



UNIVERSITY *of* VIRGINIA

Plan de salud de la Universidad de Virginia
Descripción resumida del plan

Para los matriculados en el Plan de salud de la Universidad de Virginia

Vigente a partir del viernes, 1 de enero de 2021

Sus beneficios del plan de salud de UVA

El plan de salud de la Universidad de Virginia (el plan de salud UVA o el Plan) ofrece tres opciones de plan de salud para ofrecerle una atención médica completa a usted y a sus dependientes elegibles. Usted selecciona la cobertura que mejor cubra sus necesidades y las de su familia.

Use este libro para obtener la información que necesite cuando busque servicios médicos de rutina, tenga una enfermedad o lesión graves o necesite comprar un medicamento de venta con receta. Encontrará información sobre quién es elegible, qué está cubierto y que no, cómo presentar un reclamo y qué pasa cuando usted ya no es elegible para la cobertura.

El plan de salud de UVA, ofrecido por la Universidad de Virginia (la Universidad), es administrado por Aetna Life Insurance Company e incluye un programa de medicamentos de venta con receta administrado por Aetna. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con los números que aparecen en su tarjeta de identificación o consulte la sección «Contactos» en la página 3.

Síntesis de su cobertura médica

El plan de salud de UVA ofrece una cobertura médica completa y beneficios para la compra de medicamentos de venta con receta. Aquí hay una sinopsis de cómo funciona el Plan.

Función	Resumen
<i>Sus opciones</i>	<p>El plan de salud de UVA ofrece tres opciones de plan de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Value Health; ▪ Choice Health; y ▪ Basic Health. <p>Todas las opciones ofrecen cobertura para la compra de medicamentos de venta con receta. Si está inscrito en Value Health y el código postal del lugar donde trabaja está ubicado a más de 50 millas de Charlottesville, será automáticamente inscrito en la opción fuera del área de Value Health.</p>
<i>Cómo funciona el plan de salud de UVA</i>	<p>Cada opción de plan ofrece cobertura de la misma gama amplia de servicios, incluyendo visitas al médico, medicamentos de venta con receta, internación hospitalaria y cirugías. La forma en la que el Plan paga los beneficios depende de su opción de plan, si el servicio está cubierto por el Plan y su usted recibe atención de un proveedor que está dentro o fuera de la red.</p>
<i>Redes del plan de salud de UVA</i>	<p>Usted tiene la libertad de elegir a cualquier médico o proveedor de atención médica dentro de la red de Aetna, o fuera de la red. Con la opción Value Health, usted recibe el nivel más alto de cobertura cuando usa a un proveedor que está dentro de la red de proveedores de UVA.</p> <p>Para encontrar a un proveedor que está dentro de la red, visite www.aetna.com/docfind/custom/uva.</p>

Función	Resumen
<p><i>Similitudes de las opciones de plan</i></p>	<p>Las opciones de plan comparten muchas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cubren la misma gama amplia de servicios, incluyendo los medicamentos de venta con receta; ▪ Los servicios de atención preventiva (dentro de la red) están cubiertos al 100% sin deducible; ▪ Usted debe satisfacer un deducible anual antes de que comience la cobertura para la mayoría de los servicios. Luego, usted y su Plan comparten el costo de los servicios cubiertos (coseguro) hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo; ▪ Una vez que llega al gasto máximo de bolsillo del Plan, el Plan cubre los servicios por completo durante el resto del año; y ▪ Usted puede elegir la cobertura para usted mismo y sus dependientes elegibles. <p>Además, Aetna es el administrador del plan para los servicios médicos y los beneficios de medicamentos de venta con receta.</p>
<p><i>Qué está cubierto</i></p>	<p>El Plan ofrece una cobertura del 100% de los servicios de atención preventiva elegibles dentro de la red y las inmunizaciones, y no es necesario que satisfaga primero el deducible anual.</p> <p>Usted está cubierto para una amplia gama de servicios de atención médica elegibles dentro y fuera de la red, incluyendo visitas al médico, atención urgente y de emergencia, internación hospitalaria, servicios de atención médica en el hogar y salud conductual.</p>
<p><i>Su costo por la cobertura</i></p>	<p>Usted comparte parte del costo de la cobertura a través de contribuciones de nómina o primas mensuales y parte del costo de la atención a través de deducibles, copagos y coseguro. En general, cuanto más pague por la cobertura a través de contribuciones de nómina o primas mensuales, menos pagará por el costo de los servicios de atención médica que reciba.</p>
<p><i>Sobre el programa de medicamentos de venta con receta</i></p>	<p>Los beneficios de farmacia, administrados por Aetna, forman parte del plan de salud de UVA, y los medicamentos de venta con receta están cubiertos del mismo modo que cualquier otro gasto médico cubierto.</p> <p>El Plan paga beneficios por las recetas médicas surtidas en una farmacia de UVA Pharmacy, la farmacia UVA Specialty y en otras farmacias participantes de Aetna. Usted puede surtir sus recetas médicas en una farmacia minorista o a través de la farmacia de pedido por correo de CVS Caremark. Los medicamentos especializados se deben surtir en la farmacia UVA Specialty.</p>

Contactos

Cuando tenga preguntas o necesite más información, aquí hay algunos recursos disponibles para usted.

Recurso	Situación	Cómo comunicarse
<i>RR HH de UVA</i>	Comuníquese con RR HH de UVA cuando: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Experimente un suceso de vida calificado ▪ Necesite reportar un cambio de nombre, dirección o número de teléfono 	Llame al: 434-243-3344 Correo electrónico: askHR@virginia.edu
<i>Equipo de defensores de Aetna One</i>	Comuníquese con su equipo de defensores de Aetna One cuando tenga: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Preguntas sobre los beneficios médicos de su Plan o una pregunta sobre un reclamo ▪ Preguntas sobre los beneficios del Plan para medicamentos de venta con receta 	Llame al: 800-987-9072 Visite: www.aetna.com
<i>Sitio web para miembros de Aetna</i>	Use su sitio web para miembros seguro si necesita: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Información de elegibilidad o estado de un reclamo ▪ Un reemplazo de su tarjeta de identificación ▪ Copias de formularios de reclamo ▪ Acceso a herramientas que lo ayudan a administrar su atención médica 	Visite: www.aetna.com
<i>Portal de la red de Aetna</i>	Use el sitio web de búsqueda de proveedores de Aetna para encontrar: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proveedores dentro de la red de Aetna ▪ Paquete de información para nuevos miembros ▪ Herramienta para seleccionar planes o estimar costos ▪ Institutos de excelencia, Institutos de calidad, red nacional de vacunación de Aetna 	Visite: www.aetna.com/docfind/custom/uva
<i>Farmacia UVA Specialty</i>	Comuníquese cuando tenga: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Preguntas sobre sus beneficios de medicamentos especializados ▪ Dónde encontrar una farmacia UVA Specialty 	Llame al: 434-297-5500

Contenido

SUS BENEFICIOS DEL PLAN DE SALUD DE UVA	1
SÍNTESIS DE SU COBERTURA MÉDICA.....	1
CONTACTOS	3
SOBRE ESTE RESUMEN	9
SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES	10
CARTA DE DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES	10
SUS RESPONSABILIDADES COMO PARTICIPANTE DE UN PLAN	10
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN	11
QUIÉN ES ELEGIBLE	11
<i>Empleados activos</i>	<i>11</i>
<i>Becarios de postdoctorado.....</i>	<i>12</i>
<i>Dependientes</i>	<i>12</i>
<i>Hijos adoptados.....</i>	<i>13</i>
<i>Hijos nacidos por alquiler de vientre</i>	<i>13</i>
<i>Órdenes de manutención de menores calificadas</i>	<i>13</i>
<i>Jubilados</i>	<i>14</i>
<i>Supervivientes de empleados activos</i>	<i>14</i>
CÓMO INSCRIBIRSE	14
<i>Empleados nuevos.....</i>	<i>15</i>
<i>Inscripción abierta</i>	<i>15</i>
MODIFICACIONES POR SUCESOS DE VIDA CALIFICADOS	15
<i>Derechos de inscripción especiales.....</i>	<i>17</i>
<i>Documentación requerida para los sucesos de vida calificadas.....</i>	<i>17</i>
<i>Documentación requerida para confirmar la relación del cónyuge o dependiente</i>	<i>19</i>
FINALIZACIÓN DEL PERÍODO DE OPCIÓN DURANTE LA INSCRIPCIÓN	21
<i>Empleados nuevos.....</i>	<i>21</i>
<i>Inscripción abierta</i>	<i>21</i>
<i>Sucesos de vida calificadas e inscripciones especiales</i>	<i>22</i>
CUÁNDO COMIENZA LA COBERTURA.....	22
¿QUÉ PASA SI DEJO LA UNIVERSIDAD Y LUEGO VUELVO?	22
CÓMO PAGA SU COBERTURA.....	22
<i>Contribuciones antes de impuestos y seguro social</i>	<i>22</i>
<i>Primas de becarios de postdoctorado.....</i>	<i>23</i>
<i>Primas de jubilados y supervivientes</i>	<i>23</i>
CUANDO TERMINA LA COBERTURA	24
AUSENCIAS CON PERMISO.....	25
<i>Ley de Ausencia con Permiso Familiar, Médica y Militar</i>	<i>25</i>
<i>Ausencia con permiso militar USERRA</i>	<i>25</i>
<i>Ausencia con permiso con y sin goce de sueldo</i>	<i>25</i>
CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA PARA UN HIJO DISCAPACITADO.....	26
CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DEL PLAN BAJO COBRA	26
<i>Elección y pago de la cobertura COBRA</i>	<i>27</i>
<i>Requisitos de notificación.....</i>	<i>28</i>
<i>Notificación de sus derechos bajo COBRA.....</i>	<i>29</i>

<i>Cambios de dirección</i>	29
CUÁNDO TERMINA COBRA.....	29
SUS OPCIONES DE COBERTURA MÉDICA DE UVA	30
LISTADO DE BENEFICIOS DE VALUE HEALTH.....	30
LISTADO DE BENEFICIOS FUERA DEL ÁREA DE VALUE HEALTH	34
LISTADO DE BENEFICIOS DE CHOICE HEALTH.....	39
LISTADO DE BENEFICIOS DE BASIC HEALTH.....	43
LISTADO DE BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS DE VENTA BAJO RECETA — PARA VALUE HEALTH Y CHOICE HEALTH	47
LISTADO DE BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS BAJO RECETA — PARA BASIC HEALTH.....	49
CÓMO FUNCIONA LA COBERTURA MÉDICA.....	50
CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA) CON COBERTURA DE BASIC HEALTH	51
<i>Elegibilidad</i>	51
LA RED DE PROVEEDORES	51
CERTIFICACIÓN PREVIA.....	52
<i>Cuándo es necesaria la certificación previa de la atención</i>	52
<i>Si no obtiene la certificación previa</i>	53
<i>Certificación previa de la radiología de alta tecnología</i>	53
EN UNA EMERGENCIA	54
<i>Ejemplos de emergencias médicas</i>	54
RECURSOS PARA ENFERMEDADES AVANZADAS	54
TRASPLANTES Y ATENCIÓN MÉDICA ESPECIAL.....	55
COBERTURA EN LOS VIAJES AL EXTERIOR.....	55
<i>Permanencia fuera del país por 90 días o más</i>	55
<i>Si se va del país por menos de 90 días</i>	56
<i>Cómo comunicarse con Aetna cuando viaja fuera de Estados Unidos</i>	56
PROGRAMAS ESPECIALES	56
<i>Programas de descuento</i>	56
<i>Programas de administración de la salud</i>	56
HERRAMIENTAS.....	57
<i>Guía en línea de proveedores médicos</i>	57
<i>Sitio web para miembros de Aetna</i>	57
<i>Línea Informed Health®</i>	58
<i>Tarjetas de identificación</i>	58
COORDINACIÓN CON OTROS PLANES	58
SI TIENE OTRA COBERTURA.....	58
COORDINACIÓN CON MEDICARE.....	60
<i>Cuando este Plan es el principal</i>	61
<i>Enfermedad renal en etapa terminal</i>	61
<i>Cuando Medicare es el plan principal</i>	61
<i>Cuando termina la elegibilidad para el Plan</i>	61
<i>Cómo afecta Medicare los beneficios de su Plan</i>	62
QUÉ ESTÁ CUBIERTO	62
ATENCIÓN PREVENTIVA.....	62
<i>Exámenes físicos de rutina</i>	62
<i>pruebas diagnósticas y servicios de asesoramiento</i>	63
<i>Exámenes de obstetricia y ginecología de rutinas</i>	64

<i>pruebas diagnósticas de rutina para detectar el cáncer</i>	64
VISITAS Y CLÍNICAS QUE NO REQUIEREN TURNO	64
<i>Visitas al consultorio</i>	64
<i>Visitas en el hogar</i>	64
<i>Clínicas que no requieren cita previa</i>	64
TELEMEDICINA	65
TELADOC	65
PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y MATERNIDAD	65
<i>Servicios anticonceptivos</i>	65
<i>Esterilización voluntaria</i>	66
<i>Servicios básicos por esterilidad</i>	66
<i>Servicios completos para la esterilidad y tecnología reproductiva de avanzada (ART)</i>	
<i>Gastos</i>	66
<i>Atención de maternidad</i>	67
<i>Centro de partos</i>	68
<i>Apoyo, asesoramiento y suministros para la lactancia</i>	68
ATENCIÓN HOSPITALARIA	68
<i>Pruebas previas a la internación hospitalaria</i>	69
CIRUGÍA	69
<i>Anestesia</i>	70
<i>Cirugía bariátrica</i>	70
<i>Cirugía oral</i>	70
<i>Cirugía ambulatoria</i>	71
<i>Cirugía reconstructiva</i>	72
<i>Cirugía de reasignación transgénero (cambio de sexo)</i>	72
TRASPLANTES	73
<i>Red de los Institutos de excelencia</i>	74
ALTERNATIVAS PARA LA ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN EL HOSPITAL	74
<i>Centro con servicios de enfermería especializada</i>	74
<i>Atención médica en el hogar</i>	74
<i>Cuidados paliativos</i>	75
ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y URGENTE.....	76
<i>Atención de emergencia</i>	76
<i>Atención urgente</i>	76
<i>Ambulancia</i>	76
OTROS GASTOS CUBIERTOS	77
<i>Acupuntura</i>	77
<i>Trastorno del espectro autista</i>	77
<i>Quimioterapia</i>	78
<i>Equipo, suministros y educación para diabéticos</i>	78
<i>Radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico</i>	78
<i>Equipo médico duradero y quirúrgico</i>	78
<i>Servicios de intervención temprana</i>	79
<i>Servicios experimentales o de investigación</i>	79
<i>Terapias basadas en los genes, celulares y otras terapias innovadoras (GCIT)</i>	80
<i>Terapia intravenosa</i>	81
<i>Asesoramiento nutricional</i>	81
<i>Imágenes diagnósticas complejas ambulatorias</i>	81
<i>Servicios de radiología ambulatorios</i>	81
<i>Rehabilitación ambulatoria de corto plazo</i>	82
<i>Prótesis</i>	83
<i>Terapia de radiación</i>	83

<i>Manipulación vertebral</i>	83
DISPOSICIONES SOBRE LA SALUD DE LA MUJER	84
<i>Ley de Protección de la Salud de los Neonatos y las Madres</i>	84
<i>La Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer</i>	84
ATENCIÓN DE LA SALUD CONDUCTUAL	84
<i>Tratamiento de trastornos mentales</i>	84
<i>Tratamiento de abuso de sustancias</i>	85
LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO	86
EXCLUSIONES GENERALES	86
TECNOLOGÍA REPRODUCTIVA DE AVANZADA (ART)	88
ATENCIÓN MÉDICA ALTERNATIVA	88
ATENCIÓN MÉDICA CONDUCTUAL	89
SERVICIOS BIOLÓGICOS Y BIÓNICOS	89
PROCEDIMIENTOS COSMÉTICOS	90
ACTOS CRIMINALES	90
ATENCIÓN CUSTODIAL Y DE PROTECCIÓN	90
ATENCIÓN DENTAL	91
EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN	91
PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y MATERNIDAD	92
ATENCIÓN DE LOS PIES	92
GOBIERNO Y FUERZAS ARMADAS	92
EXÁMENES DE SALUD	92
HOGAR Y MOVILIDAD	93
ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR	93
ATENCIÓN PALIATIVA	93
TERAPIA INTRAVENOSA	94
CIRUGÍA ORAL	94
REHABILITACIÓN AMBULATORIA DE CORTO PLAZO	94
MEDICAMENTOS DE VENTA BAJO RECETA	95
SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUAL	95
EXAMEN FÍSICO DE RUTINA	96
FORTALEZA Y DESEMPEÑO	96
PRUEBAS Y TERAPIAS	97
TRASPLANTES	97
VIAJES Y TRANSPORTE	97
VISTA, HABLA Y AUDICIÓN	97
SERVICIOS DE CONTROL DEL PESO	98
PROGRAMA DE AETNA PARA MEDICAMENTOS DE VENTA BAJO RECETA	98
NIVELES DE BENEFICIOS	98
<i>Medicamentos genéricos y de marca</i>	98
<i>¿Qué es un vademécum?</i>	99
FARMACIA MINORISTA	99
<i>Farmacia preferida</i>	99
<i>Farmacia no preferida</i>	99
MEDICAMENTOS DE VENTA BAJO RECETA PEDIDOS POR CORREO	99
PROGRAMA MAINTENANCE CHOICE CON OPCIÓN DE EXCLUIRSE	100
AUTORIZACIÓN PREVIA	100
PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS	101
PROGRAMA DE TERAPIA ESCALONADA	101

PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE CANTIDAD	101
LISTA DE MEDICAMENTOS PREVENTIVOS.....	102
PROGRAMA EXPANDIDO DE ASESORAMIENTO DEL ASESOR DE FARMACIA	102
MEDICAMENTOS CUBIERTOS.....	102
LO QUE NO CUBRE EL PROGRAMA DE MEDICAMENTOS DE VENTA BAJO RECETA	103
RECLAMOS Y APELACIONES DE AETNA.....	103
CÓMO LLEVAR UN REGISTRO DE LOS GASTOS	104
CÓMO PRESENTAR RECLAMOS	104
<i>Exámenes físicos</i>	105
PLAZOS DE PROCESAMIENTO DE RECLAMOS.....	105
<i>Reclamos de atención urgente</i>	105
<i>Otros reclamos (antes y después del servicio)</i>	105
<i>Predeterminaciones</i>	105
<i>Tratamiento en curso</i>	106
RECLAMOS DE SALUD: APELACIONES ESTÁNDAR	106
<i>Agotamiento del proceso de apelaciones interno</i>	106
<i>Revisión plena y justa de las determinaciones y apelaciones de los reclamos</i>	107
RECLAMOS DE SALUD: APELACIONES VOLUNTARIAS	108
<i>Revisión externa</i>	108
<i>Solicitud de revisión externa</i>	108
<i>Revisión preliminar</i>	109
<i>Derivación a una organización de revisión externa (ERO)</i>	109
<i>Revisión externa expeditada</i>	110
<i>Derivación de la revisión expeditada a una ERO</i>	110
FIDUCIARIO DE RECLAMOS	110
QUEJAS.....	111
RECUPERACIÓN DE SOBREPAGOS.....	111
INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA.....	112
INFORMACIÓN DEL PLAN	112
DOCUMENTOS DEL PLAN.....	113
INTERPRETACIÓN DE LAS REGLAS DE ELEGIBILIDAD.....	113
EL FUTURO DEL PLAN	113
NO DISCRIMINACIÓN.....	113
LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA	114
COMPROMISO DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE LA UNIVERSIDAD DE VIRGINIA	114
<i>Información sujeta a esta notificación</i>	115
RESUMEN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN	115
<i>Notificación detallada de las políticas de privacidad del Plan: usos y divulgaciones del Plan</i>	116
SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN MÉDICA	119
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA.....	121
TÉRMINOS DEFINIDOS.....	125
DESCRIPCIONES RESUMIDAS DE LOS BENEFICIOS Y LA COBERTURA	145

Sobre esta descripción resumida

Este libro, incluyendo las listas de beneficios del Plan de salud de UVA, constituye la descripción resumida del Plan de salud (SPD) de UVA y el documento del plan.

En este libro, encontrará la información que necesita para comprender los beneficios del Plan de salud de UVA, incluyendo:

- Qué derechos y responsabilidades tiene en virtud del Plan;
- Quién es elegible para recibir la cobertura;
- Cómo inscribirse y en qué momento le está permitido modificar la cobertura elegida;
- Cuándo comienza y termina la cobertura;
- Qué cubre y qué no cubre el Plan;
- Cómo presentar un reclamo o apelar una decisión después de un reclamo, y
- Definición de términos clave.

Además, asegúrese de ver la sección «Información administrativa» en la página 112 para ver información sobre la administración del Plan y la sección «Resumen de las prácticas de privacidad del Plan» en la página 115, para ver la política de privacidad de la Universidad. Finalmente, este libro incluye el resumen de beneficios y cobertura de la Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act) (ACA) de cada opción del Plan.

Lea el resumen de beneficios y cobertura con atención y revíselo cuando necesite entender cómo funcionan sus beneficios médicos. El resumen de beneficios y cobertura es el documento vinculante para la administración del Plan en los procesos de apelación. Si tiene alguna consulta o necesita ayuda, llame a Aetna al número que aparece en su tarjeta de identificación o consulte la sección «Contactos» en la página 3.

Este libro describe las disposiciones del plan de salud de la Universidad de Virginia al 1 de enero de 2021. La Universidad de Virginia se reserva el derecho de modificar, enmendar, suspender o rescindir cualquiera de los beneficios en virtud del Plan de salud de la Universidad de Virginia en todo o en parte en cualquier momento y por cualquier razón a su exclusivo criterio.

La Universidad de Virginia adopta este documento del Plan como descripción del Plan de salud de UVA. Este documento del Plan reemplaza todas las declaraciones anteriores de las coberturas de salud del Plan a partir del 1 de enero de 2021. Si alguna disposición del Plan resulta contraria a las leyes a las que está sujeto, tal disposición queda modificada por el presente de manera de estar de acuerdo con la ley.

Cabe mencionar que al adoptar y mantener el Plan de salud de UVA, la Universidad de Virginia no celebra ningún contrato de empleo con ningún empleado ni participante del Plan de salud de UVA. Ninguna parte de los documentos del plan de salud de UVA ni este libro le otorgan a ningún empleado o participante del Plan de la salud de UVA derecho de empleo con la Universidad de Virginia ni de interferir con el derecho de la Universidad de Virginia de despedir a cualquier empleado en cualquier momento.

Algunos nombres de empresas, productos o servicios mencionados en el presente pueden ser marcas registradas de sus respectivas empresas.

Sus derechos y responsabilidades

Carta de derechos de los participantes

- Por ser participante del plan, usted tiene derecho a recibir información sobre el Plan de salud de UVA, los servicios, profesionales y prestadores del Plan, y sus derechos y responsabilidades.
- Usted tiene derecho a que se considere la confidencialidad de sus reclamos de atención médica.
- Usted tiene derecho a exigir que su proveedor le dé información sobre su enfermedad y tratamiento, y a que la información sea explicada e interpretada, según resulte necesario.
- Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su plan de atención durante y antes del tratamiento.
- Usted tiene derecho a los beneficios para recibir los servicios médicos necesarios cubiertos por el Plan de salud de UVA.
- Usted tiene derecho a recibir respuestas rápidas y corteses a preguntas sobre el acceso a la atención, los beneficios médicos y reclamos médicos.
- Usted tiene derecho a conocer los beneficios de atención médica y a que se le proporcione esta información en un idioma que usted comprenda.
- Usted tiene derecho presentar una apelación para que se reconsidere una decisión o a presentar quejas sobre el Plan o la atención brindada por cualquier proveedor de la red. Además, usted tiene derecho a que se le ofrezca un proceso definido para tratar las quejas y apelaciones. Revise la sección «Reclamaciones y apelaciones de Aetna» en la página 103, en esta descripción resumida del Plan para ver cómo es ese proceso.

