



Aetna Student Health

Diseño del plan y resumen de beneficios

Organización de proveedores preferidos



The University of Arizona

Año de póliza: 2021-2022

Número de póliza: 697442

www.aetnastudenthealth.com

(866) 376-7450



El plan de seguro de salud de la Junta de Regentes de Arizona para estudiantes de The University of Arizona 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").

Esta es una breve descripción del plan de salud para estudiantes. Este plan se ofrece a los estudiantes de The University of Arizona. El plan está asegurado por Aetna Health and 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*, regístrate el *Certificado*.

SERVICIOS DE SALUD EN EL CAMPUS DE THE UNIVERSITY OF ARIZONA

Cuando necesite cuidado, Servicios de Salud en el Campus de The University of Arizona (UA) es su proveedor de cuidado primario y su primera opción. Los estudiantes deben primero recibir cuidado en Servicios de Salud en el Campus de UA para poder obtener beneficios en el nivel de cuidado preferido. Allí pueden brindarle muchos de los servicios de salud de rutina que necesita. También puede recibir servicios cubiertos de cualquier proveedor del cuidado de la salud autorizado que participe en la red de proveedores preferidos de Aetna* (médicos, especialistas y centros, salvo que se apliquen restricciones específicas a determinados servicios en virtud del plan). Sin embargo, cuando acude primero a Servicios de Salud en el Campus de UA, por lo general, el desembolso por el cuidado es menor.

* Los proveedores son contratistas independientes y no son agentes de Aetna. La participación de los proveedores puede modificarse sin previo aviso. Desde Aetna no se proporciona cuidado ni se garantiza el acceso a los servicios de salud.

Requisito de remisión para poder obtener los beneficios de cuidado preferido:

Si no se obtiene una remisión de Servicios de Salud en el Campus de UA para los servicios médicos o de salud mental en la comunidad, los beneficios se pagarán en el nivel de cuidado fuera de la red. No se debe obtener una remisión de Servicios de Salud en el Campus de UA para lo siguiente:

- Cuidado recibido a más de 50 millas del campus de Tucson (tras regresar al campus de Tucson, el estudiante debe dirigirse a Servicios de Salud en el Campus de UA para recibir el seguimiento que corresponda).
- Tratamiento de una enfermedad de emergencia (todo el tratamiento de seguimiento debe obtenerse a través de Servicios de Salud en el Campus de UA).
- Cuidado ginecológico y de obstetricia.
- Cuidado pediátrico.
- Servicios que se reciben cuando Servicios de Salud en el Campus de UA se encuentra cerrado.
- Gastos de cuidado de urgencia.
- Examen de la vista para adultos.
- Lesiones accidentales en dientes sanos y naturales.
- Muelas de juicio impactadas.
- Servicios preventivos o de rutina (servicios que se consideran preventivos de acuerdo con la reforma de cuidado de salud o servicios cuyo objetivo no es diagnosticar ni tratar un accidente o una enfermedad).
- Esterilización voluntaria masculina.

La remisión es válida para el año de póliza en el que se haya escrito. Si necesita cuidado continuo, el alumno es responsable de renovar la remisión ante Servicios de Salud en el Campus de UA al comienzo del nuevo año de póliza para evitar una multa por no tener la remisión correspondiente.

Para obtener más información sobre los proveedores dentro de la red, visite www.aetnastudenthealth.com.

Servicios que se ofrecen a través de Servicios de Salud en el Campus de UA

Tipo de servicio	Lo que debe pagar
Medicina general	Copago de \$20 por visita
Salud de la mujer	Copago de \$20 por visita
Cuidado preventivo de la mujer**	Sin copago
Cuidado de un especialista	Copago de \$25 por visita
Servicios de laboratorio y radiografías	Sin copago
Clínica sin cita previa	Copago de \$20 por visita
Vacunas para viajes	Copago de \$15 por visita
Terapia física	
Inicio	Copago de \$25
Seguimiento	Copago de \$15 por visita
Servicios de psiquiatría	Copago de \$20 por visita
Servicios de psicólogo o terapeuta	Copago de \$20 por visita
Servicio de triaje de salud emocional y psicológica	Copago de \$5 por visita
Cuidado preventivo**	Sin copago

** Visite www.health.arizona.edu, seleccione Fees & Insurance (Seguros y costos) y luego Student Health Insurance (Seguro de salud para estudiantes) para ver una lista de los servicios o exámenes que estarían cubiertos con el plan.

Información de Servicios de Salud en el Campus de UA:

1224 E. Lowell Street

Tucson, AZ 85721

(esquina noroeste de Highland y 6th Street)

Horario de atención:

Lunes, martes, jueves y viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

Miércoles, de 9:00 a. m. a 4:30 p. m.

Citas: **520-621-9202**.

Servicios de Asesoramiento y Psiquiatría (CAPS), las 24 horas, todos los días: **520-621-3334**.

Remisiones: **520-621-5270** o **520-626-5948**.

Proveedor de guardia fuera del horario de atención: **520-570-7898**.

Oficina de Seguro: **520-621-5002** o **520-626-5948**.

Correo electrónico de la Oficina de Seguro: chs-insurance@distribution.arizona.edu.

