento dermatológico | Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio. | Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio. |
| Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: <ul style="list-style-type: none"> Procedimientos y tratamientos cosméticos. | | |
| Cirugía bariátrica y servicios para tratar la obesidad | Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio. | Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio. |
| Cirugía para tratar la obesidad: gastos de viaje y alojamiento | | |
| Beneficio máximo de gastos de viaje para cada viaje de ida y vuelta (cobertura de tres viajes de ida y vuelta: una visita prequirúrgica, la cirugía y una visita de seguimiento) | \$130 | \$130 |
| Beneficio máximo de gastos de viaje para cada viaje de ida y vuelta por acompañante (cobertura de dos viajes de ida y vuelta: la cirugía y una visita de seguimiento) | \$130 | \$130 |
| Beneficio máximo de gastos de alojamiento por paciente y acompañante para la visita prequirúrgica y de seguimiento | \$100 por día, hasta dos días | \$100 por día, hasta dos días |
| Beneficio máximo de gastos de alojamiento por acompañante para la internación por cirugía | \$100 por día, hasta cuatro días | \$100 por día, hasta cuatro días |

| Servicios de salud que cumplen con los requisitos | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|--|--|--|
| <p>Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos o medicamentos para reducir o aumentar el peso corporal, controlar el peso o tratar la obesidad (incluida la obesidad mórbida), salvo según se describe anteriormente y en “Cuidado preventivo y bienestar” en la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos y exclusiones”. Se incluyen los servicios preventivos para los exámenes de detección de obesidad y las intervenciones de control de peso, independientemente de la existencia de otras enfermedades. Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> - Medicamentos, estimulantes, preparados, alimentos o suplementos dietarios, suplementos y regímenes alimenticios, suplementos nutricionales, supresores del apetito y otras medicinas. - Hipnosis u otras formas de terapia. - Programas de ejercicios, equipos de entrenamiento, membresías en gimnasios, terapia recreativa u otras formas de hacer ejercicios o aumentar la actividad física. | | |
| Cuidado de maternidad que no se considere como cuidado preventivo (incluye cuidado para el parto y posparto en hospital o 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. |
| <p>Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 | 90 % del cargo negociado No corresponde el deducible por año de póliza. | 70 % del cargo reconocido No corresponde el deducible por año de póliza. |
| <p>Servicios de planificación familiar: otros</p> | | |
| Esterilización voluntaria masculina (servicios quirúrgicos) | 90 % del cargo negociado | 70 % del cargo reconocido |
| Aborto | 90 % del cargo negociado | 70 % del cargo reconocido |
| <p>Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reversión de procedimientos de esterilización voluntaria, incluido el seguimiento relacionado. | | |
| <p>Tratamiento de confirmación de sexo</p> | | |
| Tratamiento quirúrgico, terapia de reemplazo hormonal y asesoramiento | Cobertura según la sección “Salud emocional y psicológica”. | Cobertura según la sección “Salud emocional y psicológica”. |
| <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rinoplastia. • Estiramiento facial. • Realce de labios. • Reducción de huesos faciales. • Blefaroplastia. • Liposucción de cintura (contorno de silueta). • 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. | | |