Sus responsabilidades por ser participante del Plan

- Usted es responsable de hacer preguntas cuando no comprenda la información o las instrucciones.
- Usted es responsable de saber si busca atención de un proveedor dentro o fuera de la red. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el administrador de reclamos al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación.
- Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red, será responsable de asegurar que el administrador de reclamos haya autorizado los servicios, de resultar necesario, y de saber si son prestadores aprobados de la red o de fuera de la red para que usted pueda recibir el máximo nivel de beneficios.
- Usted es responsable de verificar con el administrador de reclamos que el proveedor haya obtenido las certificaciones previas necesarias.
- Usted es responsable de que sus familiares estén al tanto de los procedimientos correctos para acceder a la atención antes de obtener los beneficios a través del Plan de salud de UVA.
- Usted es responsable de realizar todos los copagos necesarios a los prestadores según resulte necesario y se especifique en el anexo de beneficios pertinente en la presente descripción resumida del plan.

- Usted es responsable de notificarle a RR HH de UVA cuando deba modificarse la información de contacto o la elegibilidad de los dependientes a través del portal virtual de beneficios. Si usted o sus dependientes tienen intenciones de residir fuera de los Estados Unidos durante más de 90 días, deberán presentar el formulario de inscripción en un país extranjero ante RR HH de UVA.
- Usted es responsable de proporcionarles a sus prestadores la información completa necesaria para su atención, incluyendo información precisa sobre su cobertura de salud actual y para el seguimiento del plan de tratamiento acordado.
- Usted es responsable de proporcionarle a RR HH de UVA información sobre cualquier otra cobertura de seguro de salud que tengan usted, su cónyuge o sus dependientes.
- Usted es responsable de inscribirse por internet dentro de los 30 días de la elegibilidad o de los hechos de calificación semestrales para inscribirse o modificar el Plan. Si se vence el plazo de inscripción para nuevos beneficios elegibles, por defecto, se considerará que usted ha renunciado a esos beneficios.
- Usted es responsable de brindar documentación y contestar preguntas que verifiquen la elegibilidad cuando así lo solicite el administrador del Plan.
- Usted es responsable de informarle a RR HH de UVA cuando sus dependientes ya no sean elegibles para participar en el plan de salud. Usted también es responsable de reembolsarle al Plan el costo de todo reclamo no elegible pagado por el Plan en relación con sus dependientes elegibles y no elegibles.

Elegibilidad e inscripción

Esta sección describe quiénes son elegibles para recibir la cobertura, cómo inscribirse en la cobertura y a partir de cuándo entra en vigencia la cobertura.

Personas elegibles

Empleados activos

Usted es elegible para inscribirse al Plan si es empleado de la Universidad y si es:

- Un empleado de tiempo completo;
- Un empleado de tiempo parcial programado para trabajar por lo menos 20 horas por semana;
- Un empleado de tiempo parcial del centro médico que haya firmado un acuerdo de empleo flexible o que de otra forma sea empleado de tiempo parcial elegible según la definición del Centro Médico, o
- Un empleado asalariado que ha prestado por lo menos 30 horas de servicio por semana durante su período de medición inicial o estándar de 12 semanas:
 - El período inicial de medición para los empleados asalariados comienza en la fecha de contratación y se extiende por 12 meses (período de medición único).
 - El período de medición estándar de los empleados asalariados es de 12 meses entre el 3 de octubre y el 2 de octubre (medido por cada año de empleo).

Si usted es elegible para el Plan de salud de UVA sobre la base de los criterios anteriores, un período administrativo luego del período de medición apropiado ofrece el período ventana de inscripción para los beneficios de salud. Se le ofrecerá cobertura para el período de estabilidad de 12 meses posterior al período administrativo.

No lo olvide

Los empleados tercerizados o por contrato no son elegibles para el Plan.

Los empleados elegibles que se encuentren ausentes con permiso deben consultar la sección de «Ausencias con permiso» en la página 25 para ver los detalles de la cobertura.

Becarios de postdoctorado

Usted es elegible para inscribirse en el Plan si es becario de postdoctorado de la Universidad de Virginia.

Dependientes

Usted puede inscribir a sus dependientes elegibles si presenta documentación para confirmar su elegibilidad. Sus dependientes elegibles son:

- Su cónyuge reconocido legalmente en el estado de Virginia siempre que no tenga acceso a los beneficios mínimos en virtud de la ACA a través de su empleador.
- Sus hijos dependientes hasta el último día del mes en el que cumplan 26 años, incluyendo a:
 - Sus hijos biológicos o adoptados;
 - Los niños colocados en su hogar para su adopción;
 - Los niños de los que sea padre o madre legal en virtud de un contrato de alquiler de vientre;
 - Sus hijastros, e
 - Hijos de crianza.
- Los hijos dependientes solteros de los que usted sea tutor legal con custodia permanente, a menos que su padre o la madre biológicos también vivan con usted, excepto en aquellos casos en los que el padre o la madre biológicos sean menores que comparten la custodia con usted.

Estos dependientes legales son elegibles hasta el último día del mes en el que cumplen 26 años si la custodia fue otorgada antes de cumplidos sus 18 años, el hijo vive en su casa y aparece como dependiente en su declaración de impuesto a la renta.

La cobertura de hijos dependientes discapacitados puede continuar después del último día del mes en que cumplen los 26 años si:

- Se trata de un hijo con discapacidad total o permanente;
- La discapacidad comenzó antes de que el hijo cumpliera los 26 años de edad;
- Los formularios de solicitud de declaración de persona discapacitada se solicitan a Aetna (el administrador de reclamos), se completan, se devuelven y son aprobados ANTES de que el dependiente cumpla los 26 años;
- El hijo es soltero, vive tiempo completo con usted en una relación padre-hijo normal, no tiene un trabajo de tiempo completo elegible para recibir beneficios y usted lo declara en su declaración de impuesto a la renta, y
- EL hijo ha mantenido una cobertura continua en virtud de un plan patrocinado por el empleador del empleado u otro padre biológico o adoptivo desde el comienzo de la discapacidad.

¿Qué ocurre si tanto mi cónyuge como yo trabajamos para la Universidad de Virginia?

Nadie puede quedar cubierto como empleado y dependiente por el Plan de salud de UVA y ningún dependiente puede estar cubierto por más de un empleado. Si tanto usted como su cónyuge son empleados elegibles, tiene las siguiente opciones:

- Uno de ustedes puede inscribirse como empleado y el otro como dependiente.
- Cada uno puede inscribirse como empleado. Solo uno de ustedes podrá inscribir a sus hijos como dependientes.

Hijos adoptados

La cobertura para los hijos adoptados entra en vigencia en la fecha de la adopción o en la que el niño es colocado en su hogar para su adopción si usted solicita la cobertura para el niño por escrito dentro de los 30 días de la colocación.

Si usted no cumple con este plazo de 30 días, deberá esperar hasta la próxima inscripción abierta para presentar la solicitud y documentación. El cambio entrará en vigencia el primer día del año siguiente.

Hijos nacidos por alquiler de vientre

La cobertura de los hijos nacidos por alquiler de vientre entra en vigencia el día del nacimiento del niño si usted solicita su cobertura por escrito dentro de los 30 días del nacimiento.

Si usted no cumple con este plazo de 30 días, deberá esperar hasta la próxima inscripción abierta para presentar la solicitud y documentación. El cambio entrará en vigencia el primer día del año siguiente.

Órdenes calificadas de manutención de menores

Una orden calificada de manutención de menores (QMCSO, por sus siglas en inglés) es una orden de un tribunal que exige que el padre o la madre se haga cargo de los beneficios de salud de uno o más hijos. La cobertura en virtud del Plan puede extenderse a los hijos cubiertos por las QMCSO si:

- Su hijo cumple con la definición de dependiente elegible según el Plan y
- La Universidad determina que la orden judicial es «calificada».

La cobertura en virtud de las QMCSO no entrará en vigor hasta después de la fecha de vigencia de su cobertura.

Auditoría de elegibilidad de dependientes

Todos los dependientes recién inscritos o que se convirtieron en elegibles recientemente que soliciten inscribirse en el Plan de salud de UVA deben presentar documentación que acredite su relación con el empleado. La documentación necesaria se detalla en el sitio web de RR HH de UVA en <https://hr.virginia.edu/>. El Plan tiene la obligación y el derecho de auditar la elegibilidad de los dependientes de tanto en tanto a fin de asegurar que el Plan se administre de acuerdo con la descripción resumida del plan.

Jubilados

Usted es elegible para inscribirse al Plan como jubilado si

- Se jubiló en la Universidad; y
- Trabajó en la División Académica o el Centro Médico de la Universidad de Virginia durante al menos cinco años consecutivos antes de jubilarse; y
- Era elegible para inscribirse en el Plan como empleado activo el último día en el que se desempeñó como empleado activo de la Universidad (excluida la cobertura según la ley COBRA);y
- Su último empleador antes de jubilarse fue la Universidad de Virginia; y
- Usted es un empleado de la Universidad que se jubila y es elegible para recibir una pensión mensual vitalicia por parte del sistema de jubilación del sistema de jubilación de Virginia (VRS, por sus siglas en inglés) y comienza a recibir los pagos de la pensión vitalicia inmediatamente después de jubilarse; o
- Usted es un empleado de la Universidad que se jubila y es elegible para percibir un beneficio periódico de los programas del plan de jubilación del Centro Médico (MCRP, por sus siglas en inglés) o el plan de jubilación opcional (ORP, por sus siglas en inglés).

Usted también es elegible para inscribirse en el Plan como jubilado discapacitado si fue aprobado para recibir cobertura por discapacidad temporaria a través del VSDP u otros planes de discapacidad patrocinados por el empleador, solicitó los beneficios del seguro social por discapacidad y completó cinco años consecutivos de servicio en la División Académica o en el Centro Médico de la Universidad de Virginia.

Usted puede unirse al grupo de jubilados aun si no estaba inscrito en el Plan como empleado activo siempre que haya sido elegible para inscribirse en el plan como empleado activo el último día en el que se desempeñó como empleado activo de la Universidad. Solo será elegible para obtener una única cobertura.

Sus dependientes elegibles que estén inscritas en su plan el último día en el que se desempeñe como empleado activo de la Universidad podrán inscribirse bajo su cobertura de jubilado.

Si no se inscribe

Si no se inscribe dentro de los 30 días de convertirse en elegible como jubilado, ya no tendrá otra posibilidad de inscribirse en el plan.

Supervivientes de los empleados activos

Su cónyuge y/o sus dependientes supervivientes son elegibles para inscribirse en el Plan como supervivientes si usted fallece mientras es un empleado activo de la Universidad y ellos estaban inscritos bajo su plan el último día en el que usted se desempeñó como empleado activo de la Universidad. La inscripción de estas personas bajo su plan de empleado se terminará el último día del mes siguiente al mes de su fallecimiento si eligen extender los beneficios durante un mes adicional en el mismo nivel y la misma opción de Plan.

Cómo inscribirse

Normalmente, la participación en el Plan no suele ser automática. Usted debe inscribirse para poder contar con la cobertura de su elección. Usted y sus dependientes pueden inscribirse:

- Dentro de los 30 días siguientes a la fecha en la que usted se vuelve elegible para la cobertura;
- Durante el período de inscripción abierto, o
- Dentro de los 30 días siguientes a un suceso de vida calificado.

Los empleados asalariados pueden inscribirse dentro del período administrativo salarial relacionado con su período de medición de 12 meses.

Recordatorios de inscripción importantes

- Todas las solicitudes de inscripción de cónyuges o hijos deberán incluir documentación que confirme la elegibilidad de los dependientes.
- Todas las inscripciones de los jubilados deberán presentarse dentro de los 30 días de la fecha de jubilación.
- Todas las inscripciones de los supervivientes deberán presentarse dentro de los 30 días de la terminación de su cobertura en su plan de empleados.

Empleados nuevos

Como nuevo empleado, deberá inscribirse dentro de los 30 días siguientes a la fecha de contratación. Si no se inscribe o renuncia a la cobertura dentro de este período de 30 días, no podrá inscribirse hasta el siguiente período de inscripción abierta, a menos que se presente un suceso de vida calificado.

Inscripción abierta

Durante el período de inscripción abierto, usted puede revisar sus necesidades de cobertura para el año siguiente y modificar sus opciones de cobertura, de ser necesario. Las opciones que elija durante el período de inscripción abierto estarán vigentes durante el siguiente año calendario.

Modificaciones por suceso de vida calificado

Durante el año calendario, usted podrá agregar o quitar dependientes solo cuando ocurra un suceso de vida calificado. Si desea hacer alguna modificación, deberá presentar una solicitud a RR HH de UVA o a través de Workday en caso de ser empleado activo antes o dentro de los 30 días siguientes al suceso de vida. La modificación entrará en vigencia al mes siguiente de la recepción de la solicitud o solicitud de Workday y la documentación requerida (ver “Documentación requerida para un suceso de vida calificado” en la página 17) aunque nunca antes de la fecha del suceso. Si usted no cumple con este plazo de 30 días, deberá esperar hasta la próxima inscripción abierta para presentar la solicitud y documentación. El cambio entrará en vigencia el primer día del año siguiente.

Si usted tiene la intención de cancelar dependientes porque ya no son elegibles para ser miembros del Plan, su cobertura culminará en la fecha descrita en la sección “Terminación de la cobertura”, en la página 24. Usted será responsable de reembolsar al Plan los pagos realizados por este en relación a los reclamos presentados para sus dependientes no elegibles después de la fecha de terminación de la cobertura. Estos reembolsos podrán deducirse de su remuneración.

Los participantes que tengan dependientes no elegibles inscritos en su póliza o aquellos que deban reembolsos por el costo de reclamos no elegibles pagados por el Plan para usted o sus dependientes pueden sufrir una medida disciplinaria que puede incluir el despido.

Las primas retroactivas reembolsadas a los empleados en relación con dependientes no elegibles deberán pagarse dentro del mismo año calendario que las notificaciones de no elegibilidad a RR HH de UVA. Las primas retroactivas pagadas en años calendario anteriores se perderán.

Cuando se produce un suceso de vida calificado

La modificación de la cobertura que solicite debe ser coherente con el suceso de vida calificado y debe desprenderse de él.

Se debe presentar documentación para confirmar los eventos calificados (ver «Documentación requerida para los eventos de vida calificados», en la página 17). También es necesario presentar documentación que confirme la elegibilidad de los dependientes.

Las solicitudes por internet hechas por los empleados activos deben presentarse a través de Workday en el caso de los empleados académicos y del centro médico.

Un suceso de vida calificado no le permite cambiarse de una opción de Plan a otra.

A continuación se incluyen ejemplos de eventos de vida calificados y de las modificaciones de inscripción que permiten. Para obtener más información, consulte «Documentación requerida para los eventos de vida calificados» en la página 17 o ingrese a <https://hr.virginia.edu/>.

Suceso de vida calificado	Cambios de inscripción permitidos
<i>Usted se casa</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede inscribir a su cónyuge u dependientes; o ▪ Cancelar la cobertura propia
<i>Nacimiento o adopción de un hijo, o se agrega a un hijastro o niño de cuidado de crianza a su familia</i>	Puede inscribir al niño u otros dependientes elegibles.
<i>Usted se divorcia, anula su matrimonio o fallece un dependiente cubierto</i>	Puede cancelar la cobertura de su ex cónyuge o del dependiente fallecido.
<i>Su hijo cubierto llega a la mayoría de edad para la cobertura</i>	Puede cancelar la cobertura de su hijo
<i>Como resultado de un cambio en el empleo de su cónyuge o su dependiente, estos tienen acceso a cobertura de salud bajo el plan de su cónyuge o dependiente</i>	Puede cancelar la cobertura para usted o alguno de sus dependientes que se inscriben en el plan de su cónyuge o dependiente.
<i>Como resultado de un cambio en el empleo de su cónyuge o su dependiente, se pierde la cobertura de salud de bajo el plan de su cónyuge o dependiente o el costo de la cobertura aumentará significativamente</i>	Puede agregar cobertura para usted y/o algún dependiente elegible que haya perdido su cobertura.
<i>Usted se muda al o fuera del área de servicio del Plan</i>	Ninguno
<i>Se vuelve elegible para Medicare o Medicaid</i>	Puede cancelar la cobertura propia

Derechos de inscripción especiales

Existen ciertos sucesos de vida calificados que le brindan derechos de inscripción especiales:

- En el caso del nacimiento, adopción o colocación para la adopción, podrá inscribirse usted e inscribir al niño nuevo y a otros dependientes elegibles que no se encuentren cubiertos por su póliza. Si presenta una solicitud de agregar a un niño dentro de los 30 días siguientes al suceso, la cobertura de ese niño será retroactiva a su fecha de nacimiento o adopción; además, el cambio de prima, de resultar aplicable, entrará en vigencia el primer día del mes en el que haya ocurrido el suceso. La incorporación de otros dependientes a su póliza entrará en vigencia el primer día del mes posterior a la fecha del suceso.
- En el caso de un matrimonio, podrá inscribirse, inscribir a su cónyuge y a cualquier otro dependiente que no esté en su póliza si presenta la solicitud dentro de los 30 días de ocurrido el suceso. La cobertura entrará en vigencia el primer día del mes en el que RR HH de UVA reciba la solicitud de inscripción y la documentación, o a través de Workday, pero nunca antes de la fecha del suceso.
- Las leyes federales otorgan un derecho de inscripción especial adicional denominado «HIPAA» cuando se termina la cobertura no prevista en la ley COBRA debido al cese de elegibilidad para la cobertura de salud grupal o cuando se extingue la cobertura de la ley COBRA. Sobre la base de estos sucesos, usted puede inscribirse e inscribir a su cónyuge y/o a los dependientes que se hayan quedado sin cobertura dentro de los 30 días siguientes al suceso. La cobertura entra en vigencia el primer día del mes siguiente a la recepción por parte de RR HH de UVA de los documentos y la solicitud de inscripción o a través de Workday, pero nunca antes de la fecha del suceso.
- La pérdida de elegibilidad para S-CHIP/Medicaid o provisión de asistencia de primas por parte de S-CHIP/Medicaid es un derecho de inscripción especial adicional. Usted podrá inscribirse, inscribir a su cónyuge y/o a sus dependientes que ya no sean elegibles para obtener cobertura de S-CHIP o Medicaid o que se hayan convertido en elegibles para recibir asistencia del estado mediante ayuda en el pago de la cobertura del Plan dentro de los 60 días siguientes a la fecha del suceso. La cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la recepción de la documentación y solicitud de inscripción por parte de RR HH de UVA, aunque nunca antes de la fecha del suceso. Comuníquese con RR HH de UVA a través de Workday con su documentación si necesita asistencia con esta inscripción especial.

Documentación requerida para el suceso de vida calificado

Deberá presentar documentación a RR HH de UVA junto con su solicitud de verificación del suceso de vida calificado. A continuación incluimos un resumen de la documentación que debe brindar para cada suceso de vida calificado.

Suceso de vida calificado	Documentación requerida
<i>Usted contrae matrimonio</i>	Una copia de un certificado de matrimonio emitido por el estado recibido después de la fecha de la ceremonia con la fecha del archivo registrada.
<i>Si usted se divorcia o anula su matrimonio</i>	Una copia de partes de los documentos del tribunal (por ejemplo, sentencia de divorcio o anulación) en las que consten: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los nombres de ambas partes, ▪ La fecha del divorcio; y ▪ El sello o firma del juez.
<i>Nacimiento de un niño</i>	Una copia del certificado de nacimiento y la carta de nacimiento en el que el empleado aparece como padre o madre.
<i>Adopción u colocación de un niño para su adopción</i>	Una copia de la orden de adopción del tribunal, orden de otorgamiento o certificado de nacimiento modificado con el que el empleado aparece como padre o madre.

Suceso de vida calificado	Documentación requerida
<i>Su situación de empleo en UVA cambia y esto afecta su inscripción en el Plan de salud de UVA</i>	No se requiere ningún tipo de documentación cuando ocurren los siguientes cambios en la situación del empleado: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incremento de horas de trabajo de tiempo parcial a tiempo completo; ▪ Reducción de horas, o ▪ Comienzo o regreso de una ausencia con permiso sin goce de sueldo.
<i>Su cónyuge o hijo se queda sin empleo y pierde su cobertura</i>	Un documento del empleador con el membrete correspondiente, que indique la fecha de cese de la relación laboral y la fecha de terminación de la cobertura de salud.
<i>Su cónyuge o hijo experimentan un cambio en el empleo que afecta los beneficios de inscripción debido a la elegibilidad</i>	Un documento del empleador con el membrete correspondiente que indique la fecha en la que su cónyuge o hijo se hizo elegible o dejó de ser elegible para recibir cobertura de salud y la fecha de cobertura en la que comenzó o terminó.
<i>Su cónyuge o hijo comienza o se reintegra de una ausencia con permiso sin goce de sueldo y pierde u obtiene cobertura.</i>	Un documento del empleador con el membrete correspondiente, que indique la fecha en la que su cónyuge o hijo comenzó o se reintegró de un permiso sin goce de sueldo y la fecha en la que la cobertura de salud comenzó o terminó.
<i>Ya no es necesario que usted brinde cobertura a sus dependientes</i>	Presente una orden del Departamento de Servicios Sociales que confirme que usted ya no es responsable de brindar cobertura de salud a sus hijos.
<i>Se modifica la custodia legal</i>	Presente una copia de un documento del tribunal que indique: <ul style="list-style-type: none"> ▪ El nombre del empleado o cónyuge como parte responsable; ▪ La fecha de modificación de la elegibilidad; ▪ El nombre de los hijos menores, y ▪ El sello o firma del juez.
<i>Usted (o sus dependientes) ya no tienen derecho a recibir cobertura subsidiada por el gobierno</i>	Proporcione documentos gubernamentales que demuestren su derecho a participar en los programas subsidiados por el gobierno, como Medicaid, S-CHIP o TRICARE, o la interrupción de su elegibilidad.
<i>Se modifica la cobertura o el costo más de un 20% respecto de la otra cobertura de su cónyuge o hijo.</i> <i>Nota: Si la cobertura del cónyuge es asequible según la ACA y tiene un valor mínimo, no se trata de un suceso de vida calificado acorde.</i>	Presente documentos del empleador que demuestren: <ul style="list-style-type: none"> ▪ La fecha de entrada en vigencia de las modificaciones; y ▪ Las modificaciones del costo y/o la cobertura (incluyendo información sobre la cobertura y el costo anteriores y la cobertura y el costo posteriores para poder confirmar el cambio del porcentaje y el tipo).
<i>Su cónyuge o hijo fallecen</i>	Proporcione una copia del certificado de fallecimiento u obituario.

Documentación requerida para confirmar la relación del cónyuge o el dependiente

Si tiene la intención de agregar a su cónyuge o a un dependiente a su cobertura, deberá brindar documentación para confirmar la relación que los une. Estos son los detalles relacionados con la documentación sobre la relación requerida.

Dependientes	Definición de elegibilidad	Documentación requerida
<i>Cónyuge</i>	El matrimonio debe estar reconocido como legal en el estado de Virginia. NOTA: Los ex cónyuges no son elegibles, ni siquiera por determinación de un tribunal.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia del certificado de matrimonio emitido por el estado recibido después de la fecha de la ceremonia con fecha de archivo registrado y ▪ Copia del certificado de la primera y segunda página de la declaración de impuestos federal del empleado en la cual aparece el dependiente como «cónyuge». La página 2 debe incluir las firmas o un número de confirmación de archivo electrónico. “Cubra con marcador” toda la información financiera y los primeros cinco dígitos de todos los números de seguro social.
<i>Hijo natural (biológico)</i>	Un hijo puede estar cubierto hasta finalizar el mes en el que cumple los 26 años.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia del certificado de nacimiento o prueba de nacimiento que demuestre que el empleado es el padre o madre.
<i>Hijo adoptado</i>	Un hijo puede estar cubierto hasta finalizar el mes en el que cumple los 26 años.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia del certificado de nacimiento u orden judicial de aprobación de la adopción en el que figure el nombre del empleado. Si se trata de un acuerdo legal de previo a la adopción, debe estar revisado y aprobado por RR HH de UVA.
<i>Hijastro (hijo biológico del cónyuge)</i>	Un hijastro puede estar cubierto hasta finalizar el mes en el que cumple los 26 años.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia del certificado de nacimiento (o acuerdo de adopción) que demuestre que el cónyuge del empleado es el padre y ▪ Copia del certificado de matrimonio emitido por el estado recibido después de la ceremonia con la fecha de registro indicada que muestre el nombre del empleado y del padre del dependiente y una prueba de propiedad conjunta y ▪ Copia de la primera y segunda páginas de la declaración de impuestos federal del empleado en la cual el padre del dependiente aparezca como «cónyuge». La página 2 debe incluir las firmas o un número de confirmación de archivo electrónico. “Cubra con marcador” toda la información financiera y los primeros cinco dígitos de todos los números de seguro social.