Sitio web de Servicios de Salud en el Campus de UA: www.health.arizona.edu.

Información de Aetna Student Health. Servicios al Cliente:

866-376-7450, <http://www.aetnastudenthealth.com/uarizona>.

Horario de atención: de 8:30 a. m. a 5:30 p. m. (hora estándar de la montaña).

Períodos de cobertura

Esta cobertura entrará en vigor a las 12:00 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
Otoño	16 de agosto de 2021	31 de diciembre de 2021	7 de septiembre de 2021
Primavera	1.º de enero de 2022	15 de agosto de 2022	26 de enero de 2022
Período previo al cuatrimestre de verano de 2022	16 de mayo de 2022	15 de agosto de 2022	25 de mayo de 2022
Verano I	1.º de junio de 2022	15 de agosto de 2022	Verano I: 20 de junio de 2022
Verano II	1.º de junio de 2022	15 de agosto de 2022	Verano II: 25 de julio de 2022

Tarifas

Período de cobertura	Tarifa
Otoño	\$1,082.00
Primavera (incluye el verano)	\$1,779.00
Período previo al cuatrimestre de verano de 2021	\$721.00
Verano I	\$596.00
Verano II	\$596.00

Cobertura para estudiantes

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. Con este plan no se brinda cobertura para las personas que tienen Medicare.

Requisitos de cobertura

Visite <http://www.health.arizona.edu/> y seleccione Fees & Insurance (Seguros y costos) a fin de conocer los requisitos de cobertura y obtener instrucciones para la inscripción e información detallada.

Asegúrese de comprender la condición de horas crédito y los demás requisitos que exige su institución educativa para inscribirse en este plan. Aetna Student Health se reserva el derecho de revisar, en cualquier momento, su cumplimiento de los requisitos para inscribirse en este plan. Si se determina que no cumple con los requisitos de la institución educativa para la inscripción, su participación en el plan se interrumpirá o se dejará sin efecto de acuerdo con sus términos y con las leyes vigentes.

Si el estudiante deja de asistir a clases antes de que finalice el período de inscripción abierta o porque ingresa en las Fuerzas Armadas, se realizará un reembolso total. Si el estudiante deja de asistir a clases después que finalice el período de inscripción abierta, no se realizará ningún reembolso de prima, y el estudiante estará cubierto durante el plazo de la póliza por el cual está inscrito.

Sin embargo, si el **estudiante cubierto** deja de asistir a clases por segundo cuatrimestre consecutivo, la cobertura se interrumpirá en la fecha en la que deja de asistir por segunda vez y se realizará un reembolso prorrateado de la prima.

Si el estudiante deja de asistir a la institución educativa porque ingresa en las Fuerzas Armadas de cualquier país, se realizará un reembolso prorrateado de las primas.

Inscripción

Durante el período de inscripción abierta, los avisos se envían por correo electrónico de conformidad con la política correspondiente de The University of Arizona. Los estudiantes reciben estos avisos en su dirección de correo electrónico oficial de The University of Arizona (**@email.arizona.edu**).

Autoinscripción: una vez inscrito, la renovación de la inscripción se realizará de forma automática y la prima correspondiente se facturará a través de la Oficina de Administración de UA en los próximos cuatrimestres (cada otoño y primavera) después de registrarse para completar unidades, siempre y cuando cumpla con los requisitos. Esto también corresponde para los estudiantes que participan o participaron en una ayudantía de posgrado. Si quiere cancelar la cobertura, debe hacerlo durante el período de inscripción abierta publicado. Todos los avisos sobre la inscripción abierta y la información sobre el plan de seguro de salud para estudiantes se envían a la dirección oficial del estudiante de The University of Arizona. Desde la Oficina de Seguro de Servicios de Salud en el Campus de UA, se les informa a los estudiantes que no cumplen con los requisitos de cobertura mediante un correo electrónico que reciben en su dirección oficial de UA.

Estudiantes extranjeros

Todos los estudiantes extranjeros que tienen visa de no inmigrante deben participar en el plan, a menos que reúnan los requisitos para que se haga una exención. Visite www.health.arizona.edu y seleccione Fees & Insurance (Seguros y costos) para obtener una lista de los casos en los que se puede solicitar una exención.

Para obtener más ayuda, comuníquese con la Oficina de Seguro de Servicios de Salud en el Campus de UA por teléfono al **520-621-5002**.

Red de proveedores

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

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

Precertificación

Algunos servicios de salud que cumplen con los requisitos necesitan aprobación previa. La aprobación previa también se conoce como "precertificación". Su médico de la red es responsable de obtener las precertificaciones necesarias antes de que reciba el cuidado. Cuando visita a un proveedor fuera de la red, es su responsabilidad obtener la precertificación para los servicios o suministros que figuran en la lista de precertificación. Si no obtiene la precertificación cuando se requiere, deberá pagar una multa de \$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.
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.
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.

Si solicita una extensión de los servicios precertificados, usted, su médico o el centro deberán llamarnos al número que aparece en su tarjeta de identificación tan pronto como sea razonablemente posible, antes del último día autorizado.

