



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado.

Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-800-238-3488.

Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-800-238-3488 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	Para proveedores dentro de la red : \$750 por individuo / \$1,500 por familia; para proveedores fuera de la red : \$1,500 por individuo / \$3,000 por familia.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el plan , cada familiar deberá pagar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible que pagan todos los familiares alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. La atención preventiva se cubre antes de alcanzar su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí. \$50 por individuo / \$100 por familia para la cobertura de medicamentos con receta médica por venta minorista.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica del deducible antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Gastos médicos: para proveedores dentro de la red : \$3,000 por individuo / \$6,000 por familia; para proveedores fuera de la red : \$6,000 por individuo / \$12,000 por familia. Medicamentos con receta médica: \$2,000 por individuo y \$4,000 por familia.	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este plan , ellos deben pagar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas, los cargos por saldo de facturación, las penalizaciones en caso de no obtener una autorización previa para los servicios y los servicios de atención médica que este plan no cubre, copagos fuera de la red. Determinados medicamentos de farmacia de especialidad se consideran beneficios de salud no esenciales y están fuera de los límites de gastos de bolsillo. El costo de estos medicamentos (aunque reembolsado por el fabricante sin costo para usted) no se aplicará para alcanzar sus máximos de gastos de bolsillo.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Vea www.aetna.com o llame al 1-800-238-3488 para obtener una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan tiene una red de proveedores. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará el máximo si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin una derivación .



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$30 de copago por visita, no se aplica el deducible	40% de coseguro	Se aplica a todos los médicos de la red de medicina interna, pediatría, medicina familiar y medicina general. \$15 de copago para servicios de atención virtual de Aetna.
	Consulta con un especialista	\$40 de copago por visita, no se aplica el deducible	40% de coseguro	—————Ninguna—————
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargo, no se aplica el deducible	40% de coseguro	Pueden aplicarse cronogramas de edad y frecuencia.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo para laboratorio de diagnóstico para pacientes ambulatorios después del deducible	40% de coseguro	Dentro de la red: 20% de coseguro para radiografías y exámenes de diagnóstico para pacientes hospitalizados.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% de coseguro	40% de coseguro	—————Ninguna—————
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.health.aetna.com	Medicamentos genéricos	20% de coseguro (por venta minorista) con un mínimo de \$10; \$20 de copago (por pedido por correo)	100% del costo de la venta (por venta minorista); sin cobertura (por pedido por correo)	La cobertura se limita a un suministro de 30 días (por venta minorista) y un suministro de 90 días (por pedido por correo). Límite de gastos de bolsillo de \$1,500 por individuo / \$3,000 por familia. Las reclamaciones de venta minorista fuera de la red pueden presentarse para reembolso. Su plan utiliza una lista de medicamentos preferidos que identifica el estado de los medicamentos cubiertos. Algunos medicamentos pueden requerir autorización previa . Si no se obtiene la autorización previa necesaria, es posible que el medicamento no se cubra. Usted paga la diferencia de costo si solicita un medicamento de marca en lugar de su equivalente genérico. Después de surtir 2 veces una receta médica en una farmacia minorista, usted es responsable del costo total, sin límite de gastos de bolsillo .
	Medicamentos de marca preferidos	20% de coseguro (por venta minorista) con un mínimo de \$30; \$60 de copago (por pedido por correo)	100% del costo de la venta (por venta minorista); sin cobertura (por pedido por correo)	
	Medicamentos de marca no preferidos	20% de coseguro (por venta minorista) con un mínimo de \$60; \$120 de copago (por pedido por correo)	100% del costo de la venta (por venta minorista); sin cobertura (por pedido por correo)	
	Medicamentos de especialidad	Su costo varía según los medicamentos genéricos, de marca preferidos o de marca no preferidos.	100% del costo de la venta (por venta minorista); sin cobertura (por pedido por correo)	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro	40% de coseguro	—————Ninguna—————
	Tarifas del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	—————Ninguna—————
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$150 de copago + 20% de coseguro	\$150 de copago + 20% de coseguro	Sin cobertura para el uso que no es de emergencia de la sala de emergencias. No se aplica el copago de la sala de emergencias si es admitido.
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	20% de coseguro	—————Ninguna—————
	Atención de urgencia	\$50 de copago por visita, no se aplica el deducible	40% de coseguro	No se cubre para uso que no sea de urgencia.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de coseguro	40% de coseguro después del deducible y \$250 de copago por admisión	Se requiere autorización previa para servicios fuera de la red. Los beneficios se reducirán en \$300 si no se obtiene la autorización previa .
	Tarifas del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	—————Ninguna—————
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$30 de copago por visita, no se aplica el deducible	40% de coseguro	—————Ninguna—————
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere autorización previa para servicios fuera de la red. Los beneficios se reducirán en \$300 si no se obtiene la autorización previa .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Atención prenatal: sin cargo Atención posparto: 20% de coseguro	40% de coseguro	Se aplicará \$40 de copago a la visita inicial de la prueba de embarazo del obstetra/ginecólogo. Las visitas prenatales adicionales estarán cubiertas al 100%.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	40% de coseguro	—————Ninguna—————
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	40% de coseguro	—————Ninguna—————