| Servicios de salud que cumplen con los requisitos | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Fajas para el pecho. Implantes de mentón y nariz, y reducción de labios, que se utilizan para inducir la masculinización y se consideran cosméticos. | | |
| Tratamiento de salud mental y por abuso de sustancias La cobertura se brinda según los mismos términos y condiciones que para cualquier otra enfermedad. | | |
| Internación (habitación y comida, y otros servicios y suministros varios en hospital) | 90 % del cargo negociado por ingreso | 70 % del cargo reconocido por ingreso |
| Visitas ambulatorias al consultorio (incluye consultas de telemedicina) | Copago de \$20; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita. | 70 % del cargo reconocido por visita |
| Otros tratamientos ambulatorios (incluye servicios especializados de salud emocional y psicológica en el hogar) | 90 % del cargo negociado por visita | 70 % del cargo reconocido por visita |
| Servicios de salud que cumplen con los requisitos | Cobertura dentro de la red (centro Institutes of Excellence o IOE)* | Cobertura fuera de la red (incluye proveedores que forman parte de la red de Aetna, pero que no son proveedores del IOE) |
| Servicios de trasplantes | | |
| Servicios ambulatorios y de internación en centro de trasplantes | Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio. | Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio. |
| Servicios ambulatorios y de internación para trasplantes prestados por médicos y especialistas | Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio. | Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio. |
| Gastos de viajes y alojamiento para trasplantes | Con cobertura | Con cobertura |
| Máximo de por vida para gastos de viajes y alojamiento para cualquier tipo de trasplante, incluidos los trasplantes en tándem | \$10,000. | \$10,000 |
| Máximo para gastos de alojamiento por paciente en un centro IOE | \$50 por noche | \$50 por noche |
| Máximo para gastos de alojamiento por acompañante | \$50 por noche | \$50 por noche |
| Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: <ul style="list-style-type: none"> Servicios y suministros brindados a un donante cuando la persona que recibe la donación no tiene cobertura. Recolección y almacenamiento de órganos, sin la expectativa de un trasplante inmediato por una enfermedad existente. Extracción y almacenamiento de médula ósea, células madre hematopoyéticas u otras células sanguíneas, sin la expectativa de un trasplante dentro de los 12 meses de la extracción, por una enfermedad existente. | | |

| Servicios de salud que cumplen con los requisitos | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|--|--|--|
| Tratamiento contra la esterilidad | | |
| Servicios básicos para tratar la esterilidad: Cuidado ambulatorio y con internación (servicios básicos) | Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio. | Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio. |
| Servicios para la preservación de la fertilidad | | |
| Preservación de la fertilidad | Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio. | Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio. |
| <p>Los siguientes servicios no están cubiertos por el beneficio de tratamiento contra la esterilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos inyectables para tratar la esterilidad, que incluyen, entre otros, menotropinas, gonadotropina coriónica humana (hCG) y agonistas de la GnRH. • Todos los cargos relacionados con lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - La gestación subrogada para usted o la madre subrogada. Una madre subrogada es una mujer que lleva en su vientre a un hijo genéticamente relacionado con ella, cuando el hijo fue concebido con la intención de entregarlo para ser criado por otras personas, incluido el padre biológico. - La descongelación de óvulos, embriones o espermatozoides criopreservados (congelados). - El cuidado de la donante en un ciclo de donación de óvulos que incluye, por ejemplo, pagos a la donante, costos por exámenes a la donante, costos de pruebas de laboratorio y cualquier cargo relacionado con el cuidado de la donante que es necesario para la transferencia o la extracción de óvulos. - El uso de una madre subrogada gestacional para la mujer que actúa como madre subrogada gestacional. Una madre subrogada gestacional es una mujer que lleva un embrión con el que no tiene relación genética. - La obtención del espermatozoides de una persona no está cubierta con este plan como parte de los servicios de tecnología de reproducción asistida. - Los equipos para detectar la ovulación en el hogar o pruebas de embarazo caseras. - La compra de embriones, oocitos o espermatozoides de un donante. - La reversión de esterilización voluntaria, incluido el seguimiento. • Inducción de la ovulación con menotropinas, inseminación intrauterina y cualquier servicio, procedimiento o producto relacionados. • Fertilización <i>in vitro</i>, transferencia intrafalopiana de cigotos, transferencia intrafalopiana de gametos, transferencia de embriones criopreservados y cualquier servicio, procedimiento o producto relacionados (como la inyección de espermatozoides intracitoplasmática o la microcirugía de óvulos). • Los servicios de tecnología de reproducción asistida no se ofrecen para cuidado fuera de la red. | | |
| Terapias y exámenes específicos | | |
| Servicios de imágenes complejas para diagnóstico prestados en el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital u otro centro | 90 % del cargo negociado por visita | 70 % del cargo reconocido por visita |
| Estudios de laboratorio y servicios radiológicos de diagnóstico realizados en un consultorio médico, el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital u otro centro | 90 % del cargo negociado por visita | 70 % del cargo reconocido por visita |