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

Coordinación de beneficios

Algunas personas tienen cobertura de salud de más de un plan. Si es su caso, trabajaremos con el personal de los otros planes para decidir cuánto se paga con cada plan. 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

En el plan no se cubren ciertos servicios y se limitan los montos que se pagan con este. 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 **Arizona**.

	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 con el plan se paguen los beneficios.		
Estudiante	\$250 por año de póliza	\$1,000 por año de póliza

Exención del deducible por año de póliza

Se lo exime del deducible por año de póliza para los siguientes servicios de salud que cumplen con los requisitos:

- Cuidado dentro de la red para cuidado preventivo y bienestar; visitas a consultorios de médicos, especialistas y consultores; servicios en clínicas sin cita previa; tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias y de salud mental; pruebas ambulatorias de diagnóstico; terapias física, ocupacional, cognitiva y del habla ambulatorias; servicios de quiropráctica; pruebas de audífonos; exámenes de cuidado de la vista para adultos; y servicios para el cuidado dental pediátrico.
- Cuidado dentro y fuera de la red para gastos de ambulancia, ingreso a salas de emergencias de hospitales, cuidado de urgencia, cuidado en sala de recién nacidos sanos y servicios de la vista pediátricos (los servicios adicionales prestados durante una visita al consultorio, a la sala de emergencias o por cuidado de urgencia estarán sujetos al deducible anual).

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 alcanza el deducible por año de póliza, se pagarán dichos servicios con este plan por el resto del 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 los deducibles por año de póliza fuera de la red.

Límites máximos de desembolso

	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Estudiante	\$1,500 por año de póliza	\$3,000 por año de póliza

Los servicios de salud que cumplen con los requisitos que se aplican al límite máximo de desembolso fuera de la red no se aplicarán para alcanzar el límite máximo de desembolso dentro de la red, y los servicios de salud que cumplen con los requisitos que se aplican al límite máximo de desembolso dentro de la red no se aplicarán para alcanzar el límite máximo de desembolso fuera de la red.

Multa por no obtener remisión

Usted debe obtener una remisión de Servicios de Salud en el Campus de UA antes de recibir cuidado fuera del campus.

Si no obtiene una remisión, pagaremos el costo compartido de los beneficios cubiertos correspondientes a la cobertura fuera de la red.

Excepciones:

- Cuidado recibido a más de 50 millas del campus de Tucson (tras regresar al campus, el estudiante debe dirigirse a Servicios de Salud en el Campus de UA para recibir el seguimiento que corresponda).
- Tratamiento de una enfermedad de emergencia (todo el tratamiento de seguimiento debe obtenerse a través de Servicios de Salud en el Campus de UA).
- Cuidado ginecológico y de obstetricia.
- Cuidado pediátrico.
- Servicios que se reciben cuando Servicios de Salud en el Campus de UA se encuentra cerrado.
- Gastos de cuidado de urgencia.
- Examen de la vista para adultos.
- Lesiones accidentales en dientes sanos y naturales.
- Muelas de juicio impactadas.
- Servicios preventivos o de rutina (servicios que se consideran preventivos de acuerdo con la reforma de cuidado de salud o servicios cuyo objetivo no es diagnosticar ni tratar un accidente o una enfermedad).
- Esterilización voluntaria masculina.

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.	50 % del cargo reconocido por visita
Límites de edad máxima y de visitas por año de póliza hasta los 21 años de edad	Según los límites de edad y de visitas establecidos en las pautas generales respaldadas por los lineamientos para niños y adolescentes de la Academia Americana de Pediatría, Bright Futures y la Administración de Recursos y Servicios de Salud.	
Personas cubiertas a partir de los 22 años: Máximo de visitas por año de póliza	1 visita	
Vacunas de cuidado preventivo		
En un centro o en el consultorio de un médico	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	50 % del cargo reconocido por visita
Máximos	Según 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.	50 % del cargo reconocido por visita
Máximo de visitas por año de póliza	1 visita	
Servicios de asesoramiento y exámenes preventivos		
Servicios de asesoramiento y exámenes preventivos relacionados con la obesidad o asesoramiento sobre dietas saludables, abuso de alcohol y drogas, consumo de productos del tabaco, infecciones de transmisión sexual y riesgo genético de cáncer de seno o de ovarios, y examen para detectar depresión	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	50 % del cargo reconocido por visita
Máximo de visitas para asesoramiento sobre 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 ser para asesoramiento sobre dietas saludables.	
Máximo de visitas por año de póliza para asesoramiento sobre abuso de alcohol y drogas	5 visitas	

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 asesoramiento sobre el consumo de productos del tabaco	8 visitas	
Máximo de visitas por año de póliza para asesoramiento sobre exámenes para detectar depresión	1 visita	
Máximo de visitas por año de póliza para 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.	50 % del cargo reconocido por visita
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 publicaciones: <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)	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	50 % del cargo reconocido por visita
Servicios de asesoramiento y apoyo durante la lactancia	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	50 % 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.	50 % del cargo reconocido por artículo