Dependientes	Definición de elegibilidad	Documentación requerida
<i>Hijo de crianza</i>	Un hijo de crianza podrá estar cubierto hasta el final del mes en el que cumpla los 26 años de edad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia de certificado de nacimiento, y ▪ Copia de la sentencia judicial definitiva por la cual se otorga la custodia permanente con el nombre del empleado como responsable, el nombre de los hijos menores y la firma del juez a cargo, número de orden de manutención y sello.
<i>Otro hijo sobre quien usted tiene la custodia o guarda legal permanente</i>	Un hijo menor para el cual un juzgado ha ordenado que el empleado (y/o el cónyuge legal del empleado) asuma la custodia permanente podrá estar cubierto hasta que finalice el mes en el que cumpla 26 años de edad si: <ul style="list-style-type: none"> ▪ No está casado, ▪ Reside en forma permanente con el empleado en una relación padre-hijo, ▪ Es declarado como dependiente en la declaración de impuestos federal del empleado, y ▪ Se otorgó la custodia antes que el hijo cumpliera los 18 años de edad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia de certificado de nacimiento, y ▪ Copia de la sentencia judicial definitiva por la cual se otorga la custodia permanente con el nombre del empleado o su cónyuge como responsable, el nombre de los hijos menores y la firma del juez a cargo, número de orden de manutención y sello.
<i>Otro hijo: excepción</i>	Si el empleado (o el cónyuge del empleado) comparte la custodia permanente de "otro hijo" con su hijo menor de edad que es el padre del "otro hijo: excepción", ese "otro hijo" podrá también estar cubierto si tanto el otro hijo, como el hijo menor de edad (que es el padre) y el cónyuge del empleado (de ser aplicable): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conviven en el mismo hogar que el empleado, ▪ Ambos hijos son solteros, ▪ Ambos hijos son declarados como dependientes en la declaración de impuestos federal del empleado, y ▪ Una orden judicial ha ordenado al empleado o a su cónyuge asumir la custodia permanente conjunta. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia del certificado de nacimiento del otro hijo que muestre el nombre del hijo menor de edad como padre del otro hijo, y ▪ Copia del certificado de nacimiento (o acuerdo de adopción) del hijo menor de edad que muestre el nombre del empleado, y ▪ Copia de la sentencia judicial definitiva por la cual se otorga la custodia con los nombres del empleado o su cónyuge y de su hijo menor de edad como partes responsables, el nombre del «otro hijo» y la firma del juez a cargo, el número de orden de manutención y el sello.

Dependientes	Definición de elegibilidad	Documentación requerida
<i>Adulto discapacitado</i> <i>Hijo</i>	<p>Los hijos adultos del empleado que estén discapacitados debido a una enfermedad física o psicológica podrán estar cubiertos pasado el final del mes en el que cumplan los 26 años de edad si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La discapacidad es permanente y total, ▪ No está casado, ▪ Residen en forma permanente con el empleado (o el otro padre biológico o adoptivo), ▪ Son declarados dependientes en la declaración de impuestos federal del empleado, ▪ Se los considera discapacitados antes de que finalice el mes en el que cumplen los 26 años de edad, y ▪ Han mantenido una cobertura continua en virtud de un plan patrocinado por el empleador del empleado (o del otro padre biológico o adoptivo). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia del certificado de nacimiento o acuerdo de adopción legal en el que figura el nombre del empleado, y ▪ Otra certificación médica y documentación que acredite elegibilidad según se necesite. ▪ En el caso de que el empleado sea nuevo, una copia del certificado de HIPAA que demuestre que tuvo cobertura anterior patrocinada por el empleador.

Finalización del periodo de opción durante la inscripción

Durante cualquier periodo de inscripción que incluya la inscripción de un empleado nuevo, las inscripciones abiertas, los periodos de modificación por suceso de vida calificado o de inscripción especial, existe un periodo específico para optar o realizar cambios en virtud de la Sección 125 del código del Departamento de Rentas Internas (IRS) según el suceso y el periodo indicados anteriormente. No se permiten otros cambios ni inscripciones hasta el próximo periodo de inscripción abierta o el próximo suceso de vida calificado.

Empleados nuevos

Cuando hace una selección en Workday, se le da la oportunidad de imprimir una confirmación de lo que ha elegido. Si la confirmación no refleja sus opciones elegidas, notifique el error de inmediato a UVA HR para que pueda corregir la opción incorrecta antes de que comiencen a hacerse las deducciones de su cheque de pago. Todas las selecciones son definitivas hasta el próximo periodo de inscripción abierta o el próximo suceso de vida calificado.

Si no se seleccionan beneficios de atención médica en los 30 días posteriores de la fecha su de contratación, se determinará por defecto que usted ha “renunciado” a su cobertura de médica.

Inscripción abierta

Si hace una selección o cambios durante una inscripción abierta, tendrá la oportunidad de imprimir una confirmación de lo que ha elegido. Si la confirmación no refleja lo que ha elegido, debe notificar el error de inmediato al sector de RR. HH. de UVA para que puedan corregirlo. Una vez que cierra el periodo de inscripción abierta, todas sus selecciones son definitivas hasta la próxima inscripción abierta o el próximo suceso de vida calificado.

Sucesos de vida calificados e inscripciones especiales

Cuando hace una selección o cambios, tendrá la oportunidad de imprimir una confirmación de lo que ha elegido. Si la confirmación no refleja sus opciones elegidas, notifique el error de inmediato a UVA HR para que pueda corregir la opción incorrecta antes de que comiencen a hacerse las deducciones de su cheque de pago. Todas las selecciones son definitivas hasta la próxima inscripción abierta o el próximo suceso de vida calificado.

Cuándo comienza la cobertura

El momento en que comienza la cobertura del Plan depende de cuándo se inscriban usted y sus dependientes:

- Si se inscribe en cuanto se vuelve elegible, la cobertura comienza el primero del mes siguiente a la fecha de su contratación. Si usted es contratado en el primer mes, la cobertura comienza de inmediato.
- Si se inscribe en un periodo de inscripción abierta, la cobertura comienza el siguiente 1° de enero.
- Si se inscribe debido a un suceso de vida calificado, la cobertura comienza el primero del mes siguiente a la recepción de la solicitud de inscripción y la documentación en el sector de RR. HH. de UVA si la inscripción se recibe dentro de los 30 días del evento, pero no antes de la fecha del suceso, con excepción de nacimientos y adopciones. Estos cambios entran en vigor en la fecha del suceso si la inscripción se recibe en los 30 días posteriores al suceso mientras que el cambio de la prima, si aplica, se hace efectivo el primero del mes en que ocurre el suceso. Si usted no cumple con el plazo de 30 días, debe esperar hasta la próxima inscripción abierta para enviar la solicitud y documentación.
- Para los empleados asalariados, la cobertura comienza el primero del mes siguiente al periodo administrativo de pago asociado a su periodo de medición de 12 meses.

¿Qué pasa si dejo la Universidad y luego vuelvo?

¿Cuándo comienza su cobertura si usted vuelve a trabajar a la Universidad? Todo depende de cuándo sea recontratado.

- Si usted es recontratado en un puesto en el que tiene derecho a beneficios en los 31 días posteriores a la fecha en la que deja la Universidad y estaba inscrito en los beneficios al momento de la desvinculación, no habrá interrupción de la cobertura. Usted debe inscribirse en los mismos beneficios que tenía antes de desvincularse.
- Si es recontratado en un puesto en el que tiene derecho a beneficios después de pasados los 31 días de la fecha de su desvinculación, será tratado como un empleado nuevo. La cobertura comienza el primero del mes siguiente a la fecha de su contratación. Si usted es contratado en el primer mes, la cobertura comienza de inmediato.

Cómo paga su cobertura

Mientras es empleado activo, comparte el costo de la cobertura en virtud del Plan a través de contribuciones de la nómina. Su contribución se deduce de su pago antes de impuestos.

Contribuciones antes de impuestos y seguro social

Las contribuciones antes de impuestos provienen de su salario antes de que se calculen los impuestos federales a la renta, los impuestos FICA (seguro social y Medicare) y la mayoría de los impuestos locales y estatales a la renta.

Como sus impuestos se calculan sobre un monto menor de ingresos imponibles, usted paga menos impuestos. Esto provoca la reducción del costo de su cobertura.

Cuando reduce el monto de su salario sujeto a los impuestos de seguro social, es probable que también reduzca el beneficio del seguro social. Sin embargo, la reducción de los beneficios debería ser baja y muy probablemente se compense con la reducción de los impuestos.

Si desea más información sobre los impuestos sobre beneficios

Consulte con su asesor impositivo si tiene preguntas sobre los impuestos y contribuciones de su beneficio.

Primas de becarios postdoctorales

Si es becario de un postdoctorado, usted es responsable de pagar las primas mensuales que no cubre su beca o su departamento. Usted puede optar por pagar las primas mensuales con cupones de pago o bien en forma electrónica cada mes desde su banco.

Los pagos propios se vencen el primer día del mes para el que se solicita cobertura (el plazo de cobertura). Si no se recibe el pago completo dentro de los 30 días siguientes a la fecha de vencimiento, se cancelará la cobertura sin opción de restablecerla. Si se recibe el pago de la prima después de la fecha de vencimiento pero antes de que culmine el periodo de gracia de 30 días, su cobertura en virtud del Plan quedará suspendida desde el primer día del periodo de cobertura y se reactivará de manera retroactiva (al primer día del periodo de cobertura) una vez que se reciba el pago de la prima. Esto significa que cualquier reclamo de beneficios que usted presente mientras su cobertura esté suspendida puede denegarse y tal vez tenga que volverlo a presentar una vez que su cobertura esté restablecida. Los reembolsos de gastos cubiertos incurridos solo se harán cuando se hayan recibido todos los pagos propios.

Los montos de las primas que se cobran a grupos de becarios postdoctorales y los beneficios brindados en virtud del Plan están sujetos a cambios anuales. En general, las tasas de la prima y los beneficios no cambian más de una vez por año.

Las solicitudes de cancelación de la cobertura suya o de su dependiente se otorgarán a futuro. No se admitirán las solicitudes de terminación retroactivas ni los reembolsos de prima asociados.

Primas de jubilados y supervivientes

Si usted es jubilado o superviviente, es responsable de pagar las primas mensuales. Puede optar por debitar las primas directamente de su anualidad del VRS, recibir cupones para realizar los pagos mensuales o bien hacer los pagos en forma electrónica cada mes desde su banco.

Los pagos propios se vencen el primer día del mes para el que se solicita cobertura (el plazo de cobertura). Si no se recibe el pago completo dentro de los 30 días siguientes a la fecha de vencimiento, se cancelará la cobertura sin opción de restablecerla. Si se recibe el pago de su prima después de la fecha de vencimiento (pero antes de que culmine el periodo de gracia de 30 días), su cobertura en virtud del Plan quedará suspendida desde el primer día del periodo de cobertura y se reactivará de manera retroactiva (al primer día del periodo de cobertura) una vez que se reciba el pago de la prima. Esto significa que cualquier reclamo de beneficios que usted presente mientras su cobertura esté suspendida puede denegarse y tal vez tenga que volverlo a presentar una vez que su cobertura esté restablecida. Los reembolsos de gastos cubiertos incurridos solo se harán cuando se hayan recibido todos los pagos propios.

Los montos de las primas que se cobran a los grupos de jubilados y supervivientes, y los beneficios brindados en virtud del Plan están sujetos a cambios anuales. En general, las tasas de la prima y los beneficios no cambian más de una vez por año.

Las solicitudes de cancelación de la cobertura de jubilado o superviviente de usted o su dependiente se otorgarán a futuro. No se admitirán las solicitudes de terminación retroactivas ni los reembolsos de prima asociados.

Cuándo termina la cobertura

La cobertura del Plan de un empleado finaliza el último día del mes en el que sucede algo de lo siguiente:

- El empleado ya no cumple con los requisitos de elegibilidad del Plan;
- Se cancela el Plan;
- Fallece el empleado;
- Se termina el empleo del empleado;
- El empleado no paga las contribuciones requeridas para la cobertura o el reembolso de un pago de reclamos no elegible; o
- El empleado cubre a un dependiente que no es elegible.

La cobertura de los dependientes termina:

- El último día del mes en el que:
 - Finaliza la cobertura del empleado;
 - El dependiente ya no es elegible para la cobertura correspondiente;
 - El empleado no paga las contribuciones requeridas para la cobertura del dependiente;
 - Fallece el dependiente;
 - Finaliza toda la cobertura del dependiente en virtud del Plan;
 - El dependiente queda cubierto como empleado; o
 - El hijo dependiente alcanza la edad de 26 años.
- El último día del mes posterior al mes en el que fallece el empleado. La cobertura de un jubilado o superviviente

finaliza cuando ocurre lo primero de los siguientes:

- El último día del mes en el que el jubilado o superviviente renuncia a la cobertura;
- El último día del mes que precede al primer día del mes en el que el jubilado o superviviente se vuelve elegible para Medicare;
- El último día del mes que precede al primer día del mes en el que el jubilado o superviviente no hace el pago de la prima o el reembolso de los reclamos no elegibles, en su totalidad, en el momento de su vencimiento;
- El último día del mes en el que finalizan los pagos por discapacidad a largo plazo;
- El último día del mes en el que un jubilado o superviviente ya no cumple con los requisitos de elegibilidad del Plan;
- El último día del mes en el que el superviviente contrae matrimonio nuevamente;
- La fecha en la que se dan por finalizados el Plan o la cobertura para todos los jubilados o supervivientes en virtud del Plan; o
- La fecha de fallecimiento del jubilado o superviviente.

En caso de un divorcio, la cobertura del cónyuge finaliza el último día del mes del divorcio.

Ausencias con permiso

El Plan incluye reglas que determinan cómo una ausencia con permiso afecta su cobertura. Las reglas varían según el motivo de la ausencia con permiso.

Ley de ausencia con permiso familiar, médica y militar

Según la Ley de Ausencia con Permiso Familiar y Médica (FMLA), usted puede solicitar hasta 12 semanas laborales de ausencia con permiso en cualquier periodo de 12 meses por el nacimiento o la adopción de un hijo, o a causa de una enfermedad grave suya o de un familiar y hasta 26 semanas por una ausencia con permiso militar calificada. Durante una ausencia con permiso FMLA, la cobertura de su Plan continúa en tanto usted siga haciendo las contribuciones.

Ausencia con permiso USERRA

La Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA) permite que empleados calificados continúen su inscripción en el Plan durante un máximo de 24 meses cuando son llamados a prestar servicio activo por más 31 días.

Usted puede continuar la cobertura del Plan durante su ausencia con permiso militar hasta que suceda lo primero de lo siguiente:

- 24 meses (términos similares a los de la ley COBRA); o
- La fecha en la que deba regresar al trabajo según lo establece la ley USERRA y no lo haga.

Si no continúa la cobertura para usted o sus familiares durante su ausencia con permiso y usted regresa al trabajo:

- Usted y sus familiares volverán a estar cubiertos el primer día del mes siguiente a la fecha en la que regrese al trabajo después de su ausencia con permiso militar, si usted lo solicita en ese momento (esto requiere que usted vuelva al trabajo en los términos que establece la ley USERRA);
- Todo periodo de espera para la elegibilidad que no termine antes de ese momento no se acreditará durante su ausencia con permiso.

Se le acreditará el tiempo que estuvo cubierto por el Plan antes de su ausencia con permiso militar, así como cualquier parte o todo el periodo de continuación de la cobertura de 24 meses.

Usted es responsable de pagar el costo del empleado de la cobertura mientras esté ausente con permiso por razones militares. Si no hace los pagos a tiempo, como se indica en su factura, se cancelará la cobertura. Usted debe pagar el monto facturado completo. No puede diferir los pagos hasta que regrese a trabajar.

Ausencia con permiso con y sin goce de sueldo

Las políticas de la Universidad y del Centro Médico describen varios tipos de ausencias con permiso para distintos tipos de grupos de empleados. La elegibilidad para la cobertura médica, la duración de la cobertura médica que se ofrece y los costos de las primas para empleados y empleadores varían según el tipo de ausencia con permiso. Si desea detalles sobre los tipos de ausencia con permiso, las políticas aplicables y la cobertura médica mientras está ausente con permiso, visite <https://hr.virginia.edu/>, Time Off. Usted es responsable del pago de las primas de su cobertura médica durante su ausencia con permiso. Si no hace los pagos a tiempo, como se indica en sus facturas, se cancelará la cobertura. Usted debe pagar el monto facturado completo. No puede diferir los pagos hasta que regrese a trabajar.

Continuación de la cobertura para un hijo discapacitado

La cobertura de su dependiente discapacitado cubierto por el Plan puede continuar pasado el momento en el que terminaría en condiciones normales. Esta sección describe cómo puede extender la cobertura de un dependiente discapacitado pasada la edad límite estipulada en el Plan para los dependientes.

Su hijo se considera discapacitado si:

- Él o ella no es capaz de ganarse el sustento debido a una discapacidad mental o física existente al momento de alcanzar la edad límite para los dependientes; y
- Él o ella depende principalmente de usted para su sustento y manutención.

Usted debe comunicarse con Aetna antes de que su dependiente discapacitado cumpla los 26 años de edad para recibir los formularios de solicitud por discapacidad. Usted y el médico que trata a su hijo deben completar y enviar los formularios con pruebas de la discapacidad que deben aprobarse antes de que su hijo cumpla los 26 años de edad. Su hijo también debe ser soltero, vivir con usted el 100% del tiempo como padre e hijo, constar como dependiente en sus declaraciones de impuestos y no tener empleo de tiempo completo. La cobertura de su hijo finalizará cuando suceda lo primero de lo siguiente:

- Su hijo ya no está discapacitado;
- Usted no presenta pruebas suficientes de que la discapacidad continúa;
- Usted no cuenta con los estudios obligatorios realizados; o
- La cobertura de su hijo finaliza por otras razones ajenas a la edad límite.

Aetna tiene el derecho de solicitar pruebas de que la discapacidad continúa. Aetna también tiene el derecho de examinar a su hijo con la frecuencia necesaria mientras exista la discapacidad. Cuando su hijo haya estado dos años en el Plan pasada la edad límite para dependientes, estos estudios no se exigirán más que una vez al año.

Continuación de la cobertura del Plan bajo COBRA

Usted y sus dependientes cubiertos por el Plan pueden extender la cobertura temporalmente y con ciertas condiciones pasado el momento en que terminaría en condiciones normales. Esta sección describe cómo usted y sus dependientes cubiertos pueden extender la cobertura según la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) de 1985.

Si su empleo termina por alguna razón que no sea una mala conducta grave o si usted o su dependiente cubierto ya no son elegibles para la cobertura del Plan, usted y/o su dependiente cubierto pueden continuar con la cobertura temporalmente de conformidad con los términos de la ley federal conocida como «COBRA». Avise de inmediato al sector de RR. HH. de UVA si usted o sus dependientes cubiertos experimentan un “evento amparado bajo la ley COBRA” como se define en el cuadro a continuación. Usted tiene 60 días desde la fecha del evento para comunicarse con el sector de RR. HH. de UVA para inscribirse al amparo de la ley COBRA. El sector de RR. HH. de UVA informará a su Administrador de COBRA sobre la elegibilidad suya o de sus dependientes cubiertos una vez que recibida la notificación de su parte. Si usted no informa el evento amparado bajo la ley COBRA en este plazo, perderá la elegibilidad para continuar según bajo los términos de COBRA.

Si desea optar por extender la cobertura, debe informarlo por escrito al administrador de COBRA dentro de los 60 días siguientes a la última de estas dos fechas: la fecha de la carta de notificación del administrador de COBRA o la fecha del evento amparado bajo la ley COBRA que termina su cobertura de empleado activo regular según el Plan. Usted paga el costo completo de la cobertura según la ley COBRA, más un 2% de gastos administrativos después de impuestos. El costo total de la cobertura es diferente de la contribución que paga al trabajar para la Universidad.

El siguiente cuadro muestra los motivos por los que podría finalizar la cobertura para usted o su dependiente cubierto. Para cada uno de esos motivos, la ley COBRA especifica el plazo por el que usted puede conservar la cobertura de su Plan.

Motivo por el que finalizó la cobertura (“evento amparado bajo la ley COBRA”)	Periodo de extensión máximo según la ley COBRA		
	<i>Usted</i>	<i>Su cónyuge</i>	<i>Su hijo</i>
<i>Usted pierde la cobertura porque se reducen sus horas de trabajo.</i>	18 meses	18 meses	18 meses
<i>Su empleo se termina por cualquier razón que no sea una mala conducta grave</i>	18 meses	18 meses	18 meses
<i>Usted o su dependiente cubierto se vuelve elegible para beneficios de discapacidad del seguro social cuando perdió la cobertura bajo el Plan</i>	29 meses	29 meses	29 meses
<i>Usted se divorcia.</i>	No es aplicable	36 meses	36 meses
<i>Usted se vuelve elegible para Medicare</i>	No es aplicable	36 meses	36 meses
<i>Su hijo ya no es elegible. (p.ej., llega a la edad de 26 años)</i>	No es aplicable	No es aplicable	36 meses

Ser elegible para Medicare en el momento en el que ocurre el evento amparado por la ley COBRA no impide que opte por la cobertura según la ley COBRA.

Elección y pago de la cobertura COBRA

Usted abona el costo total de cobertura de su Plan cuando elige la cobertura según la ley COBRA, más un 2% en concepto de gastos administrativos. Cuando sea elegible para acceder a la cobertura según la ley COBRA, será notificado del costo mensual. Si es elegible para recibir beneficios por discapacidad del seguro social, el costo de la cobertura según la ley COBRA será el 150% del costo del Plan, más un 2% de gastos administrativos, a partir del mes 19.

Cuando el administrador de COBRA del Plan le notifique de su elegibilidad para recibir la cobertura según la ley COBRA, tendrá 60 días para optar por esa cobertura. Tendrá luego 45 días adicionales para abonar el costo de su cobertura según la ley COBRA, retroactiva a la fecha en la que comenzó la cobertura (la fecha del evento amparado bajo la ley COBRA). Durante el periodo de opción de 60 días, el Plan —previa solicitud— notificará a los proveedores de atención médica sobre su derecho a elegir la cobertura según la ley COBRA, retroactivo a la fecha del evento amparado bajo la ley COBRA. La cobertura no comenzará hasta que no se reciba el primer pago.

Lo habitual es que los pagos de las primas venzan el primero del mes del próximo periodo de cobertura. No recibirá recordatorios de las primas impagas. Si no se recibe un pago previsto en los 30 días posteriores a la fecha de vencimiento, se cancelará la cobertura. Si el pago de su prima se recibe después de la fecha de vencimiento pero antes de que culmine el periodo de gracia de 30 días, la cobertura en virtud del Plan quedará suspendida desde el primer día del periodo de cobertura. Cuando se reciba el pago, se reactivará la cobertura de manera retroactiva al primer día del periodo de cobertura. Esto significa que se podrían rechazar los reclamos de beneficios que envíe mientras su cobertura esté suspendida. Si es así, posiblemente tenga que reenviar el reclamo una vez que se reactive la cobertura.