| Servicios de salud que cumplen con los requisitos | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|---|--|--|
| Quimioterapia, radioterapia y terapia respiratoria ambulatorias | 90 % del cargo negociado por visita | 70 % 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 por este beneficio: <ul style="list-style-type: none"> Nutrición por sonda. Transfusiones de sangre y productos derivados de la sangre. | | |
| Terapias física, ocupacional, cognitiva y del habla ambulatorias (incluye terapias cardíaca y pulmonar) | 90 % del cargo negociado por visita | 70 % del cargo reconocido por visita |
| Servicios combinados para terapias de rehabilitación y habilitación a corto plazo | | |
| Acupuntura | 90 % del cargo negociado por visita | 70 % del cargo reconocido por visita |
| Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: <ul style="list-style-type: none"> Acupresión. | | |
| Servicios de quiropráctica | 90 % del cargo negociado por visita | 70 % del cargo reconocido por visita |
| Medicamentos de especialidad con receta adquiridos e inyectados o aplicados mediante infusión por su proveedor en un entorno ambulatorio | Cobertura según el tipo de beneficio o el lugar donde se recibe el servicio. | Cobertura según el tipo de beneficio o el lugar donde se recibe el servicio. |
| Otros servicios y suministros | | |
| Transporte de emergencia en ambulancia terrestre, aérea y marítima (incluye el transporte que no es de emergencia en ambulancia) | 90 % del cargo negociado por viaje | Se paga igual que la cobertura dentro de la red. |
| Equipo médico duradero y de cirugía | 90 % del cargo negociado por artículo | 70 % del cargo reconocido por artículo |
| Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a este beneficio: <ul style="list-style-type: none"> Piscinas de hidromasajes. Bombas portátiles para hidromasajes. Baños sauna. Dispositivos para masajes. Mesas para cama. Elevadores. Dispositivos para comunicarse. Dispositivos para la vista. Sistemas de alerta telefónica. | | |

| Servicios de salud que cumplen con los requisitos | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Artículos para la higiene y la comodidad personal, como aire acondicionado, humidificador, <i>jacuzzi</i> o equipos para ejercicio físico, aun cuando sean indicados por un médico. | | |
| Apoyo nutricional | Cobertura según el tipo de beneficio o el lugar donde se recibe el servicio. | Cobertura según el tipo de beneficio o el lugar donde se recibe el servicio. |
| Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: <ul style="list-style-type: none"> Cualquier alimento, incluidas fórmulas para bebés, suplementos nutricionales, vitaminas (también las vitaminas con receta), alimentos médicos y otros productos nutricionales, aun cuando sean la única fuente de nutrición. | | |
| Implantes cocleares | 90 % del cargo negociado por artículo | 70 % del cargo reconocido por artículo |
| Dispositivos protésicos, incluidos lentes de contacto para aniridia, y ortopedia | 90 % del cargo negociado por artículo | 70 % del cargo reconocido por artículo |
| Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: <ul style="list-style-type: none"> 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 o uso indebido. Dispositivos para comunicarse. | | |
| Prueba de audífonos | | |
| Examen de audición | 90 % del cargo negociado por visita | 70 % del cargo reconocido por visita |
| Máximo de pruebas de audífonos | Una prueba por año de póliza | |
| Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: <ul style="list-style-type: none"> Exámenes de audición realizados durante una internación en un hospital u otro centro, excepto aquellos realizados a los recién nacidos como parte de la internación. | | |
| Cuidado pediátrico de la vista (limitado a las personas cubiertas hasta finalizar el mes en el que cumplen los 19 años) | | |
| Por un oftalmólogo o un optometrista que reúnen los requisitos legales (incluye evaluaciones integrales por vista deficiente) | 100 % del cargo negociado por visita No corresponde el deducible por año de póliza. | 70 % del cargo reconocido por visita |
| Máximo para servicios por vista deficiente Máximo para adaptación de lentes de contacto | Una evaluación integral por vista deficiente cada cinco años 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 el deducible por año de póliza. | 70 % del cargo reconocido por artículo |