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
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.	50 % 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.	50 % del cargo reconocido por artículo
Esterilización voluntaria femenina: servicios ambulatorios y con internación prestados por proveedores	100 % del cargo negociado No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	50 % del cargo reconocido
Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: <ul style="list-style-type: none"> • 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 a consultorios 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 \$25; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita. No corresponde el deducible por año de póliza.	50 % 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	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
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	50 % 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)	80 % del cargo negociado por visita	50 % 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 del centro separado 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)	100 % del cargo negociado por visita No corresponde el deducible por año de póliza.	50 % del cargo reconocido por visita
Cuidado en hospitales y otros centros		
Internación (habitación y comida, y otros servicios y suministros varios) Incluye cargos del centro de nacimientos.	80 % del cargo negociado por ingreso	50 % del cargo reconocido por ingreso
Servicios no quirúrgicos prestados por médicos en el hospital	80 % del cargo negociado por visita	50 % 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	50 % del cargo reconocido

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"> • 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 del centro separado por una cirugía realizada en el consultorio del médico. • Servicios de otro médico para la administración de anestesia local. 		
Cuidado de salud en el hogar	80 % del cargo negociado por visita	50 % del cargo reconocido por visita
Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de asistencia médica y enfermería a domicilio o servicios de apoyo terapéutico que se brindan fuera del hogar (por ejemplo, en la 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)	100 % del cargo negociado por ingreso	50 % del cargo reconocido por ingreso
Servicios en hospicio (ambulatorios)	100 % del cargo negociado por visita	50 % del cargo reconocido por visita
Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: <ul style="list-style-type: none"> • Preparativos para funerales. • Asesoramiento pastoral. • Asesoramiento por aflicción. • Asesoramiento financiero o legal, incluidas la planificación de bienes y la redacción de un testamento. • Servicios de ayuda en el hogar o de cuidador, que son servicios que no se refieren únicamente a su cuidado y pueden incluir lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de un cuidador o acompañante para usted o para otro miembro de la familia. - Transporte. - Mantenimiento del hogar. 		
Servicio privado de enfermería (ambulatorio)	80 % del cargo negociado por visita	50 % del cargo reconocido por visita
Centro de enfermería especializada (con internación)	80 % del cargo negociado por ingreso	50 % del cargo reconocido por ingreso
Cantidad máxima de días de internación por año de póliza	90	
Sala de emergencias de un hospital	Copago de \$200; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita. No corresponde el 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

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
<p>Nota importante:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 pagar dicho monto. Envíenos la factura a la dirección que aparece al dorso de su tarjeta de identificación. Resolveremos con el proveedor cualquier disputa relacionada con el pago de ese monto. Asegúrese de que su número de tarjeta de identificación aparezca en la factura. Se aplica un copago o coseguro por separado por cada visita a la sala de emergencias de un hospital. Si usted es admitido en un hospital como paciente interno inmediatamente después de una visita a una sala de emergencias, el copago o coseguro por visita a la sala de emergencias será eximido, y se aplicará el copago o coseguro por internación. Los beneficios cubiertos que corresponden al copago o coseguro por visita a la sala de emergencias del hospital no pueden aplicarse a ningún otro copago o coseguro del plan. Asimismo, el monto del copago o coseguro que corresponde a otros beneficios cubiertos según este plan no puede corresponder al copago o coseguro por visita a la sala de emergencias del hospital. Es posible que correspondan montos de copago o coseguro separados para determinados servicios prestados en la sala de emergencias del hospital que no forman parte del beneficio por visita a la sala de emergencias del hospital. 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. 		
<p>Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 \$25; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita. No corresponde el deducible por año de póliza.	50 % del cargo reconocido por visita
Uso no urgente de un proveedor de cuidado de urgencia	Sin cobertura	Sin cobertura
<p>Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuidado que no es de urgencia brindado en un centro de cuidado de urgencia (centro independiente no hospitalario). 		
<p>Cuidado dental pediátrico (limitado a las personas cubiertas hasta finalizar el mes en el que cumplen los 19 años)</p>		
Servicios de tipo A	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible.	100 % del cargo reconocido por visita
Servicios de tipo B	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible.	100 % del cargo reconocido por visita
Servicios de tipo C	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible.	100 % 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 ortodoncia	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible.	100 % del cargo reconocido por visita
Tratamiento dental 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:

- 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 púnticos 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*.
- Púnticos, coronas, restauraciones fundidas o procesadas hechas con metales altamente nobles (oro).
- Medicamentos recetados, 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*.

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. • Extracción quirúrgica de muelas de juicio impactadas solo por motivos de ortodoncia. • Tratamientos prestados por una persona que no sea proveedora de cuidado dental. 		
Servicios y suministros para diabéticos (incluye equipo y capacitación)	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Tratamiento de podiatría (cuidado de los pies) y tratamiento con un médico y un especialista para el cuidado de los pies que no es de rutina	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
<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	80 % del cargo negociado	80 % del cargo real
Lesiones accidentales en dientes sanos y naturales	80 % del cargo negociado	80 % del cargo real
<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. 		