Requisitos de notificación

Evento amparado por la ley COBRA	Procedimientos de notificación	Quién debe actuar y cuándo
<i>Si usted finaliza su empleo</i>	El administrador del plan COBRA enviará una carta de notificación de COBRA a su dirección postal conocida más reciente para informarle sobre los derechos de continuación de cobertura que tienen usted y sus dependientes.	Usted debe enviar una solicitud escrita de COBRA al administrador del plan COBRA dentro de los 60 días siguientes a lo que ocurra último: la carta de notificación o la fecha de terminación de su empleo, o la fecha en la que se perdería la cobertura del plan, de ser posterior.
<i>Si reduce sus horas de trabajo.</i>	El administrador del plan COBRA enviará una carta de notificación de COBRA a su dirección postal conocida más reciente para informarle sobre los derechos de continuación de cobertura que tienen usted y sus dependientes.	Usted debe enviar una solicitud escrita de COBRA al administrador del plan COBRA dentro de los 60 días siguientes a lo que ocurra último: la carta de notificación o la fecha de terminación de su empleo, o la fecha en la que se perdería la cobertura del plan, de ser posterior.
<i>Otros eventos amparados bajo la ley COBRA</i>	El empleado cubierto o beneficiario calificado debe notificar al sector de RR. HH. de UVA de ciertos eventos amparados bajo la ley COBRA. Estos eventos son los siguientes: Divorcio del empleado o pérdida del hijo de su condición de dependiente bajo los términos del Plan.	Usted debe notificar al sector de RR. HH. de UVA dentro de los 60 días de la fecha del evento amparado bajo la ley COBRA. La falta de notificación dentro de este plazo causa la pérdida de la oportunidad de elegir la opción COBRA.
<i>Notificación específica</i>	El administrador de COBRA enviará una carta de notificación al último domicilio conocido de su ex cónyuge en el caso de un divorcio o a su domicilio si su hijo perdiera la elegibilidad.	El ex cónyuge o dependiente no elegible debe optar por la cobertura según la ley COBRA en los 60 días posteriores al evento amparado bajo la ley COBRA (es decir, la fecha de divorcio o la fecha en la que el hijo pierde la elegibilidad como dependiente) o bien la fecha de la carta de notificación o la fecha en la que se perdería la cobertura del Plan, si fuera posterior. La falta de notificación dentro de este plazo causa la pérdida de la oportunidad de elegir la opción COBRA.
<i>Si solicita una extensión de la cobertura según la ley COBRA debido a una discapacidad</i>	Usted debe notificar al administrador del plan COBRA	Usted deberá informar dentro de los 60 días posteriores a cualquier decisión definitiva de la Administración del Seguro Social de que el individuo es discapacitado y dentro de los 18 meses del evento amparado bajo la ley COBRA. Si no hace la notificación en el plazo estipulado, perderá la oportunidad de solicitar la extensión.
<i>Si ya no está discapacitado</i>	Usted debe notificar al administrador del plan COBRA	Usted debe notificar dentro de los 30 días siguientes a la notificación de la Administración del Seguro Social de que el individuo ya no está discapacitado.

¿Mi cobertura según la ley COBRA será igual a la de los empleados activos?

Sí. Todos los cambios que se hagan al Plan de los empleados activos se aplicarán también al suyo según lo

Mientras usted esté cubierto por el Plan según lo establece la ley COBRA:

- Tendrá los mismos derechos que los demás empleados elegibles, incluido el derecho a cambiar la cobertura seleccionada durante el periodo de inscripción abierta.
- Podrá cambiar la cobertura seleccionada si sucede otro evento amparado bajo la ley COBRA o un suceso de vida calificado, según lo descrito en la sección “Modificación por suceso de vida calificado” en la página 15.
- Si su dependiente pasa por otro evento amparado bajo la ley COBRA mientras está vigente el periodo de cobertura de 18 meses según la ley COBRA, su dependiente podrá calificar para un periodo adicional de cobertura según la ley COBRA, pero el periodo de cobertura según la ley COBRA será de un máximo de 36 meses; usted o su dependiente deben notificar al administrador COBRA sobre el segundo evento amparado bajo la ley COBRA.

Notificación de sus derechos bajo COBRA

El administrador de COBRA del Plan le avisará por correo sobre su derecho de optar por la cobertura según la ley COBRA cuando su evento amparado bajo la ley COBRA sea a reducción de las horas de trabajo o la terminación del empleo. La notificación le dará instrucciones sobre cómo extender la cobertura de su Plan.

Si los dependientes cubiertos pierden la cobertura a causa de un divorcio o la pérdida de su condición de dependiente, usted o sus dependientes cubiertos deben notificar a la Universidad en un plazo de 60 días del evento amparado bajo la ley COBRA para que se pueda ofrecer la cobertura según la ley COBRA y enviar por correo los derechos de opción.

Para extender su cobertura según la ley COBRA más allá de los 18 meses debido a que es elegible para recibir beneficios del seguro social por discapacidad, se debe presentar la notificación de la determinación de la Administración del Seguro Social dentro de los 60 días posteriores a la fecha en la que la reciba y antes de que termine el periodo de extensión inicial de 18 meses.

El administrador de COBRA es:

Chard Snyder
6867 Cintas Blvd
Mason, OH 45040
800-982-7715

Cambios de dirección

A fin de proteger los derechos de su familia, usted debe mantener informado al administrador de COBRA sobre los cambios de domicilio de todos los miembros de la familia.

Cuándo termina COBRA

La cobertura según la ley COBRA finalizará antes del periodo de extensión máximo presentado en el cuadro anterior si sucede lo siguiente:

- Usted o su dependiente cubierto son elegibles para acceder a Medicare después de optar por la cobertura según la ley COBRA;

- Usted o su dependiente cubierto queda cubierto por otro plan grupal que no restringe la cobertura por una enfermedad preexistente. Si su plan nuevo tiene restricciones para enfermedades preexistentes:
 - Su permanencia en el Plan en los términos de la ley COBRA puede extenderse hasta lo que ocurra primero de lo siguiente: finaliza la restricción por la enfermedad preexistente en el otro plan o usted alcanza el periodo máximo de extensión en este Plan;
- Usted no hace el pago completo de la prima antes del vencimiento; o
- Se cancela el Plan.

Las solicitudes de cancelación de la cobertura según la ley COBRA anteriores a la fecha en la que usted o su dependiente han estado cubiertos por el periodo máximo de extensión se otorgarán prospectivamente. No se admitirán las solicitudes de terminación retroactivas ni los reembolsos de prima asociados.

Sus opciones de cobertura médica de UVA

En esta sección, encontrará información más detallada sobre los servicios y suministros cubiertos por el Plan. Es importante recordar que el Plan cubre solo servicios y suministros necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Si el servicio o suministro no es necesario, no estará cubierto, aunque esté indicado como un gasto cubierto en este libro.

Las opciones de plan médico cubren los mismos servicios y tienen las mismas características. Las opciones difieren en el beneficio correspondiente a cada tipo de servicio cubierto.

Estos cuadros resumen la mayoría de los beneficios comunes que tiene a su disposición en virtud del Plan de Salud de UVA administrado por Aetna.

Listado de beneficios de Value Health

El cuadro siguiente resume su parte del costo de la cobertura Value Health:

Características de la opción	Red de proveedores de UVA /Aetna	Fuera de la red
<i>Deducible anual</i>	Es aplicable a los servicios y a las recetas médicas cubiertas que tienen coseguro. No es aplicable a los servicios o recetas médicas que tienen copagos o a los montos que superan el monto permitido.*	
▪ Individual	\$800	\$1,600
▪ Familia	\$1,600	\$3,200
<i>Gastos de bolsillo máximos</i>	Incluyen el coseguro, el deducible, los copagos y las recetas médicas cubiertas. No es aplicable a los montos que superan el monto permitido.*	
▪ Individual	\$5,500	\$11,000
▪ Familia	\$11,000	\$22,000
<i>Coseguro del plan</i>	Es aplicable a todos los gastos, a menos que se indique lo contrario.	
	Deducible y 20%	Deducible y 40%

* Cuando existe una marca genérica equivalente para un medicamento recetado de marca y el inscrito elige el medicamento de marca, la distribución de costos del medicamento recetado de marca y la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico no se incluyen en el monto deducible ni en el gasto máximo de bolsillo. Tampoco se incluye la distribución de costos en los medicamentos recetados o servicios no cubiertos.

El siguiente cuadro muestra cómo se abonan los beneficios de los servicios cubiertos en la opción Value Health:

Servicios cubiertos	Red de proveedores de UVA*	Red de Aetna**	Fuera de la red***
<i>Servicio profesional en consultorio privado o ambulatorio</i>			
<i>Visita a su médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés)</i>	Copago de \$25	Copago de \$40	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Visita a un especialista</i>	Copago de \$50	Copago de \$80	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Visita de maternidad (rutina prenatal)</i>	El plan paga el 100%****		Deducible y un coseguro del 40%
<i>Procedimientos ambulatorios</i>	Deducible y un coseguro del 20%		Deducible y un coseguro del 40%
<i>Otros costos asociados</i>	Deducible y un coseguro del 20%		Deducible y un coseguro del 40%
<i>Consultas por Teladoc</i>	Usando solo una red de proveedores de Teladoc		
<i>Acceso virtual a médicos de medicina general, atención médica del comportamiento, dermatología y servicios de cuidador</i>	Copago de \$40		No está disponible
<i>Atención preventiva e inmunizaciones</i>			
<i>Examen médico general preventivo (solo médico de cabecera [PCP])</i>	El plan paga el 100%		No cubierto
<i>Atención pediátrica preventiva (menos de 7 años) (solo médico de cabecera [PCP])</i>	El plan paga el 100%		No cubierto
<i>Pruebas diagnósticas preventivas, servicios de laboratorio y procedimientos con rayos x (solo no urgentes)</i>	El plan paga el 100%****		No cubierto
<i>Exámenes de rutina para la detección del cáncer</i>	El plan paga el 100%****		No cubierto
<i>Para las enfermedades contagiosas comunes, de conformidad con los lineamientos del CDC, excluyendo aquellas usadas para viajes al extranjero</i>	El plan paga el 100%		No cubierto
<i>Atención urgente</i>	Debe ser una enfermedad inesperada que requiere servicios anteriores a la visita de rutina.		
<i>Visita a un centro de atención urgente</i>	Deducible y un coseguro del 20%		

Servicios cubiertos	Red de proveedores de UVA*	Red de Aetna**	Fuera de la red***
<i>Servicios de sala de emergencia</i>	Debe ser una emergencia para recibir beneficios. Si el paciente es ingresado, los beneficios se procesarán bajo los beneficios de atención hospitalaria.		
<i>Visita a la sala de emergencias</i>	Deducible y un coseguro del 25%		
<i>Otros costos asociados</i>	Deducible y un coseguro del 25%		
<i>Internación hospitalaria</i>			
<i>Atención con internación (habitación semi privada, a menos que se apruebe una habitación privada por razones médicas)</i>	Deducible y un coseguro del 20%		Deducible y un coseguro del 40%
<i>Limite de días de internación</i>	Ilimitados		
<i>Otros costos asociados</i>	Deducible y un coseguro del 20%		Deducible y un coseguro del 40%
<i>Servicios de trasplante</i>	Solo usando la red de Aetna's Institutes of Excellence		
<i>Servicios para pacientes internados y otros costos asociados</i>	Deducible y un coseguro del 20%		No está disponible
<i>Servicios bariátricos</i>	Solo usando la red de Aetna's Institutes of Quality		
<i>Servicios para pacientes internados y otros costos asociados</i>	Deducible y un coseguro del 20%		No está disponible
<i>Hospital pacientes ambulatorios</i>			
<i>Procedimientos ambulatorios y otros costos asociados</i>	Deducible y un coseguro del 20%		Deducible y un coseguro del 40%
<i>Servicios de intervención temprana</i>	Máximo por vida de \$5,000 por miembro cubierto para todos los servicios médicos cubiertos		
<i>Visita a su médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés)</i>	Copago de \$25	Copago de \$40	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Visita a un especialista</i>	Copago de \$50	Copago de \$80	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Servicios para la esterilidad</i> <i>Servicios completos para la esterilidad y tecnología reproductiva de avanzada</i>	Máximo de por vida de \$15,000 para servicios médicos y medicamentos de venta con receta por suscriptor y su cónyuge cubierto; no hay cobertura para los hijos dependientes		
<i>Tratamiento después de diagnóstico</i>	Deducible y un coseguro del 20%		Deducible y un coseguro del 40%
<i>Centro con servicios de enfermería especializada:</i>			
<i>Centro de enfermería especializada / rehabilitación (máximo de 180 días combinados por año)</i>	Deducible y un coseguro del 20%		Deducible y un coseguro del 40%

Servicios cubiertos	Red de proveedores de UVA*	Red de Aetna**	Fuera de la red***
<i>Cuidados paliativos</i>			
<i>Servicios para pacientes internados y ambulatorios</i>	Deducible y un coseguro del 20%		Deducible y un coseguro del 40%
<i>Servicios de salud en el hogar</i>			
<i>Servicios médicamente necesarios aprobados por el administrador de reclamos (máximo de 90 visitas por año)</i>	Deducible y un coseguro del 20%		Deducible y un coseguro del 40%
<i>Transporte en ambulancia</i>			
<i>Transporte por tierra o aire local cuando es médicamente necesario hacia y desde un hospital</i>	Deducible y un coseguro del 20%		Deducible y un coseguro del 20%
<i>Servicios de salud mental y abuso de sustancias</i>			
<i>Tratamiento con internación en el hospital y residencial</i>	Deducible y un coseguro del 20%		Deducible y un coseguro del 40%
<i>Tratamiento ambulatorio</i>	Copago de \$25	Copago de \$40	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Terapia del habla</i>			
<i>Servicios restaurativos médicamente necesarios, afecciones que no son de desarrollo (máximo de 40 visitas por año)</i>	Copago de \$40		Deducible y un coseguro del 40%
<i>Terapia física y ocupacional</i>			
<i>Servicios restaurativos médicamente necesarios, afecciones que no son de desarrollo (máximo de 40 visitas por año)</i>	Copago de \$40		Deducible y un coseguro del 40%
<i>Terapia de habilitación para niños hasta los 4 años</i>			
<i>Servicios médicamente necesarios a menores de 5 años (terapia del habla y ocupacional)</i>	Copago de \$40		Deducible y un coseguro del 40%
<i>Atención quiropráctica</i>			
<i>Manipulación espinal (máximo de 26 por año)</i>	Copago de \$40		Deducible y un coseguro del 40%

Servicios cubiertos	Proveedor de la red de UVA** Red de Aetna*	Fuera de la red***
<i>Acupuntura</i>		
<i>Servicios restaurativos médicamente médicamente necesarios (máximo de 20 visitas por año)</i>	Copago de \$40	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Equipo médico duradero</i>		
<i>Servicios restaurativos médicamente médicos médicamente necesarios</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%

* Consulte el sistema DocFind de UVA en www.aetna.com/docfind/custom/uva si desea buscar proveedores de la red de UVA. Cuando haga una búsqueda geográfica por código postal o ciudad, elija 'Plan de salud de la Universidad de Virginia — Red de proveedores de UVA' como Plan. Cuando haga una búsqueda por nombre de proveedor, busque en los detalles del proveedor si 'Plan de Salud de la Universidad de Virginia — Red de proveedores de UVA' es uno de planes del proveedor.

** Los participantes que vivan fuera de los Estados Unidos durante 90 días consecutivos o más y completen el formulario especial de inscripción en país extranjero que tiene a disposición el sector de RR. HH. de UVA podrán usar proveedores del país en el que residen como si fueran proveedores de la red de servicios de atención médica con excepción de trasplantes y procedimientos bariátricos. Los proveedores de la red de Aetna Institutes of Excellence deben prestar todos los servicios de trasplante. Los proveedores de la red de Aetna Institutes of Quality deben prestar todos los servicios bariátricos. Los servicios médicos recibidos en EE. UU. deben ser prestados por proveedores participantes de Aetna para ser elegibles para los beneficios dentro de la red.

*** Los montos de distribución de costos de las prestaciones fuera de la red se basan en el monto permisible definido como la cantidad que abonará el administrador de reclamos por el servicio cubierto antes del monto de distribución de costos aplicable. Los participantes son responsables de los montos que superan el monto permisible si usan proveedores no participantes, lo cual puede ser significativo. Los participantes también son responsables de obtener una autorización previa cuando usan proveedores no participantes (opción fuera de red). La falta de autorización previa puede causar una denegación de beneficios. Llame al departamento de atención al cliente del administrador de reclamos antes de acceder a los servicios para determinar si es necesario obtener autorización previa. Los reclamos se denegarán por completo si no son médicamente necesarios.

**** Con la cobertura Value Health se abonará el 100% de los procedimientos radiográficos, de diagnóstico preventivo y de laboratorio realizados por profesionales de la red. Se aplicará el coseguro del plan para los procedimientos diagnósticos, de laboratorio y radiográficos no preventivos dentro de la red después de satisfacerse el deducible anual.

Listado de beneficios de Value Health fuera del área de cobertura

Si el código postal de su lugar de trabajo en Workday está a más de 50 millas de Charlottesville, quedará automáticamente cubierto por esta opción si está inscrito en la cobertura Value Health. La opción de servicio fuera del área de cobertura de Value Health ofrece el mismo nivel de cobertura para los servicios prestados dentro y fuera de la red de Value Health. La diferencia radica en que su cobertura dentro de la red se ofrece a través de la red de Aetna.

El cuadro siguiente resume su parte del costo de las prestaciones fuera del área de cobertura de Value Health:

Características de la opción	Dentro de la red	Fuera de la red
<i>Deducible anual</i>	Se aplica a servicios y recetas médicas cubiertas que tengan coseguro; no se aplica a servicios o recetas médicas que tengan copago o montos por encima de la cantidad permisible*.	
▪ Individual	\$800	\$1,600
▪ Familia	\$1,600	\$3,200

Características de la opción	Dentro de la red	Fuera de la red
<i>Gastos de bolsillo máximos</i>	Incluyen el coseguro, el deducible, los copagos y las recetas médicas cubiertas. No es aplicable a los montos que superan el monto permitido.*	
▪ Individuo	\$5,500	\$11,000
▪ Familia	\$11,000	\$22,000
<i>Coseguro del plan</i>	Es aplicable a todos los gastos, a menos que se indique lo contrario.	
	Deducible y 20%	Deducible y 40%

* Cuando existe una marca genérica equivalente para un medicamento recetado de marca y el inscrito elige el medicamento de marca, la distribución de costos del medicamento recetado de marca y la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico no se incluyen en el monto deducible ni en el gasto máximo de bolsillo. Tampoco se incluye la distribución de costos en los medicamentos recetados o servicios no cubiertos.

El siguiente cuadro muestra cómo se abonan los beneficios de los servicios prestados fuera del área de cobertura de Value Health:

Servicios cubiertos	Dentro de la red*	Fuera de la red**
<i>Servicios profesionales en el consultorio o ambulatorios</i>		
<i>Visita a su médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés)</i>	Copago de \$25	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Visita a un especialista</i>	Copago de \$50	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Visita de maternidad (rutina prenatal)</i>	El plan paga el 100%***	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Procedimientos ambulatorios</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Otros costos asociados</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Consultas por Teladoc</i>	Usando solo una red de proveedores de Teladoc	
<i>Acceso virtual a médicos de medicina general, atención médica del comportamiento, dermatología y servicios de cuidador</i>	Copago de \$25	No está disponible

Servicios cubiertos	Dentro de la red*	Fuera de la red**
<i>Atención preventiva e inmunizaciones</i>		
<i>Examen médico general preventivo (solo médico de cabecera [PCP])</i>	El plan paga el 100%	No cubierto
<i>Atención pediátrica preventiva (menos de 7 años) (solo médico de cabecera [PCP])</i>	El plan paga el 100%	No cubierto
<i>Pruebas diagnósticas preventivas, servicios de laboratorio y procedimientos con rayos x (solo no urgentes)</i>	El plan paga el 100%***	No cubierto
<i>Exámenes de rutina para la detección del cáncer</i>	El plan paga el 100%***	No cubierto
<i>Para las enfermedades contagiosas comunes, de conformidad con los lineamientos del CDC, excluyendo aquellas usadas para viajes al extranjero</i>	El plan paga el 100%	No cubierto
<i>Centro de atención urgente</i>	Debe ser una enfermedad inesperada que requiere servicios anteriores a la visita de rutina. Deducible y un coseguro del 20%	
<i>Servicios de sala de emergencia</i>	Debe ser una emergencia para recibir beneficios. Si el paciente es ingresado, los beneficios se procesarán bajo los beneficios de atención hospitalaria.	
<i>Visita a la sala de emergencias</i>	Deducible y un coseguro del 25%	
<i>Otros costos asociados</i>	Deducible y un coseguro del 25%	
<i>Internación hospitalaria</i>		
<i>Atención con internación (habitación semi privada, a menos que se apruebe una habitación privada por razones médicas)</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Limite de días de internación</i>	Ilimitados	
<i>Otros costos asociados</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Servicios de trasplante</i>	Solo usando la red de Aetna's Institutes of Excellence	
<i>Servicios para pacientes internados y otros costos asociados</i>	Deducible y un coseguro del 20%	No está disponible
<i>Servicios bariátricos</i>	Solo usando la red de Aetna's Institutes of Quality	
<i>Servicios para pacientes internados y otros costos asociados</i>	Deducible y un coseguro del 20%	No está disponible
<i>Hospital pacientes ambulatorios</i>		
<i>Procedimientos ambulatorios y otros costos asociados</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%

Servicios cubiertos	Dentro de la red*	Fuera de la red**
<i>Servicios de intervención temprana</i>	Máximo por vida de \$5,000 por miembro cubierto para todos los servicios médicos cubiertos	
<i>Médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés) visita</i>	Copago de \$25	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Visita a un especialista</i>	Copago de \$50	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Servicios para la esterilidad Servicios completos para la esterilidad y tecnología reproductiva de avanzada</i>	Máximo de por vida de \$15,000 para servicios médicos y medicamentos de venta con receta por suscriptor y su cónyuge cubierto; no hay cobertura para los hijos dependientes	
<i>Tratamiento después de diagnóstico</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Centro con servicios de enfermería especializada:</i>		
<i>Centro de enfermería especializada / rehabilitación (máximo de 180 días combinados por año)</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Cuidados paliativos</i>		
<i>Servicios para pacientes internados y ambulatorios</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Servicios de salud en el hogar</i>		
<i>Servicios médicamente necesarios aprobados por el administrador de reclamos (máximo de 90 visitas por año)</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Transporte en ambulancia</i>		
<i>Transporte por tierra o aire local cuando es médicamente necesario hacia y desde un hospital</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 20%
<i>Servicios de salud mental y abuso de sustancias</i>		
<i>Tratamiento con internación en el hospital y residencial</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Tratamiento ambulatorio</i>	Copago de \$25	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Terapia del habla</i>		
<i>Servicios restaurativos médicamente necesarios, afecciones que no son de desarrollo (máximo de 40 visitas por año)</i>	Copago de \$40	Deducible y un coseguro del 40%

Servicios cubiertos	Dentro de la red*	Fuera de la red**
<i>Terapia física y ocupacional</i>		
<i>Servicios restaurativos médicamente necesarios, afecciones que no son de desarrollo (máximo de 40 visitas por año)</i>	Copago de \$40	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Terapia de habilitación para niños hasta los 4 años</i>		
<i>Servicios médicamente necesarios a menores de 5 años (terapia del habla y ocupacional)</i>	Copago de \$40	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Atención quiropráctica</i>		
<i>Manipulación espinal (máximo de 26 por año)</i>	Copago de \$40	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Acupuntura</i>		
<i>Servicios restaurativos médicamente necesarios (máximo de 20 visitas por año)</i>	Copago de \$40	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Equipo médico duradero</i>		
<i>Servicios restaurativos médicamente necesarios</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%

* Los participantes que viven fuera de EE. UU. Durante 90 días consecutivos o más y completan un formulario especial de inscripción en país extranjero disponible en UVA HR pueden usar proveedores en el país en el que están residiendo como proveedores dentro de la red para los servicios médicos, a excepción de los trasplantes y servicios bariátricos. Todos los servicios de trasplante deben realizarse con proveedores de la red de los Institutos de Excelencia de Aetna. Todos los servicios bariátricos deben realizarse con los proveedores de la red de los Institutos de Calidad de Aetna. Los servicios médicos recibidos en EE. UU. deben ser prestados por proveedores participantes de Aetna para ser elegibles para los beneficios dentro de la red.