| Servicios de salud que cumplen con los requisitos | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|--|---|--|
| Cantidad máxima por año del plan: Marcos de anteojos Lentes con receta Lentes de contacto (incluye lentes de contacto con receta no convencionales y lentes para afaquia con receta indicados luego de una cirugía de cataratas) | Un par de marcos de anteojos Un par de lentes con receta Lentes desechables para un día de uso: suministro de hasta 1 año Lentes desechables para uso extendido: suministro de hasta 1 año Lentes no desechables: 1 año de suministro | |
| Dispositivos ópticos | Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio. | Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio. |
| Máximo de dispositivos ópticos por año de póliza | Un dispositivo óptico | |
| <p>* Nota importante: Consulte la sección sobre cuidado de la vista del <i>Certificado de cobertura</i> para obtener una explicación más detallada sobre los suministros de cuidado de la vista. En lo que respecta a la cobertura de lentes con receta en un año de póliza, con este beneficio se cubren lentes con receta para marcos de anteojos o lentes de contacto con receta, pero no ambos.</p> | | |
| <p>Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> Marcos de anteojos, lentes y lentes de contacto sin receta con fines cosméticos. | | |
| <p>Cuidado de la vista para adultos: limitado a las personas cubiertas a partir de los 19 años</p> | | |
| Exámenes de la vista de rutina para adultos (incluyen exámenes de refracción) realizados por un oftalmólogo o un optometrista terapéutico que reúnen los requisitos legales, o por cualquier otro proveedor que actúe dentro del alcance de su licencia. Incluye la adaptación de lentes de contacto recetados. | 90 % del cargo negociado por visita | 70 % del cargo reconocido por visita |
| Máximo de visitas por año de póliza | 1 visita | |
| <p>Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio:</p> <p>Cuidado de la vista para adultos</p> <ul style="list-style-type: none"> Visitas al consultorio de un oftalmólogo, optometrista u óptico relacionadas con la adaptación de lentes de contacto con receta. Marcos de anteojos, lentes y lentes de contacto sin receta con fines cosméticos. Servicios y suministros para el cuidado de la vista para adultos Suministros especiales, como anteojos de sol sin receta. Procedimientos especiales de la vista, como ortóptica o terapia de la vista. Exámenes de ojos realizados durante su internación en un hospital u otro centro que brinde cuidado de salud. Exámenes de ojos para lentes de contacto o su adaptación. Anteojos, o anteojos, lentes o armazones de repuesto o por duplicado. Reemplazo de lentes o armazones perdidos, robados o rotos. Pruebas de agudeza visual. | | |

| Servicios de salud que cumplen con los requisitos | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|--|--|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía de ojos para corregir la vista, incluida la queratotomía radial, la cirugía ocular LASIK y los procedimientos similares. • Servicios para tratar errores de refracción. | | |
| Medicamentos con receta en casos ambulatorios | | |
| Exención de deducible por año de póliza y copago o coseguro para reducir el riesgo de cáncer de seno | | |
| <p>El deducible por año de póliza y el copago o coseguro por medicamentos con receta no se aplicarán a medicamentos con receta para reducir el riesgo de contraer cáncer de seno, si se obtienen en una farmacia al por menor dentro de la red. Esto significa que este tipo de medicamentos con receta se cubre al 100 %.</p> | | |
| Exención de copago y del deducible por año de póliza para medicamentos con receta en casos ambulatorios por medicamentos con receta y sin ella para dejar de consumir tabaco | | |
| <p>El copago por medicamentos con receta no corresponde para los regímenes de tratamiento por año de póliza por medicamentos con receta y sin ella para dejar de consumir tabaco si se obtienen en una farmacia dentro de la red. Esto significa que este tipo de medicamentos con receta y sin ella se cubre al 100 %.</p> | | |
| Exención de copago por medicamentos con receta en casos ambulatorios para anticonceptivos | | |
| <p>El copago por medicamentos con receta no corresponde para los métodos anticonceptivos femeninos si se obtienen en una farmacia dentro de la red.</p> | | |
| <p>Esto significa que estos métodos anticonceptivos se cubren al 100 % en estos casos:</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 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 %. | | |
| <p>El copago por medicamento con receta se aplica 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 <i>Certificado de cobertura</i> se explica cómo obtener una excepción médica.</p> | | |
| Medicamentos con receta genéricos preferidos (incluidos los medicamentos de especialidad) | | |
| <p>Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor</p> | <p>Copago de \$15 por suministro; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado.</p> <p>No corresponde el deducible por año de póliza.</p> | <p>Sin cobertura</p> |
| Medicamentos de marca preferidos con receta (incluidos los medicamentos de especialidad) | | |
| <p>Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor</p> | <p>Copago de \$30 por suministro; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado.</p> <p>No corresponde el deducible por año de póliza.</p> | <p>Sin cobertura</p> |