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
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 por este beneficio:		
<ul style="list-style-type: none"> Implantes dentales. 		
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.
La cobertura se limita a los servicios de rutina del paciente prestados por proveedores dentro de la red.		
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 bariátrica y servicios para tratar la obesidad		
<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento o medicamentos para controlar el peso, que se ofrecen para reducir o aumentar el peso corporal, controlar el peso o tratar la obesidad (incluida la obesidad mórbida), salvo según se describe en "Cuidado preventivo y bienestar" de la sección "Servicios de salud que cumplen con los requisitos y exclusiones". Se incluyen los servicios preventivos para exámenes de detección de obesidad e intervenciones de control de peso, independientemente de la existencia de otras enfermedades. Por ejemplo: <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, membrecías en gimnasios, terapia recreativa u otras formas de hacer ejercicios o aumentar la actividad física. 		
Cuidado de maternidad (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.
Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio:		
<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	80 % del cargo negociado No corresponde el deducible por año de póliza.	50 % del cargo reconocido No corresponde el deducible por año de póliza.
Servicios de planificación familiar: otros		
Esterilización voluntaria masculina (servicios quirúrgicos)	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"> Abortos, a menos que el embarazo sea consecuencia de una violación o un incesto, o bien implique un serio riesgo para la vida de la mujer. 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.
Reducción de la nuez de adán**	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.
Electrólisis de cara y cuello**	80 % del cargo negociado	80 % del cargo reconocido
Máximo por año de póliza para servicios relacionados con la electrólisis de cara y cuello	\$750	
** Nota: No se aplican para calcular el límite máximo de desembolso.		
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:		
<ul style="list-style-type: none"> • Rinoplastia. • Estiramiento facial. • Realce de labios. • Reducción de huesos faciales. • Blefaroplastia. • Liposucción de cintura (contorno de silueta). • 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. • Los implantes de mentón y nariz y la reducción de labios, que se utilizan para inducir la masculinización, se consideran cosméticos. 		
Trastornos 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	50 % del cargo reconocido por ingreso
Visitas ambulatorias al consultorio (incluye consultas de telemedicina)	Copago de \$25; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita. No corresponde el deducible por año de póliza.	50 % del cargo reconocido por visita
Otros tratamientos ambulatorios (incluye internación parcial y programa ambulatorio intensivo)	100 % del cargo negociado por visita No corresponde el deducible por año de póliza.	50 % del cargo reconocido por visita

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red (centro Institute of Excellence, 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
<p>Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios y suministros brindados a un donante cuando la persona que recibe la donación no está cubierta. La recolección y el almacenamiento de órganos, sin la expectativa de un trasplante inmediato por una enfermedad existente. Extracción y almacenamiento de médula ósea, células madre hematopoyéticas u otras células sanguíneas, sin la expectativa de un trasplante dentro de los 12 meses de la extracción, por una enfermedad existente. 		

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Tratamiento de 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.
<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 hormona liberadora de gonadotropina (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 criopreservación (congelación) de óvulos, embriones o esperma. El almacenamiento de óvulos, embriones o esperma. 		

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Equipos para detectar la ovulación en el hogar o pruebas de embarazo caseras. - La compra de embriones, oocitos o espermatozoides de un donante. - Reversión de esterilización voluntaria, incluido el seguimiento. • Inducción de la ovulación con menotropinas, inseminación intrauterina y cualquier servicio, procedimiento o producto relacionados. • Fertilización <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	100 % del cargo negociado por visita No corresponde el deducible por año de póliza.	50 % 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	100 % del cargo negociado por visita No corresponde el deducible por año de póliza.	50 % del cargo reconocido por visita
Quimioterapia, radioterapia y terapias respiratoria, cardíaca y pulmonar ambulatorias	80 % del cargo negociado por visita	50 % del cargo reconocido por visita
Terapias física, ocupacional, cognitiva y del habla ambulatorias Servicios combinados para terapias de rehabilitación y habilitación a corto plazo	Copago de \$25; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita. No corresponde el deducible por año de póliza.	50 % del cargo reconocido por visita
Servicios de quiropráctica	Copago de \$25; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita. No corresponde el deducible por año de póliza.	50 % del cargo reconocido por visita

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Medicamentos de especialidad con receta adquiridos e inyectados o aplicados mediante infusión por su proveedor en un entorno ambulatorio	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y 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)	100 % del cargo negociado por viaje No corresponde el deducible por año de póliza.	Se paga igual que la cobertura dentro de la red.
Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: <ul style="list-style-type: none"> • 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	50 % del cargo reconocido por artículo
Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio: <ul style="list-style-type: none"> • Piscinas de hidromasajes. • Bombas portátiles para piscina de hidromasajes. • Baños sauna. • Dispositivos para masajes. • Mesas para cama. • Elevadores. • Dispositivos para comunicarse. • Dispositivos para la vista. • Sistemas de alerta telefónica. • Artículos para la higiene y la comodidad personal, como aire acondicionado, humidificador, <i>jacuzzi</i> o equipos para ejercicio físico, aun cuando sean indicados por un médico. 		
Apoyo nutricional	80 % del cargo negociado por artículo	50 % del cargo reconocido por artículo
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. 		
Dispositivos protésicos y ortopedia (incluidos los implantes cocleares)	80 % del cargo negociado por artículo	50 % 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, uso indebido, maltrato o hurto. • Dispositivos para comunicarse. 		