** Los montos de distribución de costos fuera de la red están basados en el monto permitido, que se define como el monto que pagará el administrador de reclamos por cualquier servicio cubierto antes de cualquier monto de distribución de costos aplicable. Los participantes son responsables de los montos que superan el monto permisible si usan proveedores no participantes, lo cual puede ser significativo. Los participantes también son responsables de obtener una autorización previa cuando usan proveedores no participantes (opción fuera de red). La falta de autorización previa puede causar una denegación de beneficios. Llame al departamento de atención al cliente del administrador de reclamos antes de acceder a los servicios para determinar si es necesario obtener autorización previa. Los reclamos se denegarán por completo si no son médicamente necesarios.

***El Plan de servicios fuera del área de cobertura de Value Health abonará el 100% de los procedimientos radiográficos, de diagnóstico preventivo y de laboratorio realizados por profesionales de la red. Se aplicará el coseguro del Plan a los procedimientos radiográficos, de diagnóstico no preventivo y de laboratorio realizados dentro de la red cuando se haya alcanzado el deducible anual.

Listado de beneficios de Choice Health

El siguiente cuadro resume su parte del costo de la cobertura Choice Health:

Características de la opción	Red Aetna	Fuera de la red
<i>Deducible anual</i>	Es aplicable a los servicios y a las recetas médicas cubiertas que tienen coseguro. No es aplicable a los servicios o recetas médicas que tienen copagos o a los montos que superan el monto permitido.*	
▪ Individuo	\$500	\$1,500
▪ Familia	\$1,000	\$3,000
<i>Gastos de bolsillo máximos</i>	Incluyen el coseguro, el deducible, los copagos y las recetas médicas cubiertas. No es aplicable a los montos que superan el monto permitido.*	
▪ Individuo	\$5,500	\$11,000
▪ Familia	\$11,000	\$22,000
<i>Coseguro del plan</i>	Es aplicable a todos los gastos, a menos que se indique lo contrario.	
	Deducible y 15%	Deducible y 35%

* Cuando existe una marca genérica equivalente para un medicamento recetado de marca y el inscrito elige el medicamento de marca, la distribución de costos del medicamento recetado de marca y la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico no se incluyen en el monto deducible ni en el gasto máximo de bolsillo. Tampoco se incluye la distribución de costos en los medicamentos recetados o servicios no cubiertos.

El siguiente cuadro muestra cómo se abonan los beneficios de los servicios cubiertos en Choice Health:

Servicios cubiertos	Dentro de la red*	Fuera de la red**
<i>Servicios profesionales en el consultorio o ambulatorios</i>		
<i>Visita a su médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés)</i>	Deducible y un coseguro del 15%	Deducible y un coseguro del 35%
<i>Visita a un especialista</i>	Deducible y un coseguro del 15%	Deducible y un coseguro del 35%
<i>Visita de maternidad (rutina prenatal)</i>	El plan paga el 100%***	Deducible y un coseguro del 35%
<i>Procedimientos ambulatorios</i>	Deducible y un coseguro del 15%	Deducible y un coseguro del 35%
<i>Otros costos asociados</i>	Deducible y un coseguro del 15%	Deducible y un coseguro del 35%
<i>Consultas por Teladoc</i>	Usando solo una red de proveedores de Teladoc	
<i>Acceso virtual a médicos de medicina general, atención médica del comportamiento, dermatología y servicios de cuidador</i>	Deducible y un coseguro del 15%	No está disponible

Servicios cubiertos	Dentro de la red*	Fuera de la red**
<i>Atención preventiva e inmunizaciones</i>		
<i>Examen médico general preventivo (solo médico de cabecera [PCP])</i>	El plan paga el 100%	No cubierto
<i>Atención pediátrica preventiva (menos de 7 años) (solo médico de cabecera [PCP])</i>	El plan paga el 100%	No cubierto
<i>Pruebas diagnósticas preventivas, servicios de laboratorio y procedimientos con rayos x (solo no urgentes)</i>	El plan paga el 100%***	No cubierto
<i>Exámenes de rutina para la detección del cáncer</i>	El plan paga el 100%***	No cubierto
<i>Para las enfermedades contagiosas comunes, de conformidad con los lineamientos del CDC, excluyendo aquellas usadas para viajes al extranjero</i>	El plan paga el 100%	No cubierto
<i>Centro de atención urgente</i>	Debe ser una enfermedad inesperada que requiere servicios anteriores a la visita de rutina. Deducible y un coseguro del 15%	
<i>Servicios de sala de emergencia</i>	Debe ser una emergencia para recibir beneficios. Si el paciente es ingresado, los beneficios se procesarán bajo los beneficios de atención hospitalaria.	
<i>Visita a la sala de emergencias</i>	Deducible y un coseguro del 20%	
<i>Otros costos asociados</i>	Deducible y un coseguro del 20%	
<i>Internación hospitalaria</i>		
<i>Atención con internación (habitación semi privada, a menos que se apruebe una habitación privada por razones médicas)</i>	Deducible y un coseguro del 15%	Deducible y un coseguro del 35%
<i>Limite de días de internación</i>	Ilimitados	
<i>Otros costos asociados</i>	Deducible y un coseguro del 15%	Deducible y un coseguro del 35%
<i>Servicios de trasplante</i>	Solo usando la red de Aetna's Institutes of Excellence	
<i>Servicios para pacientes internados y otros costos asociados</i>	Deducible y un coseguro del 15%	No está disponible
<i>Servicios bariátricos</i>	Solo usando la red de Aetna's Institutes of Quality	
<i>Servicios para pacientes internados y otros costos asociados</i>	Deducible y un coseguro del 15%	No está disponible
<i>Hospital pacientes ambulatorios</i>		
<i>Procedimientos ambulatorios y otros costos asociados</i>	Deducible y un coseguro del 15%	Deducible y un coseguro del 35%

Servicios cubiertos	Dentro de la red*	Fuera de la red**
<i>Servicios de intervención temprana</i>	Máximo por vida de \$5,000 por miembro cubierto para todos los servicios médicos cubiertos	
<i>Visita a su médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés)</i>	Deducible y un coseguro del 15%	Deducible y un coseguro del 35%
<i>Visita a un especialista</i>	Deducible y un coseguro del 15%	Deducible y un coseguro del 35%
<i>Servicios para la esterilidad Servicios completos para la esterilidad y tecnología reproductiva de avanzada</i>	Máximo de por vida de \$15,000 para servicios médicos y medicamentos de venta con receta por suscriptor y su cónyuge cubierto; no hay cobertura para los hijos dependientes	
<i>Tratamiento después de diagnóstico</i>	Deducible y un coseguro del 15%	Deducible y un coseguro del 35%
<i>Centro con servicios de enfermería especializada:</i>		
<i>Centro de enfermería especializada / rehabilitación (180 días por año combinados, máximo)</i>	Deducible y un coseguro del 15%	Deducible y un coseguro del 35%
<i>Cuidados paliativos</i>		
<i>Servicios para pacientes internados y ambulatorios</i>	Deducible y un coseguro del 15%	Deducible y un coseguro del 35%
<i>Servicios de salud en el hogar</i>		
<i>Servicios médicamente necesarios aprobados por el administrador de reclamos (máximo de 90 visitas por año)</i>	Deducible y un coseguro del 15%	Deducible y un coseguro del 35%
<i>Transporte en ambulancia</i>		
<i>Transporte por tierra o aire local cuando es médicamente necesario hacia y desde un hospital</i>	Deducible y un coseguro del 15%	Deducible y un coseguro del 15%
<i>Servicios de salud mental y abuso de sustancias</i>		
<i>Tratamiento con internación en el hospital y residencial</i>	Deducible y un coseguro del 15%	Deducible y un coseguro del 35%
<i>Tratamiento ambulatorio</i>	Deducible y un coseguro del 15%	Deducible y un coseguro del 35%
<i>Terapia del habla</i>		
<i>Servicios restaurativos médicamente necesarios, afecciones que no son de desarrollo (máximo de 40 visitas por año)</i>	Deducible y un coseguro del 15%	Deducible y un coseguro del 35%

Servicios cubiertos	Dentro de la red*	Fuera de la red**
<i>Terapia física y ocupacional</i>		
<i>Servicios restaurativos médicamente necesarios, afecciones que no son de desarrollo (máximo de 40 visitas por año)</i>	Deducible y un coseguro del 15%	Deducible y un coseguro del 35%
<i>Terapia de habilitación para niños hasta los 4 años</i>		
<i>Servicios médicamente necesarios a menores de 5 años (terapia del habla y ocupacional)</i>	Deducible y un coseguro del 15%	Deducible y un coseguro del 35%
<i>Atención quiropráctica</i>		
<i>Manipulación espinal (máximo de 26 por año)</i>	Deducible y un coseguro del 15%	Deducible y un coseguro del 35%
<i>Acupuntura</i>		
<i>Servicios restaurativos médicamente necesarios (máximo de 20 visitas por año)</i>	Deducible y un coseguro del 15%	Deducible y un coseguro del 35%
<i>Equipo médico duradero</i>		
<i>Servicios restaurativos médicamente necesarios</i>	Deducible y un coseguro del 15%	Deducible y un coseguro del 35%

* Los participantes que viven fuera de EE. UU. Durante 90 días consecutivos o más y completan un formulario especial de inscripción en país extranjero disponible en UVA HR pueden usar proveedores en el país en el que están residiendo como proveedores dentro de la red para los servicios médicos, a excepción de los trasplantes y servicios bariátricos. Los proveedores de la red de Aetna Institutes of Excellence deben prestar todos los servicios de trasplante. Los proveedores de la red de Aetna Institutes of Quality deben prestar todos los servicios bariátricos. Los servicios médicos recibidos en EE. UU. deben ser prestados por proveedores participantes de Aetna para ser elegibles para los beneficios dentro de la red.

** Los montos de distribución de costos fuera de la red están basados en el monto permitido, que se define como el monto que pagará el administrador de reclamos por cualquier servicio cubierto antes de cualquier monto de distribución de costos aplicable. Los participantes son responsables de los montos que superan el monto permisible si usan proveedores no participantes, lo cual puede ser significativo. Los participantes también son responsables de obtener una autorización previa cuando usan proveedores no participantes (opción fuera de red). La falta de autorización previa puede causar una denegación de beneficios. Llame al departamento de atención al cliente del administrador de reclamos antes de acceder a los servicios para determinar si es necesario obtener autorización previa. Los reclamos se denegarán por completo si no son médicamente necesarios.

***Con la cobertura Choice Health se abonará el 100% de los procedimientos radiográficos, de diagnóstico preventivo y de laboratorio realizados por profesionales de la red. Se aplicará el coseguro del plan para los procedimientos diagnósticos, de laboratorio y radiográficos no preventivos dentro de la red después de satisfacerse el deducible anual.

Listado de beneficios de Basic Health

El siguiente cuadro resume su parte del costo de la cobertura Basic Health:

Consulte las reglas aplicables a las cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA) antes de inscribirse en esta opción de Plan: <https://hr.virginia.edu/benefits/benefit-savings-accounts/health-savings-account>.

Características de la opción	Red Aetna	Fuera de la red
<i>Deducible anual</i>	Es aplicable a los servicios y a las recetas médicas cubiertas que tienen coseguro. No es aplicable a los servicios o recetas médicas que tienen copagos o a los montos que superan el monto permitido.*	
<ul style="list-style-type: none"> Cobertura del empleado solamente** 	\$2,000	\$6,000
<ul style="list-style-type: none"> Empleado + hijo(s), empleado + cónyuge, o cobertura familiar** 	\$4,000	\$12,000
<i>Gastos de bolsillo máximos</i>	Incluyen el coseguro, el deducible, los copagos y las recetas médicas cubiertas. No es aplicable a los montos que superan el monto permitido.*	
<ul style="list-style-type: none"> Individuo 	\$4,000	\$8,000
<ul style="list-style-type: none"> Familia 	\$8,000	\$16,000
<i>Coseguro del plan</i>	Es aplicable a todos los gastos, a menos que se indique lo contrario.	
	Deducible y 20%	Deducible y 40%

* Cuando existe una marca genérica equivalente para un medicamento recetado de marca y el inscrito elige el medicamento de marca, la distribución de costos del medicamento recetado de marca y la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico no se incluyen en el monto deducible ni en el gasto máximo de bolsillo. Tampoco se incluye la distribución de costos en los medicamentos recetados o servicios no cubiertos.

** No existe deducible individual para los participantes de la opción Basic Health del Plan. Quienes tengan cobertura solo para el empleado tienen un deducible por prestaciones dentro de la red de \$2,000. Cuando más de un miembro de un grupo familiar esté cubierto, se debe alcanzar el monto deducible total de \$4,000 para los servicios dentro la red antes de que se puedan pagar los reclamos. Se puede llegar al monto deducible con los gastos de un solo familiar que cubra los \$4,000 o bien de varios familiares que reúnan sus reclamos deducibles para alcanzar los \$4,000.

El siguiente cuadro muestra cómo se abonan los beneficios de los servicios cubiertos en Basic Health:

Servicios cubiertos	Dentro de la red*	Fuera de la red**
<i>Servicios profesionales en el consultorio o ambulatorios</i>		
<i>Visita a su médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés)</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Visita a un especialista</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Visita de maternidad (rutina prenatal)</i>	El plan paga el 100%***	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Procedimientos ambulatorios</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Otros costos asociados</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%

Servicios cubiertos	Dentro de la red*	Fuera de la red**
<i>Consultas por Teladoc</i>	Usando solo una red de proveedores de Teladoc	
<i>Acceso virtual a médicos de medicina general, salud conductual, dermatología y cuidados.</i>	Deducible y un coseguro del 20%	No está disponible
<i>Atención preventiva e inmunizaciones</i>		
<i>Examen médico general preventivo (solo médico de cabecera [PCP])</i>	El plan paga el 100%	No cubierto
<i>Atención pediátrica preventiva (menos de 7 años) (solo médico de cabecera [PCP])</i>	El plan paga el 100%	No cubierto
<i>Pruebas diagnósticas preventivas, servicios de laboratorio y procedimientos con rayos x (solo no urgentes)</i>	El plan paga el 100%***	No cubierto
<i>Exámenes de rutina para la detección del cáncer</i>	El plan paga el 100%***	No cubierto
<i>Para las enfermedades contagiosas comunes, de conformidad con los lineamientos del CDC, excluyendo aquellas usadas para viajes al extranjero</i>	El plan paga el 100%	No cubierto
<i>Centro de atención urgente</i>	Debe ser una enfermedad inesperada que requiere servicios anteriores a la visita de rutina. Deducible y un coseguro del 20%	
<i>Servicios de sala de emergencia</i>	Debe ser una emergencia para recibir beneficios. Si el paciente es ingresado, los beneficios se procesarán bajo los beneficios de atención hospitalaria.	
<i>Visita a la sala de emergencias</i>	Deducible y un coseguro del 25%	
<i>Otros costos asociados</i>	Deducible y un coseguro del 25%	
<i>Internación hospitalaria</i>		
<i>Atención con internación (habitación semi privada, a menos que se apruebe una habitación privada por razones médicas)</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Limite de días de internación</i>	Ilimitados	
<i>Otros costos asociados</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Servicios de trasplante</i>	Solo usando la red de Aetna's Institutes of Excellence	
<i>Servicios para pacientes internados y otros costos asociados</i>	Deducible y un coseguro del 20%	No está disponible
<i>Servicios bariátricos</i>	Solo usando la red de Aetna's Institutes of Quality	
<i>Servicios para pacientes internados y otros costos asociados</i>	Deducible y un coseguro del 20%	No está disponible

Servicios cubiertos	Dentro de la red*	Fuera de la red**
<i>Hospital pacientes ambulatorios</i>		
<i>Procedimientos ambulatorios y otros costos asociados</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Servicios de intervención temprana</i>	Máximo por vida de \$5,000 por miembro cubierto para todos los servicios médicos cubiertos	
<i>Visita a su médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés)</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Visita a un especialista</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Servicios para la esterilidad Servicios completos para la esterilidad y tecnología reproductiva de avanzada</i>	Máximo de por vida de \$15,000 para servicios médicos y medicamentos de venta con receta por suscriptor y su cónyuge cubierto; no hay cobertura para los hijos dependientes	
<i>Tratamiento después de diagnóstico</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Centro con servicios de enfermería especializada:</i>		
<i>Centro de enfermería especializada / rehabilitación (máximo de 180 días combinados por año)</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Cuidados paliativos</i>		
<i>Servicios para pacientes internados y ambulatorios</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Servicios de salud en el hogar</i>		
<i>Servicios médicamente necesarios aprobados por el administrador de reclamos (máximo de 90 visitas por año)</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Transporte en ambulancia</i>		
<i>Transporte por tierra o aire local cuando es médicamente necesario hacia y desde un hospital</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 20%
<i>Servicios de salud mental y abuso de sustancias</i>		
<i>Tratamiento con internación en el hospital y residencial</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Tratamiento ambulatorio</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Terapia del habla</i>		
<i>Servicios restaurativos médicamente necesarios, afecciones que no son de desarrollo (máximo de 40 visitas por año)</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%

Servicios cubiertos	Dentro de la red*	Fuera de la red**
<i>Terapia física y ocupacional</i>		
<i>Servicios restaurativos médicamente necesarios, afecciones que no son de desarrollo (máximo de 40 visitas por año)</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Terapia de habilitación para niños hasta los 4 años</i>		
<i>Servicios médicamente necesarios a menores de 5 años (terapia del habla y ocupacional)</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Atención quiropráctica</i>		
<i>Manipulación espinal (máximo de 26 por año)</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Acupuntura</i>		
<i>Servicios restaurativos médicamente necesarios (máximo de 20 visitas por año)</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%
<i>Equipo médico duradero</i>		
<i>Servicios restaurativos médicamente necesarios</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 40%

* Los participantes que viven fuera de EE. UU. Durante 90 días consecutivos o más y completan un formulario especial de inscripción en país extranjero disponible en UVA HR pueden usar proveedores en el país en el que están residiendo como proveedores dentro de la red para los servicios médicos, a excepción de los trasplantes y servicios bariátricos. Los proveedores de la red de Aetna Institutes of Excellence deben prestar todos los servicios de trasplante. Los proveedores de la red de Aetna Institutes of Quality deben prestar todos los servicios bariátricos. Los servicios médicos recibidos en EE. UU. deben ser prestados por proveedores participantes de Aetna para ser elegibles para los beneficios dentro de la red.

** Los montos de distribución de costos fuera de la red están basados en el monto permitido, que se define como el monto que pagará el administrador de reclamos por cualquier servicio cubierto antes de cualquier monto de distribución de costos aplicable. Los participantes son responsables de los montos que superan el monto permisible si usan proveedores no participantes, lo cual puede ser significativo. Los participantes también son responsables de obtener una autorización previa cuando usan proveedores no participantes (opción fuera de red). La falta de autorización previa puede causar una denegación de beneficios. Llame al departamento de atención al cliente del administrador de reclamos antes de acceder a los servicios para determinar si es necesario obtener autorización previa. Los reclamos se denegarán por completo si no son médicamente necesarios.

***Con la cobertura Basic Health se abonará el 100% de los procedimientos radiográficos, de diagnóstico preventivo y de laboratorio realizados por profesionales de la red. Se aplicará el coseguro del plan para los procedimientos diagnósticos, de laboratorio y radiográficos no preventivos dentro de la red después de satisfacerse el deducible anual.

Listado de beneficios para medicamentos de venta con receta — para Value Health y Choice Health

Este cuadro resume los beneficios de farmacia disponibles a través del programa de beneficios de medicamentos de venta con receta de Aetna, disponible con las opciones Value Health y Choice Health. La cobertura está disponible cuando usted compra sus medicamentos a través de farmacias participantes.

Los medicamentos cubiertos se evalúan y seleccionan usando el vademécum del plan estándar de Aetna. Estos requieren una receta médica y aprobación de la FDA. La distribución de costos de las farmacias participantes se detalla en la lista siguiente. El plan exige la sustitución por un medicamento genérico. La cobertura se limita al costo del medicamento genérico cuando esté disponible. Cuando existe un equivalente genérico para un medicamento de marca, se le exigirá que pague la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico, además del copago apropiado si se selecciona el medicamento de marca.

Deducible médico y de medicamentos recetados combinado

Se aplica el monto deducible de las coberturas Value Health y Choice Health a los gastos médicos y de medicamentos de venta con receta cubiertos.

Medicamentos cubiertos*	Farmacias de UVA**	Red de farmacias de Aetna
<i>Farmacia minorista</i>	<i>Suministro de hasta 30 días</i>	
<i>Medicamentos genéricos</i>	Copago de \$6	Copago de \$6
<i>Medicamentos de marca preferidos</i>	Deducible y coseguro del 20% (máximo de \$150)	Deducible y coseguro del 20% (mínimo de \$34 y máximo de \$150)
<i>Medicamentos de marca no preferidos</i>	Deducible y coseguro del 20% (máximo de \$225)	Deducible y coseguro del 20% (mínimo de \$68 y máximo de \$225)
<i>Programa Maintenance Choice con opción de exclusión***</i>	<i>Suministro de 90 días</i>	<i>Servicio por correo de CVS Caremark Farmacia y farmacias minoristas de CVS</i>
<i>Medicamentos genéricos</i>	Copago de \$14	Copago de \$14
<i>Medicamentos de marca preferidos</i>	Deducible y coseguro del 15% (máximo de \$375)	Deducible y coseguro del 15% (mínimo de \$75 y máximo de \$375)
<i>Medicamentos de marca no preferidos</i>	Deducible y coseguro del 15% (máximo de \$475)	Deducible y coseguro del 15% (mínimo de \$150 y máximo de \$475)

Medicamentos cubiertos*	Farmacias de UVA**	Red de farmacias de Aetna
<i>Medicamentos especializados****</i>	<i>Suministro de hasta 30 días</i>	<i>Farmacia de especialidades de CVS (Solo medicamentos especializados de distribución limitada)</i>
<i>Medicamentos genéricos</i>	Deducible y coseguro del 20% (máximo de \$100)	Deducible y coseguro del 20% (máximo de \$100)
<i>Medicamentos de marca preferidos</i>	Deducible y coseguro del 20% (máximo de \$150)	Deducible y coseguro del 20% (máximo de \$150)
<i>Medicamentos de marca no preferidos</i>	Deducible y coseguro del 20% (máximo de \$200)	Deducible y coseguro del 20% (máximo de \$200)
Medicamentos para diabéticos, insulina y Suministros	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días a través de Maintenance Choice
<i>Medicamentos genéricos</i>	\$0	\$0
<i>Medicamentos de marca preferidos</i>	\$34	\$75
<i>Medicamentos de marca no preferidos</i>	Deducible y coseguro del 20% (mínimo de \$68 y máximo de \$225); a través de farmacias UVA, deducible y coseguro del 20% (máximo de \$225)	Deducible y coseguro del 15% (mínimo de \$150 y máximo de \$475); a través de farmacias UVA, deducible y coseguro del 15% (máximo de \$475)

* Cuando existe una marca genérica equivalente para un medicamento recetado de marca y el inscrito elige el medicamento de marca, la distribución de costos del medicamento recetado de marca y la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico no se incluyen en el monto deducible ni en el gasto máximo de bolsillo. Tampoco se incluye la distribución de costos en los medicamentos recetados o servicios no cubiertos.

** Las farmacias de UVA incluyen la farmacia de UVA en ERC, la farmacia UVA Bookstore, la farmacia UVA en Medical Park Zion Crossroads, la farmacia UVA Pantops, la farmacia UVA en Augusta Cancer Center, la farmacia UVA Student Health, y la farmacia UVA Specialty.

*** Los participantes pueden excluirse del Programa Maintenance Choice para todos sus medicamentos de mantenimiento. Comuníquese con Aetna al 800-987-9072 antes de la tercera vez que surta sus medicamentos de mantenimiento y puede continuar surtiendo un suministro de 30 días en su farmacia minorista usando el monto de distribución de costos minorista normal.

