

Cobertura para: Empleado + Familia | Tipo de plan: Programa de asistencia al empleado (Employee Assistance Program, EAP)



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo 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, o para recibir una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-877-851-9081. Para obtener definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en <http://cciio.cms.gov/resources/files/Files2/02102012/uniform-glossary-final.pdf> o llamar al 1-877-851-9081 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$0	Consulte el cuadro Eventos médicos frecuentes a continuación para conocer los costos de los servicios que cubre este plan .
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible ?	No.	Tendrá que alcanzar el deducible antes de que el plan pague los servicios.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	No corresponde.	Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo sobre sus gastos.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	No corresponde.	Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo sobre sus gastos.
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red ?	Sí. Visite www.aetna.com o llame al 1-800-233-6697 para obtener una lista de proveedores de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una referencia para ver a un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que elija sin una referencia .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla se aplican después de que se haya alcanzado su [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

Evento médico frecuente	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
	Visita a especialistas	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
	Atención preventiva/evaluación/vacunación	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
Si tiene una prueba	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computada [TC]/tomografía por emisión de positrones [TEP], resonancia magnética [RM])	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos genéricos	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
	Medicamentos de marca preferida	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
	Medicamentos de marca no preferida	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
	Medicamentos especializados	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Honorarios del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
	Transporte médico de emergencia	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
	Atención de urgencia	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
Si tiene una hospitalización	Honorarios del centro (p. ej., habitación de hospital)	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————

Evento médico frecuente	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
	Servicios del centro de parto/nacimiento	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención de la salud a domicilio	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
	Servicios de rehabilitación	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
	Servicios de habilitación	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
	Atención de enfermería especializada	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
	Equipo médico duradero	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
	Servicios de cuidados paliativos	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
Si el niño necesita cuidado odontológico u oftalmológico	Examen oftalmológico para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————
	Chequeo odontológico para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	———— Ninguno ————

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (Consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido).

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Servicios de asesoramiento que superen el número de sesiones presenciales cubiertas por el plan• Tratamiento o terapia ordenados por el tribunal, o cualquier tratamiento o terapia ordenados como requisito para la libertad bajo palabra, la libertad condicional, la custodia o las evaluaciones de las visitas, o pagados por la compensación al trabajador | <ul style="list-style-type: none">• Evaluaciones de aptitud para el trabajo que se utilizan para evaluar si un empleado es capaz de realizar sus tareas de forma segura, como pruebas psicológicas y un informe por escrito• Evaluaciones psicológicas formales que normalmente implican pruebas psicológicas y dan lugar a un informe por escrito• Tratamiento hospitalario de cualquier tipo, o tratamiento ambulatorio para cualquier enfermedad tratada médicamente | <ul style="list-style-type: none">• Asesoramiento en materia de inversiones (el plan tampoco presta dinero ni paga facturas)• Representación legal ante un tribunal, preparación de documentos legales o asesoramiento en las áreas de impuestos, patentes o inmigración• Medicamentos recetados• Servicios de psiquiatría• Servicios de asesores que no son proveedores participantes |
|--|---|--|

Otros servicios cubiertos (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Sesión de asesoramiento presencial con un proveedor de EAP• Servicios de vida laboral en línea | <ul style="list-style-type: none">• Evaluación telefónica y referencia ilimitadas | <ul style="list-style-type: none">• Gastos cubiertos por el plan EAP patrocinado por su empleador |
|---|---|---|

Sus derechos para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura después de que esta termine. Para comunicarse con esas agencias, contacte al Departamento de Trabajo de EE. UU., la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, al 1-866-444-3272 o visite el sitio web www.dol.gov/ebsa. Es posible que también tenga otras opciones de cobertura disponibles para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del [mercado de seguros médicos](#). Para obtener más información sobre el [mercado de seguros médicos](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de quejas formales y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una reclamación contra su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta reclamación se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, llame al 1-855-812-9333 o envíe un correo a:

Employee Assistance Program
151 Farmington Ave, Appeals 1250
Hartford, CT 06156
Mail Code: RS32

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? No.

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago cuando presente su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica para ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? No

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría ser elegible para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [mercado de seguros médicos](#).

Servicios de acceso en idiomas:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al **1-877-851-9081**.]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **1-877-851-9081**.]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 **1-877-851-9081**.]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' **1-877-851-9081**.]

—————*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica ilustrativa, consulte la siguiente sección.*—————

Declaración de divulgación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Paperwork Reduction Act, PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es **0938-1146**. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud del tiempo estimado 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:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención que reciba, los precios que cobran sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Preste atención a los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y [servicios excluidos](#) en virtud del [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en virtud de diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

Peg está teniendo un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto hospitalario)

- El [deducible](#) general del [plan](#) N/C
- [Especialista](#) N/C
- Hospital (centro) N/C
- Otro N/C

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de parto/nacimiento
 Servicios del centro de parto/nacimiento
 Pruebas diagnósticas (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría: Esta afección no está cubierta, por lo que el paciente paga el 100 %.

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	N/C
Copagos	N/C
Coseguro	N/C
<i>Lo que no está cubierto</i>	

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) N/C
- [Especialista](#) N/C
- Hospital (centro) N/C
- Otro N/C

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluida la educación sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos recetados
 Equipo médico duradero (*glucómetro*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría: Esta afección no está cubierta, por lo que el paciente paga el 100 %.

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	N/C
Copagos	N/C
Coseguro	N/C
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$5,600

El total que Joe pagaría es	\$5,600
-----------------------------	---------

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

- El **deducible** general del **plan** N/C
- **Especialista** N/C
- **Hospital (centro)** N/C
- **Otro** N/C

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)
 Prueba de diagnóstico (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría: Esta afección no está cubierta, por lo que el paciente paga el 100 %.

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	N/C
Copagos	N/C
Coseguro	N/C
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$2,800
El total que Mia pagaría es	\$2,800