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Audífonos y exámenes de audición		
Examen de audición	Copago de \$25; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita. No corresponde el deducible por año de póliza.	50 % del cargo reconocido por visita
Máximo de exámenes de audición	Un examen de audición cada 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. 		
Audífonos	80 % del cargo negociado por artículo	50 % del cargo reconocido por artículo
Máximo de audífonos por oído	Un audífono por oído, cada año de póliza	
Los siguientes servicios no están cubiertos por este beneficio:		
<ul style="list-style-type: none"> Reemplazo de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> Audífono roto, perdido o robado. Audífono colocado dentro del período anterior de 12 meses. Reemplazo de partes o reparaciones de audífonos. Baterías o cables. Implantes cocleares. 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. 		
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.	50 % del cargo reconocido por visita No corresponde el deducible por año de póliza.
Máximo de visitas por año de póliza	1 visita	
Máximo para servicios por vista deficiente	Una evaluación integral por vista deficiente cada año de póliza	
Máximo para adaptación de lentes de contacto	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.	50 % del cargo reconocido por artículo No corresponde el deducible por año de póliza.

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 uso diario: 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	
<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"> • 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. 		
<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	Copago de \$25; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita. No corresponde el deducible por año de póliza.	50 % del cargo reconocido por visita
Máximo de visitas por año de póliza	1 visita	
<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. La cobertura no incluye las visitas al consultorio para la adaptación de lentes de contacto con receta.</p>		
<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.
- Cirugía de ojos para corregir la vista, incluida la queratotomía radial, la cirugía ocular LASIK y los procedimientos similares.
- Servicios para tratar errores de refracción.

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Medicamentos con receta en casos ambulatorios		
Deducibles por año de póliza para medicamentos con receta en casos ambulatorios		
Corresponde un deducible por año de póliza separado para los medicamentos con receta.		
Debe alcanzar los deducibles por año de póliza para medicamentos con receta que aparecen a continuación antes de que con el plan se paguen los beneficios de medicamentos con receta en casos ambulatorios.		
Estudiante	\$125 por año de póliza (combinado)	
Exención de deducible por año de póliza y copago o coseguro para reducir el riesgo de cáncer de seno		
El deducible por año de póliza y el copago o coseguro por medicamentos con receta no se aplicarán a medicamentos con receta para reducir el riesgo de contraer cáncer de seno, si se obtienen en una farmacia al por menor dentro de la red. Esto significa que este tipo de medicamentos con receta se cubre al 100 %.		
Exención de copago y del deducible por año de póliza para medicamentos con receta en casos ambulatorios para medicamentos con receta y sin ella para dejar de consumir tabaco		
El deducible por año de póliza para medicamentos con receta en casos ambulatorios y el copago por medicamentos con receta no corresponden para los primeros dos regímenes de 90 días de tratamiento por año de póliza por medicamentos con receta y sin ella para dejar de consumir tabaco si se obtienen en una farmacia al por menor dentro de la red. Esto significa que este tipo de medicamentos con receta y sin ella se cubre al 100 %.		
El deducible por año de póliza para medicamentos con receta en casos ambulatorios y cualquier copago por medicamentos con receta corresponden después de que se hayan agotado esos dos regímenes por año de póliza.		
Exención de copago y del deducible por año de póliza para medicamentos con receta en casos ambulatorios para anticonceptivos		
El deducible por año de póliza para medicamentos con receta en casos ambulatorios y el copago por medicamentos con receta no corresponden para los métodos anticonceptivos femeninos si se obtienen en una farmacia dentro de la red.		
Esto significa que dichos métodos anticonceptivos se cubren al 100 % en los siguientes casos:		
<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 %.

El deducible por año de póliza para medicamentos con receta en casos ambulatorios y el copago por medicamentos con receta corresponden a los medicamentos con receta con un equivalente genérico, un medicamento biosimilar o una alternativa genérica dentro de la misma clase terapéutica que se obtienen en una farmacia dentro 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 y no preferidos		
Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor	Copago de \$15 por suministro; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo negociado.	Copago de \$15 por suministro; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo reconocido.
Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia de órdenes por correo	Copago de \$15 por suministro; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo negociado.	Copago de \$15 por suministro; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo reconocido.
Medicamentos con receta de marca preferidos		
Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor	Copago de \$40 por suministro; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo negociado.	Copago de \$40 por suministro; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo reconocido.
Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia de órdenes por correo	Copago de \$40 por suministro; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo negociado.	Copago de \$40 por suministro; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo reconocido.
Medicamentos con receta genéricos no preferidos		
Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor	Copago de \$80 por suministro; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo negociado.	Copago de \$80 por suministro; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo reconocido.
Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia de órdenes por correo	Copago de \$80 por suministro; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo negociado.	Copago de \$80 por suministro; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo reconocido.
Medicamentos con receta de marca no preferidos		
Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor	Copago de \$80 por suministro; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo negociado.	Copago de \$80 por suministro; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo reconocido.
Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia de órdenes por correo	Copago de \$80 por suministro; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo negociado.	Copago de \$80 por suministro; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo reconocido.
Medicamentos de especialidad		
Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor	Copago de \$80 por suministro; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo negociado.	Copago de \$80 por suministro; luego, con el plan se paga el 100 % del saldo del cargo reconocido.