**** Los medicamentos especializados deben surtirse en la red de farmacias de especialidad de UVA para estar cubiertos. Los medicamentos de distribución limitada también se pueden obtener a través de la farmacia CVS Specialty.

La mayoría de los medicamentos de venta con receta no cubiertos aprobados por la FDA como medicamentos que no son de investigación o no experimentales pueden surtirse con un coseguro del 100% solo en las farmacias participantes. La distribución de costos para estos medicamentos no cubiertos no cuenta para cubrir el deducible ni el gasto de bolsillo máximo.

Listado de beneficios para medicamentos de venta con receta — para Basic Health

Este cuadro resume los beneficios de farmacia disponibles a través del programa de beneficios de medicamentos de venta con receta de Aetna, disponible con la opción Basic Health. La cobertura está disponible cuando usted compra sus medicamentos a través de farmacias participantes.

Los medicamentos cubiertos se evalúan y seleccionan usando el vademécum del plan estándar de Aetna. Estos requieren una receta médica y aprobación de la FDA. La distribución de costos de las farmacias participantes se detalla en la lista siguiente. El plan exige la sustitución por un medicamento genérico. La cobertura se limita al costo del genérico cuando esté disponible. Cuando existe un equivalente genérico para un medicamento de marca, se le exigirá que pague la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico, además del copago apropiado si se selecciona el medicamento de marca.

Deducible médico y de medicamentos recetados combinado

Se aplica el deducible de la cobertura Basic Health a los gastos médicos y de medicamentos de venta con receta cubiertos.

Medicamentos cubiertos*	Farmacias de UVA**	Red de farmacias de Aetna
<i>Farmacia minorista</i>	<i>Suministro de hasta 30 días</i>	
<i>Medicamentos genéricos, medicamentos de marca preferidos, medicamentos de marca no preferidos</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 20%
<i>Maintenance Choice Programa con opción de exclusión***</i>	<i>Suministro de 90 días</i>	<i>Servicio por correo de CVS Caremark Farmacia y farmacias minoristas de CVS</i>
<i>Medicamentos genéricos, medicamentos de marca preferidos, medicamentos de marca no preferidos</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 20%
<i>Medicamentos especializados****</i>	<i>Suministro de hasta 30 días</i>	<i>Farmacia de especialidades de CVS (Solo medicamentos especializados de distribución limitada)</i>
<i>Medicamentos genéricos, de marca preferidos, medicamentos de marca no preferidos</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 20%
<i>Medicamentos para diabéticos, insulina y suministros</i>	<i>Suministro de 30 días</i>	<i>Suministro de 90 días a través de Maintenance Choice</i>
<i>Medicamentos genéricos</i>	\$0	\$0
<i>Medicamentos de marca preferidos</i>	\$34	\$75
<i>Medicamentos de marca no preferidos</i>	Deducible y un coseguro del 20%	Deducible y un coseguro del 20%

* Cuando existe una marca genérica equivalente para un medicamento recetado de marca y el inscrito elige el medicamento de marca, la distribución de costos del medicamento recetado de marca y la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico no se incluyen en el monto deducible ni en el gasto máximo de bolsillo. Tampoco se incluye la distribución de costos en los medicamentos recetados o servicios no cubiertos.

** Las farmacias de UVA incluyen la farmacia de UVA en ERC, la farmacia UVA Bookstore, la farmacia UVA en Medical Park Zion Crossroads, la farmacia UVA Pantops, la farmacia UVA en Augusta Cancer Center, la farmacia UVA Student Health, y la farmacia UVA Specialty.

*** Los participantes pueden excluirse del Programa Maintenance Choice para todos sus medicamentos de mantenimiento. Comuníquese con Aetna al 800-987-9072 antes de la tercera vez que surta sus medicamentos de mantenimiento y puede continuar surtiendo un suministro de 30 días en su farmacia minorista usando el monto de distribución de costos minorista normal.

**** Los medicamentos especializados deben surtirse en la red de farmacias de especialidad de UVA para estar cubiertos. Los medicamentos de distribución limitada también se pueden obtener a través de la farmacia CVS Specialty.

La mayoría de los medicamentos de venta con receta no cubiertos aprobados por la FDA como medicamentos que no son de investigación o no experimentales pueden surtirse con un coseguro del 100% solo en las farmacias participantes. La distribución de costos para estos medicamentos no cubiertos no cuenta para cubrir el deducible ni el gasto de bolsillo máximo.

Cómo funciona la cobertura médica

El Plan de Salud de UVA ofrece las siguientes tres opciones:

- Basic Health;
- Choice Health; y
- Value Health.

Todas las opciones cubren la misma amplia variedad de servicios, incluidos la atención preventiva dentro de la red al 100% y los medicamentos de venta con receta. Además, todas le brindan la flexibilidad de utilizar proveedores dentro y fuera de la red. Las opciones difieren en los montos que debe pagar por la cobertura (las contribuciones de la prima) y los montos que debe pagar cuando necesita atención.

La opción Basic Health tiene el costo más bajo por periodo de pago, pero los deducibles anuales son los más altos. Como este plan se considera un plan de salud de deducible alto (HDHP), le permite participar en una cuenta especial de ahorros para gastos médicos (HSA) con beneficios impositivos, que está disponible solo para quienes optan por la cobertura Basic Health. Usted debe ser elegible para una cuenta HSA (cuenta de ahorro para la salud) y estar inscrito en una para inscribirse en la opción Basic Health.

La opción Choice Health tiene el costo anual por periodo de pago más alto, pero el más bajo en términos de desembolso del participante cuando necesita atención. Con la opción Value Health, recibe la mayor cobertura cuando usa los proveedores de la red de UVA.

Esta sección describe características importantes del Plan. Consulte el listado de beneficios (“Sus opciones de cobertura médica de UVA” en la página 30) si desea conocer los detalles específicos de cobertura de cada opción. Existe la posibilidad de utilizar prestaciones fuera del área de cobertura en la opción Value Health para aquellos empleados cuyo código postal laboral en Workday se encuentre a más de 50 millas de Charlottesville.

Usted debe estar cubierto por el Plan en la fecha en la que incurra el gasto médico. El Plan no paga beneficios por los gastos incurridos antes de que comience la cobertura o después de que finalice. No existen exclusiones por enfermedades preexistentes.

Sobre la opción Basic Health

Los becarios de postdoctorado y los residentes no son elegibles para la opción Basic Health. Basic Health es la única opción de atención médica disponible para los empleados asalariados. El empleador no hace contribuciones HSA a los empleados asalariados.

Cuenta de ahorros de gastos médicos (HSA) con la cobertura Basic Health

Cuando se inscribe en la cobertura Basic Health, debe también abrir una cuenta especial de ahorros para gastos médicos (HSA) con beneficios impositivos. La HSA le permite reservar fondos antes de impuestos hasta el límite de la contribución máxima anual del IRS. Además, UVA, a su exclusivo criterio, puede contribuir a la HSA de un empleado según su categoría de empleo. Consulte los detalles sobre las cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA) en <https://hr.virginia.edu/>.

Puede utilizar su HSA para pagar ciertos gastos médicos calificados, que suelen incluir su deducible médico, pagos de coseguros y gastos de medicamentos de venta con receta. También podrá pagar sus gastos directamente de su bolsillo y dejar que crezcan los fondos en la cuenta y generen interés para gastos futuros. Como los saldos de la cuenta son transferibles de año a año, su cuenta puede acumular fondos con el tiempo.

Su cuenta es transferible. Si se jubila o deja la Universidad por algún motivo, se llevará el saldo de su HSA con usted. Tenga presente que es su responsabilidad gestionar sus contribuciones anuales según los límites máximos anuales del IRS. También es responsabilidad suya conciliar los montos que excedan el límite anual en su declaración de impuestos.

Elegibilidad

Usted debe ser elegible para una cuenta HSA (cuenta de ahorro para la salud) y estar inscrito en una para inscribirse en la opción Basic Health. Usted no tiene derecho a una HSA si:

- Tiene una visa J-1;
- Está inscrito en Medicare o Medicaid, o aparece como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona;
- Usted o su cónyuge tienen saldo en una cuenta de gastos flexibles (FSA) para atención médica, están cursando el periodo de gracia de una FSA o el año de su plan no ha terminado aún;
- Usted recibió beneficios de atención médica de la Administración de Veteranos (TRICARE) en los últimos tres meses;
- Usted tiene un cónyuge o padre en un plan de salud (incluida la cuenta de reembolso de gastos de salud [HRA]) que le ofrece beneficios antes de alcanzar el deducible mínimo del IRS; y
- Usted ya ha contribuido el monto límite anual federal establecido en otra HSA, cuenta de ahorros médicos (MSA) o HRA en el mismo año calendario.

La red de proveedores

Si se inscribió en las opciones Value Health, Choice Health, o Basic Health, tiene la libertad de escoger cualquier médico u otro proveedor de atención médica cuando lo necesite. El modo en el que se cubre esa atención y cuánto debe pagar usted de su bolsillo dependen de si el gasto está cubierto por el Plan y de si usted opta por un proveedor que pertenece o no a la red.

Red especial de proveedores preferidos de UVA en la opción Value Health

Cuando se inscribe en la opción Value Health y utiliza un profesional de la red de proveedores de UVA, el Plan abona el máximo. Eso significa que usted paga menos de su bolsillo por la atención que recibe. Puede consultar la lista de proveedores de la red de UVA con una búsqueda en «Provider Search» en www.aetna.com/docfind/custom/uva/.

Los proveedores de la red son médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que pertenecen a la red de Aetna. Los proveedores de la red abarcan una amplia variedad de servicios, por ejemplo:

- Atención primaria (médicos clínicos y de familia, pediatras, internistas y obstetras y ginecólogos);
- Atención especializada (por ejemplo, cirujanos, cardiólogos y urólogos); e
- Instituciones de atención médica (por ejemplo, hospitales, instituciones con enfermería especializada y laboratorios de análisis de diagnóstico).

Los proveedores dentro de la red aceptan prestar servicios o proveer suministros a precios negociados. Si usa un proveedor de la red, pagará menos de su bolsillo por la atención que reciba. Además, no tendrá que completar formularios de reclamos porque el proveedor de la red lo hará por usted.

Para encontrar a un proveedor de la red en su zona:

- Use la herramienta de búsqueda de proveedores en www.aetna.com/docfind/custom/uva. Siga los pasos para buscar en la guía en línea un médico en particular, un tipo de médico o todos los médicos de una zona con el mismo código postal y/o a una misma distancia de viaje.
- Comuníquese telefónicamente con el equipo de defensores de Aetna One. Los defensores de Aetna One pueden ayudarlo a encontrar a un proveedor de la red en su zona. Encontrará el número gratuito de servicios de atención para miembros impreso en su tarjeta de identificación.

No tiene obligación de elegir a un médico de cabecera (PCP). Sin embargo, la atención preventiva periódica es clave para lograr la buena salud, y su médico de cabecera puede ser su administrador personal de atención médica. Él o ella se familiarizará con usted y con sus necesidades especiales y problemas, y podrá recomendar al especialista indicado cuando necesite la atención que no pueda brindarle.

Sobre el costo de la atención médica para usted

Si un proveedor que no pertenece a la red le cobra más que el monto reconocido, usted deberá pagar los gastos que excedan ese valor.

Los montos que exceden el cargo reconocido no cuentan para su deducible anual ni el máximo a pagar de su propio bolsillo.

Certificación previa

Cuándo es necesaria la certificación previa de la atención médica

Usted es responsable de obtener la certificación previa de los servicios que aparecen en el siguiente cuadro si un proveedor externo a la red va a prestar el servicio. La lista puede cambiar de tanto en tanto. Comuníquese con el equipo de defensores de Aetna One para solicitar la lista más actualizada.

Tipo de servicio	Cuándo necesita obtener certificación previa de la atención fuera de la red
<p><i>Atención de pacientes internados en hospitales</i></p> <p>Usted debe solicitar una certificación previa en caso de internación en un hospital.</p>	<p>Para solicitar una certificación previa, llame a su equipo de defensores de Aetna One al 800-987-9072 como sigue:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Internación de emergencia: dentro de las 48 horas de la internación o no bien sea razonablemente posible ▪ Internación urgente: antes de la fecha programada de internación ▪ Otras internaciones: por lo menos 14 días calendario antes de la internación

Tipo de servicio	Cuando necesita obtener certificación previa de la atención fuera de la red
<p><i>Alternativas para la atención con internación hospitalaria</i></p> <p>Usted debe solicitar certificación previa para las siguientes alternativas no hospitalarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención en instituciones con enfermería especializada ▪ Servicios de atención médica domiciliaria ▪ Cuidados paliativos para pacientes ambulatorios e internados ▪ Tratamiento en residencias por trastornos mentales o abuso de sustancias 	<p>Para solicitar una certificación previa, llame a su equipo de defensores de Aetna One al 800-987-9072 como sigue:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Internación con confinamiento: Es igual a la atención de pacientes internados en hospitales ▪ Atención ambulatoria: <ul style="list-style-type: none"> - Atención que no es de emergencia: por lo menos 14 días calendario antes o lo antes que sea razonablemente posible - Atención de emergencia: lo antes que sea razonablemente posible
<p><i>Atención ambulatoria</i></p> <p>Usted debe solicitar certificación previa para los siguientes servicios ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cirugía estética y reconstructiva ▪ Terapia celular, génica y otras terapias innovadoras (GCIT) 	<p>Comuníquese telefónicamente con el equipo de defensores de Aetna One al 800-987-9072 para solicitar certificación previa de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención ambulatoria: <ul style="list-style-type: none"> - Atención que no es de emergencia: por lo menos 14 días calendario antes o lo antes que sea razonablemente posible - Atención de emergencia: lo antes que sea razonablemente posible

Aetna les notificará a usted, a su médico y a la institución sobre la duración de la estadía autorizada. Si su médico recomienda que se extienda la estadía, se deben certificar más días. Usted, su médico o la institución deberán comunicarse telefónicamente con Aetna al número que aparece en su tarjeta de identificación antes de que finalice el último día autorizado. Aetna revisará y procesará la solicitud de extensión de la estadía. Usted y su médico recibirán una copia de esta carta.

Si no obtiene la certificación previa

Si no llama cuando debe, el plan médico le negará la cobertura de sus gastos.

Si la certificación previa:	Los cargos:
<i>es solicitada y aprobada</i>	Estarán cubiertos
<i>es solicitada y rechazada</i>	No estarán cubiertos
<i>no se solicita, pero la atención es necesaria</i>	Quedan pendientes de revisión
<i>no se solicita, y la atención no es necesaria</i>	No estarán cubiertos

Certificación previa de radiología de alta tecnología

Su médico debe solicitar autorización a Aetna antes de solicitar servicios radiológicos de alta tecnología, incluyendo IRM/ARM, TAC/PCTA, PET, cardiología nuclear, cardiología de diagnóstico, estudios del sueño en las instituciones, dispositivos cardíacos implantables, reemplazos de cadera o rodilla y manejo del dolor.

Se revisarán las solicitudes de certificación previa de su médico. En algunos pocos casos, la solicitud puede rechazarse y hacerse una recomendación alternativa. Su médico podrá aceptar la recomendación alternativa o enviar una apelación.

Antes de usar a un proveedor que no pertenece a la red

Si utiliza a un proveedor que no pertenece a la red, le conviene consultar si este ha enviado y confirmado la solicitud de certificación previa. Es posible que su proveedor le cobre por los procedimientos que realice si no cumple con el proceso de certificación previa.

En caso de emergencia

No importa en qué opción de plan médico se haya inscrito, tiene cobertura 24 horas al día, 7 días a la semana, en cualquier lugar del mundo, si necesita atención por una emergencia. Si el tratamiento de la emergencia requiere internación en un hospital que no pertenece a la red, debe solicitar certificación previa en las primeras 48 horas de la internación o no bien le sea razonablemente posible. (Tenga presente que tal vez deba ser trasladado a una institución de la red una vez que esté estabilizado.)

Una emergencia médica es una afección, enfermedad o lesión reciente y grave, que incluye (a modo indicativo) dolor fuerte que llevaría a una persona prudente (incluido el padre, madre o tutor de un menor o el tutor de un individuo discapacitado) con conocimiento medio de medicina y salud a creer que no recibir atención médica inmediata podría:

- Poner su salud en grave peligro;
- Causar un deterioro grave de las funciones corporales;
- Causar una disfunción grave de una parte u órgano del cuerpo; o
- En el caso de una embarazada, generar un peligro serio para la salud del niño por nacer.

Ejemplos de emergencias médicas

- Ataque cardíaco o sospecha de ataque cardíaco;
- Envenenamiento o sospecha de envenenamiento;
- Dificultad respiratoria grave;
- Sangrado profuso o sin control;
- Pérdida de la conciencia;
- Sospecha de sobredosis de medicamentos;
- Quemaduras graves; o
- Fiebre elevada (especialmente en los bebés).

Recursos para enfermedades avanzadas

El Programa de cuidados compasivos de Aetna ofrece servicio y apoyo en momentos en los que se deben tomar decisiones difíciles sobre una enfermedad avanzada. Los enfermeros administradores de casos del programa trabajan con los médicos para:

- Organizar la atención y gestionar los beneficios;
- Encontrar los recursos para el paciente y sus familiares; y

- Ayudar a los familiares y a otros cuidadores a manejar los síntomas y el dolor del paciente.

Comuníquese telefónicamente con el equipo de defensores de Aetna One para hablar con un enfermero administrador de casos del Programa de cuidados compasivos de Aetna. También hay apoyo en línea disponible en www.aetnacompassionatecare.com.

Trasplantes y atención médica especial

El Programa de Excelencia Médica Nacional (NME) lo ayuda a encontrar atención médica y recursos útiles cuando más los necesita, con apoyo personalizado en todas las fases de tratamiento. El programa incluye:

- El Programa nacional de trasplantes, que coordina la atención médica y brinda acceso a tratamiento cubierto a través de la red de trasplantes de los Institutos de Excelencia.
- El Programa nacional de casos especiales, que asiste a los miembros con enfermedades raras o complejas que requieren tratamiento especializado a evaluar las opciones de tratamiento o obtener la atención médica apropiada.
- El Programa de atención fuera del país, que asiste a los miembros que necesitan internación de emergencia mientras están temporalmente fuera de Estados Unidos.

Estos servicios exigen la autorización previa de Aetna.

El Plan pagará los gastos de viaje y alojamiento desde el día en el que se comience a participar en el Programa nacional de excelencia médica. La cobertura finaliza en la fecha en que ocurra lo primero de lo siguiente:

- Un año después del día en el que se realizó un procedimiento cubierto; o
- La fecha en la que deje de recibir servicios relacionados con el procedimiento cubierto por parte del proveedor del programa; o
- La fecha en la que finalice su cobertura en virtud del Plan.

Sepa lo que está cubierto

El Plan cubre solo los servicios, suministros y tratamientos considerados necesarios para atender su problema de salud. El Plan no cubre tratamientos considerados experimentales o en investigación (según lo determina Aetna).

Los gastos de viaje y alojamiento deben ser previamente aprobados por Aetna. El Plan no cubre gastos que no estén aprobados.

Cobertura en los viajes al exterior

Permanencia fuera del país por 90 días o más

Si se va a ausentar de Estados Unidos durante 90 días o más, debe inscribirse en el programa de inscripción en país extranjero completando el formulario de inscripción en país extranjero y enviándolo completo al mediador (ombudsman) del Plan de salud de UVA antes de salir de Estados Unidos.

Con esta inscripción, quedarán cubiertos los servicios elegibles de rutina y emergencia, y se le reembolsarán como beneficios dentro de la red. Deberá pagar al proveedor extranjero directamente y presentar sus reclamos extranjeros a Aetna dentro de los 90 días para obtener un reembolso. Vea “Cómo presentar reclamos” en la página 104.

Comuníquese lo antes posible con Aetna si necesita internación, cirugías, servicios de emergencia o prácticas radiológicas complejas en el extranjero. Comuníquese con el mediador (ombudsman) del Plan de Salud de UVA para solicitar la asignación adelantada de medicamentos de venta con receta para 90 días por «vacaciones».

Permanencia fuera del país por menos de 90 días

Cuando viaja fuera de los Estados Unidos durante menos de 90 días, solo los servicios de atención de urgencia o emergencia serán cubiertos y reembolsados como beneficios dentro de la red. Vea la sección “En caso de emergencia” en la página 54 para ver una descripción de afecciones que se consideran emergencias médicas. Deberá pagar al proveedor extranjero directamente y presentar sus reclamos extranjeros a Aetna dentro de los 90 días para obtener un reembolso. Vea “Cómo presentar reclamos” en la página 104. Comuníquese con Aetna para obtener la autorización antes de la internación de emergencia o bien lo antes que le sea posible después de ella.

Cómo comunicarse con Aetna cuando está fuera de Estados Unidos

Por teléfono:

- Equipo de defensores de Aetna One 800-987-9072
- Unidad de certificaciones previas para casos especiales de Aetna al 855-9046 o 215-775-6445 de lunes a viernes
- Programa nacional de excelencia médica de Aetna y certificaciones previas fuera del horario de atención al 215-775-6445 En línea:

- Use un correo electrónico seguro a través de su cuenta de miembro de Aetna en www.Aetna.com

Programas especiales

Tal vez le interese aprovechar los programas de administración de la salud y de descuentos de valor agregado descritos en esta sección.

Programas de descuentos

Usted tiene derecho a descuentos en suministros y servicios de salud y bienestar. Si desea saber más sobre estos descuentos, visite el sitio web seguro para miembros www.aetna.com.

Si desea saber más sobre....	Visite el sitio web seguro en www.aetna.com si desea leer más sobre....
<i>Servicios para mejorar la aptitud física</i>	Programa de descuentos Aetna Fitness
<i>Suministros y servicios de audición</i>	Programa de descuentos Aetna Hearing
<i>Ahorros en terapias y productos naturales</i>	Programa Aetna Natural Products and Services
<i>Servicios y suministros para la vista</i>	Programa de descuento Aetna Vision
<i>Programas y productos para bajar de peso</i>	Programa de descuento Aetna Weight Management

Programas de administración de la salud

Hoo's Well

Hoo's Well es el programa de bienestar de los empleados de UVA. Ofrece una serie de programas y recursos que lo ayudan a crear y mantener un estilo de vida saludable. Puede solicitar una adaptación razonable o normas alternativas para las actividades relacionadas con la salud que ofrecen un incentivo. Visite www.hooswell.com para obtener más detalles.

Apoyo durante el embarazo

El Programa de maternidad de Aetna la ayuda a mantenerse bien durante todo el embarazo y después de que nace su bebé. Ofrece:

- Información sobre atención prenatal, trabajo de parto y parto, cuidados del neonato y más;
- Una encuesta de riesgos en el embarazo para saber si tiene algún problema de salud o factores de riesgo que pudieran afectar su embarazo;
- Apoyo adicional de enfermeros administradores de casos con especialización en obstetricia si está en riesgo durante el embarazo o después del parto; y
- El Programa Smoke-Free Moms-to-Be para dejar de fumar sin nicotina diseñado especialmente para las embarazadas.

¿Cómo obtengo información sobre este programa?

En cuanto Aetna reciba el aviso de su embarazo, se comunicará con usted para iniciar el proceso. O bien usted puede llamar 800-CRADLE-1 (800-272-3531) e inscribirse.

Cuando participa de este programa, la coordinación de toda la atención queda en manos de su obstetra y ginecólogo y los administradores de casos de Aetna.

Herramientas

Guía de proveedores médicos en línea

«Provider Search» es la guía en línea de proveedores de Aetna. Esta herramienta le brinda la información más reciente sobre médicos, hospitales y otros proveedores de la red Aetna. También puede encontrar información sobre los beneficios de Aetna, como el “Paquete de información para nuevos matriculados” y el documento “La ayudamos a tener un embarazo sano” en Provider Search.

Puede acceder a Provider Search desde www.aetna.com/docfind/custom/uva ; allí siga las indicaciones.