| Servicios de salud que cumplen con los requisitos | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|--|--|---------------------------|
| Medicamentos con receta genéricos no preferidos (incluidos los medicamentos de especialidad) | | |
| Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor | Copago de \$50 por suministro; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado. No corresponde el deducible por año de póliza. | Sin cobertura |
| Medicamentos con receta de marca no preferidos (incluidos los medicamentos de especialidad) | | |
| Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor | Copago de \$50 por suministro; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado. No corresponde el deducible por año de póliza. | Sin cobertura |
| Anticonceptivos (control de la natalidad) | | |
| Por cada suministro de hasta 12 meses de dispositivos y medicamentos genéricos y sin receta obtenido en una farmacia al por menor | 100 % del cargo negociado No corresponde deducible por año de póliza. | Sin cobertura |
| Por cada suministro de hasta 12 meses de dispositivos y medicamentos de marca con receta obtenido en una farmacia al por menor | El pago depende del tipo de medicamento de acuerdo con la lista de beneficios que aparece más arriba. 100 % del cargo negociado para los anticonceptivos de marca; no corresponde deducible por año de póliza si no hay genéricos equivalentes desde el punto de vista terapéutico. | Sin cobertura |
| Medicamentos anticancerígenos con receta administrados por vía oral (por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor) | 100 % del cargo negociado No corresponde el deducible por año de póliza. | Sin cobertura |
| Medicamentos y suplementos de cuidado preventivo obtenidos en una farmacia al por menor Por cada suministro de 30 días | 100 % del cargo negociado por obtener o volver a obtener un medicamento con receta. No corresponden copago ni deducible por año de póliza. | Sin cobertura |
| Medicamentos con receta para reducir el riesgo de cáncer de seno obtenidos en una farmacia Por cada suministro de 30 días | 100 % del cargo negociado por obtener o volver a obtener un medicamento con receta. No corresponden copago ni deducible por año de póliza. | Sin cobertura |

| Servicios de salud que cumplen con los requisitos | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|--|---|---------------------------|
| Máximos | La cobertura está sujeta a cualquier pauta sobre sexo, edad, enfermedad, historia familiar y frecuencia establecida en las recomendaciones del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos. | |
| Medicamentos con receta para la disfunción y mejora del rendimiento sexual: hasta 8 píldoras por cada suministro de 30 días abastecido en una farmacia al por menor | El pago depende del nivel del medicamento, según la lista de beneficios que aparece más arriba. | Sin cobertura |
| Medicamentos con receta para la disfunción y mejora del rendimiento sexual: hasta 27 píldoras para todos los suministros de más de 30 días, pero de menos de 90, obtenidos en una farmacia de órdenes por correo | El pago depende del nivel del medicamento, según la lista de beneficios que aparece más arriba. | Sin cobertura |
| Medicamentos con receta y sin ella para dejar de consumir tabaco (Cuidado preventivo) 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. | Sin cobertura |
| Máximos | La cobertura está sujeta a cualquier pauta sobre sexo, edad, enfermedad, historia familiar y frecuencia establecida en las recomendaciones del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos. | |
| <p>Exclusiones de medicamentos con receta en casos ambulatorios</p> <p>Los siguientes medicamentos, servicios y productos no están cubiertos por el beneficio para medicamentos con receta en casos ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sueros biológicos, salvo que se indique lo contrario en la <i>Guía de medicamentos preferidos</i>. • 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. • Suplementos alimenticios. • Medicamentos o medicinas: <ul style="list-style-type: none"> - Medicamentos o medicinas que no requieren receta (es decir, medicamentos sin receta), conforme a las leyes federales o estatales, aunque se extienda una receta para ellos, a excepción de lo que se indica específicamente más arriba. - Medicamentos o medicinas no aprobados por la FDA o de los que no se ha probado su seguridad o eficacia. - Medicamentos o medicinas ofrecidos con su plan médico mientras se encontraba internado en un centro de cuidado de salud. | | |