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
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.	100 % del cargo reconocido No corresponde el deducible por año de póliza.
Medicamentos y suplementos de cuidado preventivo obtenidos en una farmacia al por menor Por cada suministro de 30 días	100 % del cargo negociado por obtener o volver a obtener un medicamento con receta. No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	El pago depende del tipo de medicamento, según la <i>Lista de beneficios</i> que aparece más arriba.
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, según la <i>Lista de beneficios</i> 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.	
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, según la <i>Lista de beneficios</i> que aparece más arriba.
Máximos:	Se permite cobertura para dos regímenes de 90 días de tratamiento solamente. La cobertura está sujeta a cualquier pauta sobre sexo, edad, enfermedad, historia familiar y frecuencia establecida en las recomendaciones del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.	

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.
- Cualquier servicio relacionado con el suministro, la inyección o la aplicación de un medicamento.
- Sueros biológicos.
- 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, 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 contienen el mismo ingrediente activo o una versión modificada de un ingrediente activo de un medicamento con receta cubierto (a menos que se apruebe una excepción médica).
- Medicamentos o medicinas que, desde el punto de vista terapéutico, son equivalentes o alternativos a un medicamento con receta cubierto (a menos que se apruebe una excepción médica).
- Medicamentos o medicinas que, desde el punto de vista terapéutico, son equivalentes o alternativos a un producto sin receta (a menos que se apruebe una excepción médica).
- Medicamentos o medicinas no aprobados por la FDA o de los que no se ha probado su seguridad 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 las recomiende el Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.
- Medicamentos o medicinas cuyo costo está cubierto por una agencia federal, estatal o gubernamental (por ejemplo, Medicaid o la Administración de Veteranos).
- Medicamentos o medicinas 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, regímenes alimenticios y suplementos, alimentos o suplementos alimenticios, supresores del apetito y otros medicamentos.
- Medicamentos o medicinas que son hormonas utilizados para estimular el crecimiento y tratar la baja estatura idiopática, a menos que haya pruebas de que 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).
- 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 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.
- Esterilidad:
 - Medicamentos inyectables con receta utilizados principalmente para el tratamiento de la esterilidad.
- Inyectables.
 - Cualquier cargo por la administración o inyección de medicamentos con receta, insulina inyectable y otros medicamentos inyectables que cubrimos.
 - Aguja 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 corresponde para Depo-Provera y otros medicamentos inyectables usados como anticonceptivos.

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

Exclusiones generales

Terapia de acupuntura

- Tratamiento de mantenimiento.
- Acupuntura, cuando se brinda por las siguientes afecciones:
 - dolor lumbar agudo;
 - adicción;
 - sida;
 - ambliopía;
 - rinitis alérgica;
 - asma;
 - trastornos del espectro autista;
 - parálisis de Bell;
 - síndrome de boca ardiente;
 - disnea relacionada con el cáncer;
 - síndrome del túnel carpiano;
 - leucopenia inducida por quimioterapia;
 - dolor neuropático inducido por quimioterapia;
 - síndrome de dolor crónico (p. ej., distrofia simpática refleja y dolor facial);
 - enfermedad pulmonar obstructiva crónica;
 - neuropatía periférica diabética;
 - sequedad ocular;
 - disfunción eréctil;
 - espasmo facial;
 - presentación fetal de nalgas;
 - fibromialgia;
 - contracturas fibróticas;
 - glaucoma;
 - hipertensión;
 - inducción del trabajo de parto;
 - esterilidad (p. ej., para la recuperación de oocitos y la transferencia de embriones durante un ciclo de tratamiento de fertilización *in vitro*);

- insomnio;
- síndrome de intestino irritable;
- dolores menstruales o dismenorrea;
- paperas;
- dolor miofascial;
- miopía;
- dolor de cuello o espondilosis cervical;
- obesidad;
- neuropatías dolorosas;
- enfermedad de Parkinson;
- enfermedad arterial periférica (p. ej., claudicación intermitente);
- síndrome de miembro fantasma;
- síndrome de ovario poliquístico;
- neuralgia posherpética;
- psoriasis;
- trastornos psiquiátricos (p. ej., depresión);
- dolor por enfermedad de Raynaud;
- trastornos respiratorios;
- artritis reumatoide;
- rinitis;
- sordera neurosensorial;
- dolor de hombro (p. ej., bursitis);
- derrame cerebral (p. ej., rehabilitación por disfagia);
- codo de tenista o epicondilitis;
- dolor de cabeza por tensión;
- tinnitus;
- tabaquismo (tratamientos para dejarlo);
- incontinencia urinaria;
- fibromas uterinos;
- xerostomía;
- lesiones por latigazo cervical.

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.
- Usted está inscrito en el programa de licenciatura en aviación del titular de la póliza.

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, enfermedades, diagnósticos o términos equivalentes según se mencionan en la última versión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* 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”.
 - Ludopatía, cleptomanía y piromanía.
 - Trastornos del desarrollo de aptitudes académicas específicos (trastornos y discapacidades del aprendizaje).
 - Trastornos del desarrollo de la motricidad específicos.
 - Trastornos del desarrollo del habla y el lenguaje específicos.
 - Otros trastornos del desarrollo psicológico.