Sitio web de miembros de Aetna

Use el sitio web seguro para miembros en www.aetna.com como recurso en línea para encontrar información personalizada sobre beneficios y la salud. Puede realizar varias operaciones en línea por autoservicio. Una vez que se inscriba, podrá:

- Imprimir información sobre elegibilidad;
- Ver su tarjeta de identificación;
- Descargar copias de formularios de reclamos;
- Verificar el estado de un reclamo;
- Ver los saldos de sus beneficios;
- Comunicarse con el equipo de defensores de Aetna One; y
- Acceder a información de salud y bienestar.

Teléfono inteligente o tableta

Para ver los documentos usando su teléfono inteligente o tableta se necesita la aplicación gratuita WinZip. Posiblemente esté disponible en su tienda de aplicaciones.

Tecnología de asistencia

Es posible que las personas que usan tecnología de asistencia no puedan acceder a la información en el sitio web para miembros. Para obtener asistencia, llame al 888-982-3862.

Asistencia lingüística

Teléfono para sordomudos (TTY): 711

Si necesita asistencia en inglés, comuníquese en forma gratuita al 888-982-3862. (inglés)

Línea Informed Health®

Obtenga la ayuda y la información que necesita para tomar buenas decisiones de atención médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana a través de la línea Informed Health de Aetna.

Los recursos y herramientas de Informed Health pueden ayudarlo a tomar decisiones mejor fundamentadas sobre su atención médica, comunicarse mejor con sus médicos y ahorrar tiempo y dinero, ya que le muestran cómo obtener a la atención médica correcta en el momento indicado.

Llame a la línea Informed Health al 800-556-1555 y hable directamente con un/a enfermero/a registrado/a sobre una amplia variedad de temas de salud y bienestar.

Utilice la herramienta Healthwise Knowledgebase para saber más sobre su enfermedad o sobre los medicamentos que está tomando en términos fáciles de entender. Este recurso en línea está disponible a través del sitio web seguro para miembros en www.aetna.com.

Tarjetas de identificación

Lo alentamos a llevar consigo su tarjeta de identificación en todo momento. Presente la tarjeta de identificación de Aetna a los proveedores de servicios médicos antes de recibir atención médica y conductual y en las farmacias de la red cuando compre medicamentos de venta con receta. Si la tarjeta de identificación se pierde o se la roban, debe avisar de inmediato al administrador correspondiente. Encontrará una copia electrónica de su tarjeta de identificación en el sitio web para miembros de Aetna en www.aetna.com o en la aplicación de Aetna.

Coordinación con otros planes

Si tiene otra cobertura

Si tiene cobertura con otros planes grupales o individuales o bien recibe pagos por una enfermedad o lesión causada por otra persona, podrían ajustarse los beneficios que recibe en virtud de este Plan. Esto podría reducir los beneficios que recibe de este Plan. El ajuste se conoce con el nombre de «coordinación de beneficios» (COB, por sus siglas en inglés).

Los beneficios disponibles a través de otros planes grupales o individuales, contratos u otros arreglos — incluida la cobertura del seguro de automóvil— en los que se brinden, programen o abonen beneficios de salud sobre una base asegurada o no asegurada se coordinan con este Plan.

Los miembros involucrados en un accidente automovilístico deben comunicarse con Aetna para discutir la COB. Se entiende por “otros planes” cualquier otro plan de cobertura dental o médica provisto por:

- Un seguro grupal u otro arreglo de cobertura grupal para individuos, sin importar que el plan esté asegurado; Esto incluye grupos de prepago;
- El beneficio de protección por lesiones personales (PIP, por sus siglas en inglés) de los vehículos motorizados o un seguro opcional para vehículos motorizados, en la medida que lo disponga la ley aplicable. Siempre que sea legalmente posible, este Plan será el secundario.

Si desea saber si se reducirán los beneficios en virtud de este Plan, Aetna debe primero determinar qué plan es el primario (el que paga beneficios primero) con las reglas que indicamos a continuación y en ese orden. La primera regla aplicable del siguiente cuadro determinará qué plan paga primero:

Si...		Entonces...
1.	<i>Un plan tiene una disposición de COB y el otro plan no la tiene.</i>	El plan sin la disposición de COB calcula el beneficio y paga primero.
2.	<i>Un plan lo cubre como dependiente y el otro lo cubre como empleado o jubilado.</i>	El plan que lo cubre como empleado o jubilado calcula el beneficio y paga primero. Nota: Si usted es elegible para recibir beneficios de Medicare, esta regla puede revertirse. Vea la regla 3.
3.	<i>Usted es elegible para recibir beneficios de Medicare y no tiene empleo activo.</i>	Se aplican las siguientes reglas de contribuyente secundario de Medicare: <ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan que lo cubre como dependiente de un cónyuge que trabaja determina su beneficio y paga primero. ▪ Medicare paga segundo. ▪ El plan que lo cubre como empleado jubilado paga tercero.
4.	<i>Los padres de un niño están casados o conviven (casados o no).</i>	El plan del padre cuyo cumpleaños ocurre primero en el año calendario determina el beneficio y paga primero. Si ambos padres cumplen años el mismo día, el plan del padre con la cobertura más duradera determina el beneficio y paga primero. Pero, si el otro plan no tiene esta «regla del cumpleaños» de los padres, se aplica la regla de COB del otro.
5.	<i>Los padres de un niño están separados o divorciados pero tienen la custodia compartida, y no hay orden judicial que asigne responsabilidad por los gastos médicos del hijo a ninguno de los padres, o bien existe una que establece que ambos padres son responsables de la cobertura médica del hijo.</i>	Se aplica la “regla del cumpleaños” descrita en la regla 4 anterior.
6.	<i>Los padres de un niño están separados o divorciados, y una orden judicial asigna la responsabilidad de los gastos médicos del hijo a uno de los padres.</i>	El plan que cubre al hijo como dependiente del padre asignado determina el beneficio y paga primero.

Si...		Entonces...
7.	<i>Los padres de un niño están separados, divorciados o no conviven (casados anteriormente o no) y no existe una orden judicial que asigne responsabilidades por los gastos médicos del hijo a uno de los padres.</i>	Se determinan los beneficios y se pagan en este orden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan del padre que tiene custodia paga primero, luego ▪ El plan del cónyuge del padre con la custodia paga, luego ▪ El plan del padre que no tiene custodia paga, luego ▪ El plan del cónyuge del padre que no tiene la custodia paga.
8.	<i>Usted cuenta con cobertura como empleado activo (es decir, no como jubilado o empleado cesante) y como jubilado o empleado cesante. O tiene cobertura como dependiente de un empleado activo y como dependiente de un jubilado o empleado cesante</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan que lo cubre como empleado activo o como dependiente de un empleado activo determina el beneficio y paga primero. ▪ Esta regla se pasa por alto si el otro plan no contiene la misma regla. <p>Nota: Esta regla no se aplica si, por la regla 2 anterior, ya se determinó el orden de pago.</p>
9.	<i>Usted está cubierto por alguna ley de derecho a extensión federal o estatal (por ejemplo, COBRA).</i>	Otro plan que no es el que lo cubre por un derecho de extensión determina el beneficio y paga primero. Esta regla se pasa por alto si el otro plan no contiene la misma regla. Nota: Esta regla no se aplica si, por la regla 2 anterior, ya se determinó el orden de pago.
10.	<i>Las reglas anteriores no establecen el orden de pago</i>	El plan que lo ha mantenido cubierto durante más tiempo determina el beneficio y paga primero.

Cuando el otro plan paga primero, los beneficios en virtud de este Plan se reducen tal como se muestra aquí:

- El monto que pagaría este Plan si fuera la única cobertura disponible, menos
- los beneficios pagados por los otros planes.

Esto evita que la suma de los beneficios supere lo que usted recibiría de este Plan solamente.

Si su(s) otro(s) plan(es) paga(n) beneficios en forma de servicios en lugar de pago en efectivo, el Plan utiliza el valor en efectivo de esos servicios en efectivo para realizar el cálculo.

Coordinación con Medicare

Usted es elegible para acceder a Medicare si:

- Es elegible para recibir beneficios de Medicare y está cubierto por ese programa;
- Es elegible para recibir beneficios de Medicare pero no está cubierto por ese programa porque:
 - Rechazó la cobertura de Medicare;

- Abandonó la cobertura de Medicare; o
- No hizo la debida solicitud para recibir la cobertura del programa Medicare.

Cuando usted es elegible para recibir beneficios de Medicare, Aetna debe determinar si este Plan o Medicare es el plan primario.

Cuándo este es el plan primario

Este Plan es el primario y Medicare es el secundario si una persona cubierta es elegible para acceder a Medicare y cae en una de las siguientes categorías, a menos que sea elegible para Medicare por una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):

- Es un empleado activo sin importar su edad;
- Es un empleado con una discapacidad total que:
 - Sigue empleado o no se ha jubilado; o
 - No recibe beneficios de jubilación ni por discapacidad del seguro social.
- Es un cónyuge dependiente con derecho a Medicare de:
 - Un empleado activo; o
 - Un empleado con discapacidad total que no se ha desvinculado ni jubilado.
- Toda otra persona para quien sean pagaderos los beneficios de este Plan para cumplir con la ley federal.

Cuando este Plan es el plan primario, Aetna no tendrá en cuenta los beneficios de Medicare a la hora de determinar los beneficios pagaderos por el Plan.

Enfermedad renal en etapa terminal

Este Plan es el primario durante los primeros 30 meses posteriores al momento en el que una persona se vuelve elegible para recibir Medicare en virtud de una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD). El Plan pagará beneficios por un gasto cubierto primero, antes de los beneficios de Medicare.

Medicare se convierte en el plan primario y este Plan en el secundario a partir del mes 31 de la vigencia de la elegibilidad para acceder a Medicare por una ESRD. Si es elegible para acceder a Medicare solo debido a una insuficiencia renal permanente, la cobertura de Medicare finalizará 12 meses después de que termine tratamientos de diálisis o 36 meses después de que reciba un trasplante de riñón.

Cuándo Medicare es el plan primario

Medicare es el plan primario y este Plan es el secundario cuando una persona cubierta es elegible para acceder a Medicare y no entra en ninguna de las categorías anteriores o está cursando el mes 31 o posterior a la vigencia de la elegibilidad para acceder a Medicare por una ESRD.

Estas reglas están basadas en reglamentaciones emitidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y pueden ser modificadas o cambiadas en cualquier momento. Es la intención del Plan cumplir con las Reglas de los Contribuyentes Secundarios de Medicare. Si por algún motivo el Plan entra en conflicto con las reglamentaciones de los CMS, el Plan pagará beneficios según dichas reglamentaciones.

Cuándo termina la elegibilidad para el Plan

Medicare es el plan primario y la inscripción en este Plan finalizará si una persona cubierta es elegible para Medicare y es:

- Un empleado jubilado;

- Un empleado con discapacidad total que no se ha desvinculado ni jubilado;
- Un dependiente con derecho a Medicare de:
 - Un empleado jubilado; o
 - Un empleado con discapacidad total que se ha desvinculado o jubilado;

Cómo afecta Medicare a sus beneficios del Plan

Cuando Medicare es su plan primario del modo descrito anteriormente, este Plan es el secundario y paga beneficios según lo siguiente:

- Si el proveedor acepta una asignación de Medicare, los beneficios se basan en el monto aprobado de Medicare por el servicio que usted ha recibido; o
- Si el proveedor no acepta una asignación de Medicare, los beneficios se basan en límite de facturación de saldo de Medicare.

Se calcula el beneficio del Plan por un servicio cubierto de la siguiente forma:

- Se calcula el gasto permitido, dependiendo de si el proveedor acepta o no asignaciones de Medicare (ver arriba); luego
- Se aplica el deducible y coseguro del Plan al gasto permitido; luego
- Se resta el monto que paga Medicare (incluso si no se ha inscrito en Medicare y por lo tanto no ha recibido reembolso de Medicare).

No lo olvide

Una vez que sea elegible para Medicare y este sea su plan primario en los términos descritos anteriormente, los beneficios del Plan se calculan como si se hubiera inscrito en la Parte B (ya sea que lo haya hecho o no). Por esto es importante inscribirse en la Parte B cuando Medicare se convierte en su plan primario.

Lo que está cubierto

En esta sección, encontrará información más detallada sobre los servicios y suministros cubiertos por el Plan. Es importante recordar que el Plan cubre solo servicios y suministros necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión no relacionada al trabajo. Si el servicio o suministro no es necesario, no estará cubierto, aunque esté indicado como un gasto cubierto en este libro.

Le aconsejamos que lea esta sección y “Lo que no está cubierto” en la página 86 en conjunto para saber más sobre lo que está cubierto y lo que no está cubierto en virtud del Plan para ciertos procedimientos, afecciones, servicios y suministros.

Atención médica preventiva

Están cubiertos los siguientes servicios de atención médica preventiva.

Exámenes físicos de rutina

El Plan cubre los cargos de un examen físico de rutina. Lo siguiente está incluido como parte del examen:

- Radiografías, servicios de laboratorio y otras prácticas que son de rutina preventiva de acuerdo con las recomendaciones de la Fuerza de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (United States Preventive Services Task Force) y codificadas como tales en tanto conectadas con el examen; e

- Inmunizaciones para enfermedades infecciosas de acuerdo con las recomendaciones de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades y los materiales necesarios para administrarlas.
- Pruebas de tuberculosis

El examen debe estar a cargo de un médico o ser supervisado por un médico.

Si se hace un examen para diagnosticar o tratar una lesión o enfermedad identificada o sospechada, **no** se considerará como examen físico de rutina. Comuníquese con el equipo de defensores de Aetna One al 800-987-9072 si tiene preguntas sobre los cargos cubiertos en un examen físico de rutina.

No lo olvide

El Plan no paga beneficios por exámenes relacionados con el trabajo o la educación ni los necesarios para participar en programas escolares de atletismo.

Servicios de detección y asesoramiento

El Plan cubre los cargos de su médico en virtud de los siguientes servicios prestados en forma individual o grupal:

- **Obesidad:** servicios de detección y asesoramiento que lo ayudan a bajar de peso si es obeso. La cobertura incluye:
 - Visitas de asesoramiento preventivo;
 - Asesoramiento nutricional; y
 - Consultas de asesoramiento sobre dieta saludable para quienes tengan altos niveles de colesterol y otros factores de riesgo conocidos para las enfermedades cardiovasculares y crónicas relacionadas con la dieta.
- **Uso de productos con tabaco:** servicios de detección y asesoramiento que lo ayudan a dejar de usar productos con tabaco. Un producto con tabaco es una sustancia que contiene tabaco o nicotina, incluyendo los cigarrillos, cigarros, tabaco, tabaco de aspirar, tabaco sin humo y productos dulces que contienen tabaco. La cobertura incluye:
 - Visitas de asesoramiento preventivo;
 - Visitas de tratamiento; y
 - Clases.
- **Uso indebido de alcohol y/o drogas:** servicios de detección y asesoramiento que ayudan a prevenir o reducir el uso de alcohol o sustancias controladas. La cobertura incluye:
 - Visitas de asesoramiento preventivo;
 - Intervención para la reducción de los factores de riesgo; y
 - Una evaluación estructurada.

La cobertura de atención médica preventiva también incluye los siguientes servicios para mujeres:

- **Servicios de detección y asesoramiento para casos de:**
 - Violencia doméstica e interpersonal;
 - Enfermedades de transmisión sexual (hasta dos incidentes por año);
 - Virus de inmunodeficiencia humana (HIV);
 - Virus de papiloma humano (HPV) de alto riesgo; y
 - Asesoramiento por riesgo genético para casos de cáncer de ovario y mama.
- Detección de la diabetes gestacional

- Detección de incontinencia urinaria

Los beneficios por los servicios de detección y asesoramiento están sujetos a un máximo de visitas que puede obtener del equipo de defensores de Aetna One llamando al número que aparece en su tarjeta de identidad.

Exámenes de obstetricia y ginecológicos de rutina

El Plan cubre los exámenes obstétricos y ginecológicos de rutina, incluyendo la prueba Papanicolaou, y los cargos de laboratorio relacionados.

Pruebas de rutina para detectar el cáncer

El plan cubre:

- Mamografías; y
- Examen rectal digital (DRE) y exámenes de antígenos específicos de la próstata (PSA) para hombres; y
- Pruebas de diagnóstico colorrectal incluyendo los análisis de sangre oculta en heces, las sigmoidoscopias, las colonoscopias y las enemas de bario de doble contraste;
- Pruebas de detección de cáncer de pulmón; y
- Pruebas de detección de cáncer de piel.

No lo olvide

El Plan cubre mamografías y pruebas de diagnóstico colorrectal al 100% sin deducibles cuando se usan proveedores de la red, sin importar el diagnóstico.

Visitas y clínicas sin cita previa

Visitas al consultorio

El Plan cubre tratamientos a cargo de un médico, enfermero/a practicante o asistente médico en su consultorio. La cobertura incluye:

- Pruebas y tratamiento de alergias;
- Inmunizaciones para enfermedades infecciosas; y
- Suministros, servicios de radiología, radiografías y estudios realizados por el médico.

No lo olvide

El Plan no cubre inmunizaciones necesarias exclusivamente por cuestiones de viaje o empleo.

Visitas en el hogar

El Plan cubre el tratamiento de un médico en su domicilio.

Clínicas sin cita previa

Una clínica sin cita previa es un establecimiento de atención médica independiente. El Plan cubre visitas a estas clínicas que no requieren cita previa para los tratamientos que no son de emergencia de una enfermedad o lesión, y para ciertas inmunizaciones con el mismo nivel de beneficio que las visitas al consultorio.

No lo olvide

Las clínicas que no requieren cita previa no son una alternativa a los servicios de la sala de emergencias y no ofrecen atención médica de forma continua.

Telemedicina

El Plan cubre todos los servicios clínicos profesionales prestados por telemedicina, incluyendo las consultas de pacientes internados y atención médica crítica, si se prestan a distancia y a través de un sistema de telecomunicaciones seguro. Los servicios de telemedicina exigen, como mínimo:

- Equipos de audio y vídeo que permitan la comunicación bidireccional, interactiva y en tiempo real entre el paciente y un médico o profesional de la salud ubicados en un lugar distante por motivos de diagnóstico, consulta o tratamiento como parte de la prestación de servicios de atención médica.
- El lugar de origen autorizado puede ser el consultorio del médico o el profesional de la salud, un hospital, un centro de diálisis, una clínica de medicina rural o una institución con enfermería especializada; un practicante en un lugar distante puede ser un médico, un/a enfermero/a practicante, un asistente médico o un trabajador social con conocimientos clínicos.
- Se aplica el mismo monto de deducible y de distribución de costos utilizado para procesar el servicio sin el modificador de telemedicina.

Teladoc

El Plan cubre el acceso a médicos con certificación en especialidades por teléfono, vídeo o la aplicación móvil usando Teladoc Health y la red Teladoc de proveedores.

- Medicina general: Acceso 24/7 cuando se requiera a médicos con certificación en especialidades de los Estados Unidos que atienden casos que no revisten emergencia, como resfrío, gripe, bronquitis, sinusitis, dolor de garganta, infecciones, salpullidos, conjuntivitis, enfermedades respiratorias de las vías altas, esguinces y torceduras. Los médicos de Teladoc pueden diagnosticar enfermedades y recetar medicamentos, si fuera necesario.
- Servicio de salud conductual: Apoyo continuo, confidencial y protegido para pacientes con ansiedad, estrés y depresión. Se ofrecen psiquiatras certificados, psicólogos y terapeutas matriculados los siete días de la semana de 7 a.m. a 9 p.m.
- Dermatología: Usted puede subir imágenes y brindar detalles sobre su problema de la piel y recibirá respuesta en dos días hábiles de un dermatólogo matriculado. Se incluye un seguimiento a los siete días.
- Cuidado: Usted puede extender los servicios de medicina general de Teladoc a alguien a quien usted cuida con una consulta telefónica o de vídeo entre las dos o tres partes con un médico matriculado.

Visite <https://member.teladoc.com/aetna> para configurar una cuenta en Teladoc y solicitar una consulta.

Planificación familiar y maternidad

Servicios anticonceptivos

El Plan cubre los siguientes suministros y métodos anticonceptivos cuando los prescribe su médico y es él quien los factura:

- Asesoramiento anticonceptivo
- Métodos anticonceptivos recetados por un médico

- Visitas a consultorio para la colocación de anticonceptivos inyectables
- Servicios ambulatorios relacionados, como consultas, estudios y procedimientos

Otros métodos anticonceptivos podrán estar cubiertos en el programa de medicamentos de venta con receta de Aetna. Consulte la sección sobre el programa de medicamentos de venta con receta si desea más información.

Esterilización voluntaria

El Plan cubre los cargos del médico u hospital por la realización de una vasectomía o ligadura de trompas. El Plan no cubre la reversión de un procedimiento de esterilización.

Servicios básicos de fertilidad

Los gastos cubiertos incluyen los cargos de un médico para diagnosticar y tratar con cirugía la causa médica subyacente de la esterilidad.

Gastos de servicios integrales por esterilidad y tecnología reproductiva avanzada (ART)

Para poder acceder a los beneficios integrales por esterilidad y a la ART, debe estar cubierto por el Plan como empleado o como dependiente cubierto cónyuge legal del empleado.

Incluso si no incurra en ellos para el tratamiento de una enfermedad o lesión, los gastos cubiertos incluyen aquellos que debe realizar una mujer cubierta elegible para beneficios por esterilidad si se cumple todo lo siguiente:

- Una afección que es causa demostrada de esterilidad identificada por un ginecólogo o especialista en fertilidad y por el médico que le diagnosticó la esterilidad, y que se ha documentado en su historia clínica.
- Los procedimientos se realizan sin internación hospitalaria ni en otro establecimiento como paciente internado.
- Sus niveles de FSH son menores a 19 mIU en el día 3 del ciclo menstrual.
- La esterilidad no fue causada por un procedimiento de esterilización voluntaria de ninguno de los miembros de la pareja (con o sin reversión quirúrgica) ni por medio de una histerectomía.
- No se logra un embarazo exitoso por medio de un tratamiento menos costoso y cubierto por el Plan.

Beneficios por servicios integrales de fertilidad

Si cumple con los requisitos de elegibilidad anteriores, estarán cubiertos los siguientes gastos de servicios integrales de fertilidad cuando los preste un especialista en fertilidad con la autorización previa de Aetna; sujeto a todas las exclusiones y limitaciones del Plan:

- La inducción de la ovulación con menotropinas está sujeta al beneficio máximo según se explica en “Sus opciones de cobertura médica de UVA” de la página 30 y tiene un máximo de 6 ciclos de por vida, donde «de por vida» se define de manera de incluir los servicios recibidos y prestados por el Plan de Salud de UVA; y
- La inseminación intrauterina está sujeta al beneficio máximo según se explica en “Sus opciones de cobertura médica de UVA” de la página 30 y tiene un máximo de 6 ciclos de por vida, donde «de por vida» se define de manera de incluir los servicios recibidos y prestados por el Plan de Salud de UVA.

Beneficios por los servicios de tecnología reproductiva avanzada (ART)

Los servicios de ART incluyen:

- Fertilización in vitro (IVF);

- Transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT);
- Transferencia intratubárica de gametos (GIFT);
- Transferencia de embriones criopreservados;
- Inyección intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI); o microcirugía de óvulo.

Elegibilidad para los beneficios de ART

Para poder acceder a los beneficios por los servicios de ART en virtud del Plan de Salud, debe cumplir con los requisitos anteriores y:

- Primero, agotar los beneficios por servicios integrales de fertilidad; Los servicios de ART están cubiertos solo si los servicios integrales de fertilidad no terminan en un embarazo en el que se detecten latidos fetales;
- Debe ser derivado por su médico a la unidad de administración de casos de esterilidad de Aetna;
- Debe obtener la autorización previa de la unidad de administración de casos de esterilidad de Aetna para recibir servicios de ART de parte de un especialista en ART.