| Servicios de salud que cumplen con los requisitos | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|--|----------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Medicamentos o medicinas recientemente aprobados por la FDA, pero que todavía no han sido revisados por nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica, salvo que hayamos aprobado una excepción médica. - Medicamentos o medicinas que incluyen vitaminas y minerales, salvo que los recomiende el Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos. - Medicamentos o medicinas cuyo costo está cubierto por una agencia federal, estatal o gubernamental (por ejemplo, Medicaid o la Administración de Veteranos). - Medicamentos o medicinas para aumentar el deseo sexual, que incluyen medicamentos, implantes, dispositivos o preparados para corregir o mejorar la función eréctil, mejorar la sensibilidad o alterar la forma o la apariencia de un órgano sexual. - Medicamentos o medicinas utilizados con el propósito de subir o bajar de peso que incluyen, entre otros, estimulantes, preparados, alimentos o suplementos dietéticos, suplementos y regímenes alimenticios, alimentos o suplementos alimenticios, supresores del apetito y otros medicamentos. - Medicamentos o medicinas que son hormonas utilizados para estimular el crecimiento y tratar la baja estatura idiopática, a menos que haya pruebas de que la persona cubierta cumple con uno o más criterios clínicos detallados en nuestras políticas clínicas (y de precertificación). • Terapia con medicamentos duplicados (por ejemplo, dos antihistamínicos). • Vacunas relacionadas con viajes o el trabajo. • Esterilidad: <ul style="list-style-type: none"> - Medicamentos inyectables con receta utilizados principalmente para el tratamiento contra la esterilidad. • Inyectables: <ul style="list-style-type: none"> - Cualquier cargo por la administración o inyección de medicamentos con receta, insulina inyectable y otros medicamentos inyectables que cubrimos. - Agujas y jeringas, salvo las utilizadas para la administración de insulina. - Cualquier medicamento que, debido a sus características, debe ser administrado o supervisado por un proveedor calificado o un profesional de la salud certificado con licencia, en un entorno ambulatorio. Esta excepción no se aplica a Depo-Provera y otros medicamentos inyectables utilizados como anticonceptivos. • El uso no indicado en la etiqueta del medicamento, salvo para indicaciones reconocidas en la bibliografía médica revisada por pares profesionales. • Medicamentos con receta: <ul style="list-style-type: none"> - Medicamentos con receta que se consideran preparaciones dentales orales y enjuagues con fluoruro, excepto comprimidos o gotas con fluoruro, según se especifique en la <i>Guía de medicamentos [preferidos]</i>. - Medicamentos con receta obtenidos para ser utilizados por otra persona que no sea el miembro que figura en la tarjeta de identificación. • Reemplazo de recetas perdidas o robadas. • Agentes de control, excepto los agentes para controlar la diabetes. • El producto de un fabricante cuando haya un suministro, equipo o medicamento igual o similar (es decir, con el mismo ingrediente activo o el mismo efecto terapéutico) en la <i>Guía de medicamentos preferidos</i>. • Cualquier dosis o presentación de un medicamento cuando el mismo medicamento está disponible en una dosis o presentación diferente en la <i>Guía de medicamentos preferidos</i>. | | |