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.
- Cualquier servicio relacionado que incluya los costos de procesamiento, almacenamiento o reemplazo.
- Los servicios de donantes de sangre, aféresis o plasmaféresis.
- En el caso de donaciones autólogas de sangre, solo están cubiertos los gastos de procesamiento y administración.

Senos

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

Tratamientos con ensayos clínicos (experimentales o de investigación)

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

Trasplante de córnea o cartílago

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

Cirugía plástica y servicios cosméticos

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

Esta exclusión no corresponde para lo siguiente:

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

Servicios y suministros dispuestos por orden judicial

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

Cuidado no médico

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, entrar o salir de la cama, 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 y 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” del *Certificado*. 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:

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

Experimental o de investigación

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

Cargos de un centro

Por cuidado, servicios o suministros brindados en estos lugares:

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

Delito grave

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

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.

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 “Requisitos de necesidad médica, remisión y precertificación”.

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.

Sentencias o acuerdos

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

Leyes de seguro obligatorio sin culpabilidad

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

Cuidado de mantenimiento

Cuidado que consiste en servicios y suministros que se brindan para mantener, más que mejorar, un nivel de función física o mental, a excepción de los servicios de terapia de rehabilitación. Consulte “Servicios de terapia de rehabilitación” en la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos y exclusiones” del *Certificado*.

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;
 - suministros para pruebas de orina o sangre;
 - 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".

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.
- Los medicamentos que están incluidos en la lista de medicamentos de especialidad con receta están 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.

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 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 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 sexual 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.

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 especializados 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.

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.

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” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos y exclusiones” del *Certificado*.
 - Hipnosis y otras terapias.
 - Medicamentos, a excepción de lo dispuesto específicamente en “Medicamentos con receta en casos ambulatorios” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos y exclusiones” en el *Certificado*.
 - 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.

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.

El plan de seguro de salud para estudiantes de The University of Arizona está asegurado por Aetna Health and Life Insurance Company (“Aetna”). Aetna Student HealthSM es el nombre comercial de los productos y servicios ofrecidos por Aetna Life Insurance Company, Aetna Health and Life Insurance Company y sus filiales correspondientes (denominadas “Aetna”).

Países sancionados

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

Tecnología de asistencia

Es posible que las personas que utilizan tecnología de asistencia no puedan acceder por completo a la siguiente información. Para obtener ayuda, llame al 866-376-7450.

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 866-376-7450.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestra política de no discriminación o alguna inquietud relacionada con la discriminación sobre la que le gustaría que conversemos, llámenos al 866-376-7450.

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 **866-376-7450** (TTY: **711**).

Español

Atención: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **866-376-7450** (TTY: **711**).

አማርኛ/Amháríco

ልብ ይበሉ: አማርኛ ቋንቋ የሚናገሩ ከሆነ፣ የትርጉም ድጋፍ ሰጪ ድርጅቶች፣ ያለምንም ክፍያ እርስዎን ለማገልገል ተዘጋጅተዋል። የሚከተለው ቁጥር ላይ ይደውሉ **866-376-7450** (መስማት ለተሳናቸው: **711**).

العربية/Árabe

(رقم الهاتف النصي **866-376-7450** ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **711**).

Bàsɔ̀̀ Wùdù/Bassa

Dè dɛ nià kɛ dyédɛ gbo: ɔ jũ kɛ̀ m̀ dyiBàsɔ̀̀-wùdù-po-nyò jũ ni, niì à wuɖu kà kò dò po-poò bɛ̀ m̀ gbo kpàa. Đà **866-376-7450** (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**866-376-7450** (TTY: **711**)。

فارسی/Farsi

(تماس بگیرید. **711** TTY: **866-376-7450** توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات زبانی رایگان به شما ارایه میگردد، با شماره

Français/Francés

Attention: Si vous parlez français, vous pouvez disposer d'une assistance gratuite dans votre langue en composant le **866-376-7450** (TTY: **711**).

ગુજરાતી/Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો ભાષાકીય સહાયતા સેવા તમને નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. કોલ કરો **866-376-7450** (TTY: **711**).

Kreyòl Ayisyen/Criollo haitiano

Atansyon: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **866-376-7450** (TTY: **711**).

Igbo

Nrụbama: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijirị gị. Kpọọ **866-376-7450** (TTY: **711**).

한국어/Coreano

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **866-376-7450**(TTY: **711**)번으로 전화해 주십시오.

Português/Portugués

Atenção: a ajuda está disponível em português por meio do número **866-376-7450** (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 **866-376-7450** (TTY: **711**).

Tagalo

Paunawa: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **866-376-7450** (TTY: **711**).

اردو/Urdu

پرکالکرین **866-376-7450** (TTY: **711**) توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت دستیاب ہیں۔

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 **866-376-7450** (TTY: **711**).

Yorùbá/Yoruba

Àkíyèsí: Bí o bá nsọ èdè Yorùbá, ìrànlọ́wọ́ lóri èdè, lófẹ̀ẹ̀, wà fún ọ. Pe **866-376-7450** (TTY: **711**).

“Aetna” es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios ofrecidos por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company y sus filiales (denominadas “Aetna”).