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20% de coseguro	40% de coseguro	La cobertura se limita a 60 visitas. Se requiere autorización previa para servicios fuera de la red. Los beneficios se reducirán en \$300 si no se obtiene la autorización previa .
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro	40% de coseguro	Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla: 90 visitas por año calendario. Se requiere autorización previa para servicios fuera de la red. Los beneficios se reducirán en \$300 si no se obtiene la autorización previa .
	Servicios de habilitación	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro	40% de coseguro después del deducible y \$250 de copago por admisión	La cobertura se limita a 120 días por año calendario. Se requiere autorización previa para servicios fuera de la red. Los beneficios se reducirán en \$300 si no se obtiene la autorización previa .
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	40% de coseguro	Se excluyen equipos para modificaciones en vehículos, modificaciones en el hogar, para hacer ejercicio y para el baño.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20% de coseguro	Paciente hospitalizado: 40% de coseguro después del deducible y \$250 de copago por admisión; Paciente ambulatorio: 40% de coseguro	Se requiere autorización previa para servicios fuera de la red. Los beneficios se reducirán en \$300 si no se obtiene la autorización previa .
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	40% de coseguro	La cobertura se limita a 1 examen de la vista de rutina cada 24 meses consecutivos.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|-----------------------------|--|----------------------------------|
| • Cirugía estética | • Atención a largo plazo | • Atención de los pies de rutina |
| • Atención dental (adultos) | • Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos | • Programas de pérdida de peso |

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- | | | |
|--------------------------|--|--|
| • Cirugía bariátrica | • Tratamiento para la infertilidad (cubierto a través de WINFertility) | • Atención de la vista de rutina (adultos) |
| • Atención quiropráctica | • Servicios de enfermería privada | • Mamografías |
| • Acupuntura | • Audífonos | |

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es [insert State, HHS, DOL, and/or other applicable agency contact information]. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de [Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Aetna al 1-800-233-6697 o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. La información de contacto se encuentra en <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/member-guidelines/complaints-grievances-appeals.html> o en la Oficina del Defensor de Atención Médica de Connecticut P.O. Box 1543 Hartford, CT 06144 (866) 466-4446 www.ct.gov/oha healthcare.advocate@ct.gov. *Para quejas formales y apelaciones relativas a la cobertura de sus medicamentos, llame al número al dorso de su tarjeta de medicamentos con receta médica o visite www.express-scripts.com.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al **1-800-238-3488**.]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **1-800-238-3488**.]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码**1-800-238-3488**.]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' holne' **1-800-238-3488**.]

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$750
■ Copago al especialista	\$40
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	20%
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
 Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles*	\$800
Copagos	\$0
Coseguro	\$2,100
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$2,960

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El deducible general del plan	\$750
■ Copago al especialista	\$40
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	20%
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)
 Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos con receta médica
 Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles*	\$800
Copagos	\$300
Coseguro	\$700
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,820

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$750
■ Copago al especialista	\$40
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	20%
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)
 Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$800
Copagos	\$100
Coseguro	\$300
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,200

*Nota: Este [plan](#) tiene otros [deducibles](#) para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila "¿Hay otros [deducibles](#) para servicios específicos?"

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.