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

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

Reclamos por servicios recibidos fuera del país

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

Exclusiones generales

Cuidado de salud alternativo

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

Fuerzas Armadas

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

Tratamiento de salud emocional y psicológica

- Servicios para los siguientes casos, en función de las categorías, las enfermedades, los diagnósticos o los términos equivalentes según se mencionan en la última versión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)* de la Asociación Americana de Psiquiatría:
 - Internación en un centro para el tratamiento de demencia o amnesia sin una perturbación del comportamiento que precise tratamiento de salud mental.
 - Servicio educativo que incluye programas de tratamiento en la naturaleza o cualquier programa similar o relacionado.
 - Servicios provistos junto con actividades escolares, laborales, profesionales o recreativas.
 - 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”.
 - Ludopatía, cleptomanía y piromanía.

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” del *Certificado*.

Trasplante de córnea o cartílago

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

Cirugía plástica y servicios cosméticos

- Cualquier tratamiento, cirugía (cosmética o plástica), servicio o suministro para modificar, mejorar o resaltar la forma o la apariencia del cuerpo.

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

- Pruebas y cuidado ordenados por un tribunal, salvo que sean médicamente necesarios.

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.

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” del *Certificado*.

Cargos de un centro

Por cuidado, servicios o suministros brindados en estos lugares:

- Residencias para personas mayores.
- Centros de residencia asistida.
- 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

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

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

Consulte la sección “Necesidad médica”.

Cuidado genético

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

Cuidado por crecimiento o estatura

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

Audífonos

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

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

Cirugías incidentales

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

Sentencias o acuerdos

- Servicios y suministros para tratar una lesión o 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).

Suministros médicos (desechables para tratamiento ambulatorio)

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

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 y salvo que se encuentre cubierto según “Servicios de cuidado de emergencia y de urgencia” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan”.

Otro pagador primario

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

Artículos para el cuidado, la comodidad o la conveniencia personales

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

Servicio privado de enfermería

Servicios de salud de la institución educativa

- Servicios y suministros que, en general, ofrecen sin cargo 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 suministrados por un cónyuge, pareja doméstica, compañero civil, padre o madre, hijo, hijastro, hermano, pariente político o cualquier miembro de la familia.

Disfunción y mejora del rendimiento sexual

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

Cirugía de los senos paranasales

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

Fuerza y rendimiento

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

Estudiantes que se especializarán en el área de salud mental

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

Telemedicina

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

Terapias y exámenes

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

Tratamiento en una entidad federal, estatal o gubernamental

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

Programas de tratamiento en la naturaleza

Consulte “Servicios educativos” en esta sección.

El plan de seguro de salud para estudiantes de Stanislaus State está asegurado por Aetna Life Insurance Company. Aetna Student HealthSM es el nombre comercial de los productos y servicios ofrecidos por Aetna Life Insurance Company y sus filiales correspondientes (denominadas “Aetna”).

Países sancionados

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

Tecnología de asistencia

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

Teléfono inteligente o tableta

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

Aviso sobre la no discriminación

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

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

Estos servicios incluyen los siguientes:

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

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

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

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

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

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

Declaración de asistencia lingüística

Hay servicios gratuitos de interpretación disponibles si los solicita.

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

Español/Spanish

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

አማርኛ/Amharic

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

العربية/Arabic

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

Bàsɔ̀ Wùdù/Bassa

Dè dè nìà kè dyedè gbo: ɔ̀ jù ke m dyi Bàsɔ̀-wùdù-po-nyo jù nì, nì à wuɖu kà kò dò po-poo bɛ m gbo kpaa. Ða **1-877-480-4161** (TTY: **711**).

中文/Chinese

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

فارسی/Farsi

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

Français/French

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

ગુજરાતી/Gujarati

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

Kreyòl Ayisyen/Haitian Creole

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

Igbo

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

한국어/Korean

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

Português/Portuguese

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

Русский/Russian

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

Tagalog

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

اردو/Urdu

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

Tiếng Việt/Vietnamese

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

Yorùbá/Yoruba

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