Beneficios de ART cubiertos

Los siguientes cargos están cubiertos para mujeres cubiertas elegibles cuando se cumplen todas las condiciones anteriores; sujeto a todas las exclusiones y limitaciones del Plan:

- Hasta 3 ciclos y sujetos al beneficio máximo indicado en la sección «Programa de Beneficios» de cualquier combinación de los siguientes servicios de ART de por vida (donde «de por vida» se define de manera de incluir los servicios recibidos y prestados por el Plan de Salud de UVA) que solo incluyen: IVF; GIFT; ZIFT; o transferencia de embriones criopreservados;
- IVF; inyección intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI); microcirugía de óvulo; GIFT; ZIFT; o transferencia de embriones criopreservados sujetos al beneficio máximo indicado en la sección «Programa de Beneficios» mientras estén cubiertos por el Plan de Salud de UVA;
- El pago de los cargos asociados con la atención de una persona cubierta elegible en virtud del plan que esté participando en un programa de IVF donante, incluyendo la fertilización y el cultivo; y
- Los cargos asociados a la obtención de los espermatozoides del cónyuge para las prácticas con ART cuando el cónyuge también está cubierto por el Plan de Salud de UVA.

Se requiere autorización previa

El tratamiento de la esterilidad debe ser autorizado previamente por Aetna. El tratamiento recibido sin autorización previa no será cubierto. Usted deberá pagar la totalidad de los servicios.

Consulte la sección «Listado de beneficios» si desea más detalles sobre los máximos que se aplican a los servicios de fertilidad. Los máximos de por vida correspondientes a los servicios de fertilidad se aplican de manera diferente a otros máximos de por vida del Plan.

Atención por maternidad

El Plan cubre la atención antes, durante y después del parto. Según lo establecido en la Ley de Protección de la Salud del Neonato y de la Madre, el Plan cubre la internación de la madre y del neonato por un mínimo de:

- 48 horas después de un parto vaginal; y

- 96 horas después de una cesárea.

Si usted y el médico que la atiende acuerdan el alta temprana, el Plan abonará una visita domiciliaria posterior al parto a cargo de un proveedor de atención médica.

No se requiere certificación previa por las primeras 48 horas de internación hospitalaria después de un parto vaginal o 96 horas después de una cesárea. Todos los días de internación que excedan estos límites deberán ser certificados previamente. Usted, su médico u otro proveedor de atención médica pueden solicitar la certificación previa llamando al número que aparece en su tarjeta de identificación.

Sobre los nacimientos en el hogar

El Plan no cubre nacimientos en el hogar. Se trata del nacimiento de niños en otro lugar que no sea un hospital o centro de maternidad, o bien en un lugar que no esté habilitado para atender partos.

Centros de maternidad

El Plan cubre la atención por maternidad antes, durante y después del parto provista en un centro de maternidad. Debe brindarse atención postparto dentro de las 48 horas siguientes a un parto vaginal o 96 horas desde una cesárea.

Apoyo, asesoramiento y suministros para la lactancia

El plan cubre:

- Servicios de asesoramiento, enseñanza y asistencia para la lactancia por parte de un proveedor certificado en lactancia en forma individual o grupal.
- Compra de una bomba para extraer leche eléctrica estándar (no de nivel hospitalario) si no ha comprado una bomba manual o eléctrica estándar en los últimos tres años. La bomba para extraer leche debe adquirirse dentro de los 60 días posteriores al nacimiento.
- Compra de una bomba para extraer leche manual si no ha comprado una bomba manual o eléctrica para extraer leche en los últimos tres años. La bomba para extraer leche debe adquirirse dentro de los 12 meses posteriores al nacimiento.
- Compra de los accesorios necesarios para que funcione la bomba para extraer leche.

Si utiliza una bomba para extraer leche de un embarazo anterior, el Plan cubre la compra de un conjunto nuevo de suministros dentro de los primeros 12 meses del nacimiento.

Atención hospitalaria

El Plan cubre los cargos de un hospital por pensión completa cuando esté internado. Los cargos de pensión completa están cubiertos hasta lo estipulado por el hospital para una habitación semiprivada.

El Plan también cubre otros servicios y suministros provistos durante su permanencia como paciente internado, por ejemplo:

- Servicios de ambulancia cuando el servicio pertenece al hospital;
- Servicios de médicos y cirujanos cuando son empleados del hospital;
- Salas de operación y recuperación;
- Instalaciones de cuidados especiales o intensivos;
- Administración de sangre y sus componentes, pero no el costo de la sangre o sus componentes;
- Radioterapia;

- Terapia física, ocupacional y del habla;
- Oxígeno y terapia de oxígeno;
- Radiografías, estudios de laboratorio y servicios diagnósticos;
- Medicamentos
- Preparaciones intravenosas (IV); y
- Planificación del alta.

Sobre los cargos de hospital

El Plan no cubre los cargos de habitación individual que excedan lo estipulado por el hospital para habitaciones semiprivadas a menos que necesite una habitación individual por razones médicas debido a una enfermedad contagiosa o problema del sistema inmune.

Si un hospital no detalla los cargos de pensión completa, así como otros cargos, Aetna asumirá que el 40% del total es por la pensión completa y el 60% restante por otros cargos.

Algunos médicos y otros proveedores podrán facturar separadamente por los servicios prestados durante su permanencia en el hospital. Si usted recibe los servicios de un radiólogo, anestesiólogo o patólogo que no pertenezcan a la red de Aetna (un proveedor externo a la red) mientras está internado en un establecimiento de la red, el Plan cubrirá los servicios a nivel de los beneficios por los servicios prestados dentro de la red.

Pruebas previas a la internación hospitalaria

El Plan cubre estudios ambulatorios realizados por un hospital, centro quirúrgico, médico o laboratorio de diagnóstico habilitado antes de un procedimiento quirúrgico cubierto. Los estudios deben:

- Estar relacionados con la cirugía que tendrá lugar en un hospital o centro quirúrgico;
- Deben completarse en un plazo de 14 días de la cirugía;
- Se deben realizar en forma ambulatoria;
- Deben estar cubiertos si usted está internado en un hospital; e
- Incluidos en su historia clínica del hospital o centro quirúrgico donde se realiza la cirugía.

Los estudios están cubiertos solo si no se repiten en el hospital o centro quirúrgico donde se realiza la cirugía (ni a su orden).

Sobre la cobertura de la cirugía

Si los estudios indican que la cirugía no debería realizarse debido a su estado físico, el Plan cubre los estudios, pero no la cirugía propuesta.

Cirugía

El Plan cubre los cargos de un médico por:

- La realización de un procedimiento quirúrgico;
- Visitas previas y posteriores a la cirugía; e
- Interconsultas con otro médico previas a la cirugía.

Sobre la cobertura de la cirugía

Es posible que necesite varios procedimientos quirúrgicos al mismo tiempo o durante una misma operación. El Plan normalmente abona un porcentaje menor de los honorarios cobrados por los procedimientos secundarios.

El Plan no cubre cirugías que no sean médicamente necesarias, incluso si son realizadas con otro procedimiento que sí lo es.

Las visitas del cirujano previas y posteriores a una cirugía se consideran parte de los honorarios de la cirugía. El Plan no cubre honorarios separados para la atención previa y posterior a la operación.

Una cirugía realizada por un médico que no pertenece a la red de Aetna será cubierta como atención fuera de la red y estará sujeta a los cargos límite reconocidos incluso si la cirugía se realiza en un hospital de la red, a menos que la cirugía sea de emergencia.

Anestesia

El Plan cubre la administración de anestésicos y oxígeno en el contexto de un procedimiento cubierto por parte de un médico (que no sea el médico cirujano) o un enfermero anestesista certificado registrado (CRNA).

Cirugía bariátrica

El Plan cubre los cargos de atención como paciente ambulatorio o internado presentados por el hospital o un médico para tratamientos quirúrgicos médicamente necesarios de obesidad mórbida. La cirugía bariátrica debe ser aprobada previamente por Aetna.

La cobertura incluye un procedimiento quirúrgico por obesidad mórbida, incluidos servicios ambulatorios relacionados, en un periodo de dos años que comienza con la fecha del primer procedimiento quirúrgico para tratar la obesidad mórbida, a menos que se planifique un procedimiento de varias etapas.

Los procedimientos bariátricos deben llevarse a cabo en un instituto bariátrico de calidad (IOQ). No existe cobertura fuera de la red. Si hay un establecimiento IOQ disponible en un radio de 100 millas de su residencia, se reembolsan los gastos de viaje y alojamiento suyos y de un acompañante si los servicios del IOQ y los gastos de viaje y alojamiento están aprobados previamente. Comuníquese telefónicamente con el equipo de defensores de

No lo olvide

El Plan no cubre cirugías bariátricas cuando se realizan por razones estéticas.

Aetna One. Allí le responderán sus preguntas y lo ayudarán a encontrar un proveedor de la red.

Consulte los Boletines de Política Clínica (CPB) de Aetna para más detalles sobre la cobertura de cirugías relacionadas con la pérdida de peso. Encontrará los CPB en www.aetna.com.

Cirugía oral

El Plan cubre el tratamiento de las lesiones accidentales a los dientes naturales y cirugías orales que se consideren en esencia médicas, incluidos los tratamientos para:

- Las enfermedades de los huesos del rostro;
- Trauma en las estructuras de los tejidos blandos y duros del rostro y la cavidad oral; y
- La corrección de deformidades faciales presentes al nacimiento o posteriores podrá estar cubiertas con revisión y aprobación previas por necesidad médica. No están cubiertos los servicios por motivos exclusivamente estéticos.

Las cirugías que son en esencia dentales se realizan sobre los dientes y no están cubiertas por el Plan de salud de UVA. Solo las cirugías orales que son de naturaleza médica están cubiertas por el Plan de salud de UVA. La cirugía de los dientes está cubierta por el Plan dental de UVA.

El plan cubre:

- Suministros y servicios hospitalarios recibidos durante una internación en hospital que sea necesaria para su afección.
- Servicios de un médico u odontólogo por el tratamiento de las siguientes enfermedades de los dientes, la boca, las mandíbulas, las articulaciones de las mandíbulas o los tejidos conectivos si fuera médicamente necesario:
 - Cirugías necesarias para tratar una fractura, luxación o herida;
 - Cirugías necesarias para alterar la mandíbula, las articulaciones de la mandíbula o las relaciones de mordida por medio de un procedimiento cortante cuando la función no mejora con las terapias con aparatos;
 - Cirugías necesarias para extirpar quistes, tumores u otro tejido enfermo;
 - Cirugías para penetrar en las encías y los tejidos de la boca, en tanto no se realice en conexión con la extracción, el reemplazo o la reparación de los dientes; y
 - Tratamiento no quirúrgico de infecciones o enfermedades no relacionadas con los dientes.
- Tratamiento de lesiones accidentales en los dientes naturales sanos o tejidos de la boca. El tratamiento debe suceder dentro de los 24 meses del accidente. Los dientes deben haber estado libres de deterioro o en buen estado de reparación, y bien sujetos al hueso de la mandíbula en el momento de la lesión.
- La cobertura de dentadura postiza, puentes, coronas y aparatos se limita a:
 - La primera dentadura o el primer puente fijo para reemplazar los dientes perdidos;
 - La primera corona (funda) necesaria para reparar cada diente dañado; y
 - Un aparato bucal utilizado como primera medida de un tratamiento de ortodoncia después de una lesión.

Cirugías ambulatorias

El Plan cubre las cirugías ambulatorias en:

- El espacio de cirugía del consultorio de un médico u odontólogo;
- Un centro quirúrgico; o
- El área de atención ambulatoria de un

hospital. Las cirugías están cubiertas solo si:

- Se pueden realizar de forma adecuada y segura en un centro quirúrgico u hospital; y
- No son normalmente realizadas en el consultorio de un médico u odontólogo. El Plan cubre los siguientes gastos de cirugías

ambulatorias:

- Suministros y servicios prestados por el hospital, centro quirúrgico o lugar de cirugía de un consultorio el día del procedimiento;

- Servicios del médico actuante por la realización del procedimiento, la atención previa y posterior a la cirugía y la administración de la anestesia; y
- Servicios de otro médico por la atención posterior relacionada con la cirugía y la administración de anestesia (diferente de la anestesia local).

El Plan **no** cubre los servicios de un médico que presta asistencia técnica al médico que lleva a cabo la cirugía.

Cirugía reconstructiva

El Plan cubre cirugías reconstructivas y estéticas si se necesitan para:

- Reparar un lesión accidental que sucede mientras está cubierto por el Plan.
- Corregir un defecto anatómico severo presente al nacimiento (o que aparezca después del nacimiento) si:
 - El defecto ha causado desfiguración facial severa o deterioros funcionales; y
 - El fin de la cirugía es mejorar las funciones.
- Mejorar la función cuando el tratamiento de una enfermedad causa desfiguración facial severa o deterioros faciales significativos de una parte del cuerpo.
- Implantar o agregar una prótesis cubierta.
- Como parte de un procedimiento de reconstrucción después de una mastectomía.

Cirugía de reasignación transgénero (cambio de sexo)

Los gastos cubiertos incluyen cargos relacionados con una cirugía de reasignación de género (a veces llamada de cambio de sexo) médicamente necesaria siempre y cuando usted o un dependiente cubierto hayan obtenido la autorización previa de Aetna.

Los gastos cubiertos incluyen:

- Cargos de un médico por:
 - Realizar el procedimiento quirúrgico; y
 - Visitas previas y posteriores a la cirugía en el hospital y el consultorio.
- Cargos de un hospital por la atención del paciente internado y ambulatorio (incluidos los de cirugías ambulatorias); Los cargos de pensión completa que excedan lo estipulado por el hospital para una habitación semiprivada no estarán cubiertos a menos que el médico indique una habitación individual y se haya autorizado previamente.
- Cargos de la institución con enfermería especializada por suministros y servicios de internación; Los cargos diarios de pensión completa que excedan el costo de una habitación semiprivada no estarán cubiertos.
- Cargos por administración de anestésicos.
- Cargos por radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico ambulatorios.
- Cargos por transfusiones de sangre y el costo de la sangre y sus componentes que no se repongan. también están incluidos los cargos de extraer, procesar y almacenar las autodonaciones de sangre después de que se haya programado una cirugía.

Se requiere la certificación previa para a cobertura

No se realizarán pagos por gastos cubiertos en este beneficio a menos que Aetna los haya certificado previamente.

Trasplantes

Si usted necesita un trasplante

Comuníquese telefónicamente con el equipo de defensores de Aetna One cuando usted y su médico comiencen a conversar sobre los servicios de trasplante. Los defensores de Aetna One pueden responder preguntas sobre beneficios, ayudarlo a encontrar un proveedor en la red, contarle sobre los servicios que ofrece el Programa Nacional de Excelencia Médica y derivarlo a la Unidad de Servicio al Cliente para Casos Especiales para iniciar el proceso de autorización del trasplante.

En general, el proceso de trasplante consta de cuatro fases:

- Evaluación y selección previas al trasplante: Esta fase incluye la evaluación y aceptación en un programa de trasplante de una institución especializada en ello.
- Evaluación de los candidatos antes del trasplante: Esta fase incluye pruebas de compatibilidad de posibles donantes de órganos que son familiares directos.
- Trasplante: Esta fase incluye la obtención del órgano, los procedimientos quirúrgicos y las terapias médicas relacionadas con el trasplante.
- Atención médica de seguimiento. En esta fase, podrá necesitar servicios de atención médica domiciliaria, servicios intravenosos domiciliarios y otros tipos de atención ambulatoria.

Un periodo de cobertura de trasplante comienza en el momento de su evaluación para un trasplante y culmina en el momento que ocurra último de lo siguiente:

- 180 días después de la fecha del trasplante; o
- La fecha en la que recibe el alta de un hospital o institución de atención ambulatoria por la internación o visita(s) relacionada(s) con el trasplante.

El plan cubre:

- Evaluación.
- Pruebas de compatibilidad de posibles donantes de órganos que son familiares directos.
- Cargos por activar el proceso de búsqueda de donantes en los registros nacionales.
- Costos directos de obtener el órgano. Los costos directos incluyen cirugías para la extracción del órgano, su conservación y transporte, y la hospitalización de un donante vivo, en tanto los gastos no estén cubiertos por el plan de salud grupal o individual del donante.
- Servicios del médico o equipo de trasplante por los gastos del trasplante.
- Suministros y servicios de internación y ambulatorios del hospital, incluidos:
 - Terapia física, ocupacional y del habla;
 - Biomédicos e inmunosupresores;
 - Servicios de atención médica en el hogar; y
 - Servicios intravenosos en el hogar.
- Atención médica de seguimiento.

Aetna ofrece una amplia variedad de servicios de apoyo a quienes necesitan un trasplante u otro tipo de atención médica compleja. Si necesita un trasplante, usted o su médico deben comunicarse con el Programa Nacional de Excelencia Médica de Aetna al 877-212-8811. Un enfermero administrador de casos le brindará apoyo y los ayudará a usted y a su médico a que tomen decisiones fundamentadas sobre su atención médica.

Consulte la sección “Trasplantes y atención médica especial” en la página 55 si desea más información sobre el Programa Nacional de Excelencia Médica.

Red de Institutos de Excelencia

A través de la red de Institutos de Excelencia (IOE), usted tiene acceso a una red de proveedores que se especializan en trasplantes. Cada establecimiento de la red IOE ha sido seleccionado para realizar solo ciertos tipos de trasplantes según la calidad de la atención y los resultados clínicos exitosos. Por medio del Programa de IOE, usted puede recibir atención para los siguientes trasplantes:

- Órgano sólido
- Células madre hematopoyéticas
- Médula ósea
- terapia CAR-T y TCR para tratamientos aprobados por la FDA

Las diferentes opciones del Plan cubren el trasplante como atención dentro de la red solo cuando se realiza en un establecimiento IOE. Los trasplantes realizados en un establecimiento que no pertenece a la red IOE **no** están cubiertos.

Alternativas para la atención con internación hospitalaria

Centros con servicios de enfermería especializada

El Plan cubre los cargos de las instituciones con enfermería especializada durante la permanencia de un paciente internado, hasta el máximo indicado en el Programa de Beneficios, (ver “Sus opciones de cobertura médica de UVA” de la página 30), incluido lo siguiente:

- Cargos de pensión completa, hasta lo estipulado para una habitación semiprivada; El Plan cubre hasta el valor de una habitación individual si corresponde por tratarse de una enfermedad infecciosa o si el sistema inmune está comprometido o débil.
- Servicios generales de enfermería
- Uso de habitaciones de tratamiento especial
- Terapia física, ocupacional y del habla
- Servicios de radiología y estudios de laboratorio
- Terapias con oxígeno y otros gases

Atención médica en el hogar

El Plan cubre los servicios de atención médica domiciliaria cuando están indicados por un médico y usted los recibe en virtud de un plan de atención médica domiciliaria mientras no pueda salir de su hogar. La cobertura incluye:

- Atención de enfermería de tiempo parcial que requiere la educación médica de, o está a cargo de, un enfermero registrado o de un enfermero practicante certificado si no hay enfermero registrado disponible. Los servicios deben proporcionarse en visitas intermitentes de cuatro horas o menos.
- Servicios de asistencia en atención domiciliaria de tiempo parcial cuando se prestan junto a, y en directo apoyo de, un enfermero registrado o un enfermero practicante certificado. Los servicios deben proporcionarse en visitas intermitentes de cuatro horas o menos.

- Servicios sociales médicos de un trabajador social calificado cuando se prestan junto a, y en directo apoyo de, un enfermero registrado o un enfermero practicante certificado.
- Suministros médicos, medicamentos de venta con receta y servicios de laboratorio provistos (o para) una agencia de atención médica domiciliaria; La cobertura se limita a lo que habría estado cubierto si usted

No lo olvide

Las terapias física, ocupacional y del habla ofrecidas como parte de un plan de atención médica domiciliaria están sujetas a los máximos indicados en el listado de beneficios.

hubiera permanecido en un hospital.

Cuidados paliativos

El Plan cubre cuidados paliativos para una persona que sufre una enfermedad terminal. El Plan cubre:

- Cargos de instituciones de cuidados paliativos, hospitalarias o con enfermería especializada en concepto de:
 - Pensión completa y otros servicios y suministros para el control del dolor y el manejo de otros síntomas agudos y crónicos. El Plan cubre los cargos por pensión completa hasta el valor estipulado por el establecimiento para una habitación semiprivada.
 - Servicios y suministros provistos en forma ambulatoria.
- Cargos de una agencia de cuidados paliativos en concepto de:
 - Atención de enfermería intermitente o de tiempo parcial a cargo de un enfermero registrado o un enfermero practicante certificado hasta ocho horas al día.
 - Servicios de asistencia de atención médica domiciliaria intermitente o de tiempo parcial hasta ocho horas al día. Estos servicios implican principalmente los cuidados del paciente.
 - Servicios sociales médicos bajo la supervisión de un médico.
 - Asesoramiento psicológico y nutricional.
 - Servicios de consulta o administración de casos a cargo de un médico.
 - Terapia física y ocupacional.
 - Suministros médicos.
- Cargos de proveedores que no son empleados de la agencia de cuidados paliativos en tanto la agencia sea responsable de su atención:
 - Un médico por consulta o administración del caso.
 - Un médico o terapeuta ocupacional.
 - Una agencia de atención médica hospitalaria para:
 - Terapia física y ocupacional.
 - Servicios de asistencia de atención médica domiciliaria intermitente o de tiempo parcial hasta ocho horas en un día dado.
 - Suministros médicos.
 - Asesoramiento dietario o psicológico.

El Programa de Cuidados Compasivos de Aetna ofrece apoyo y servicios a quienes deben enfrentar los estadios avanzados de una enfermedad. Consulte la sección “Recursos para enfermedades avanzadas”

Atención de emergencia y urgente

Atención de emergencia

El Plan cubre la atención de emergencia recibida en una sala de emergencia de un hospital o en un establecimiento de atención de emergencia independiente. La atención debe realizarse a causa de una emergencia.

El beneficio por atención de emergencia cubre:

- Uso de las instalaciones de emergencia;
- Servicios de los médicos de la sala de emergencia;
- Servicios del personal de enfermería del hospital; y
- Servicios de radiología y patología.

Atención en la sala de emergencia solo para casos de emergencia

El Plan no cubre atención que no sea de emergencia recibida en la sala de emergencia de un hospital.

Atención urgente

El Plan cubre los servicios de un hospital o de un proveedor de atención urgente que evalúa y trata una urgencia. Los proveedores de atención urgente son establecimientos con personal médico que ofrecen servicios médicos sin cita previa y que facturan como establecimientos de atención urgente.

Los beneficios de atención de emergencia cubren:

- Uso de instalaciones de atención urgente;
- Servicios de médicos;
- Servicios del personal de enfermería; y
- Servicios de radiólogos y patólogos.

Solo atención urgente

El Plan no cubre atención que no sea urgente administrada por proveedores de atención médica urgente.

Ambulancias

El Plan cubre los cargos de una ambulancia profesional. Las condiciones de la cobertura varían según el tipo de vehículo utilizado.

Ambulancias por tierra

El plan cubre:

- Transporte en caso de emergencia médica al primer hospital en el que se dé tratamiento;
- Transporte en caso de emergencia médica de un hospital a otro si el primero no cuenta con los servicios o instalaciones necesarios para tratar el problema;
- Transporte de un hospital al hogar o a otro establecimiento si se necesita una ambulancia por razones médicas para el transporte seguro y adecuado del paciente; y
- Transporte durante una internación en un hospital o una institución con enfermería especializada en la que recibir el tratamiento ambulatorio o de internación necesario por razones médicas cuando se requiere una ambulancia para el transporte seguro y adecuado del paciente.

Ambulancia por aire o agua

El Plan cubre el transporte a un hospital por aire o agua cuando:

- No hay ambulancia por tierra disponible; y
- Su estado es inestable y requiere supervisión médica y transporte rápido. En una emergencia médica, el transporte por aire o agua de un hospital a otro está cubierto si:
 - El primer hospital no cuenta con los servicios o instalaciones requeridos para tratar su problema; y
 - No hay ambulancia por tierra disponible; y
 - Su estado es inestable y requiere supervisión médica y transporte rápido.

Otros gastos cubiertos

Esta sección describe otros gastos cubiertos en la atención de pacientes internados y ambulatorios. El nivel de beneficios estándar del Plan se aplica a todos estos gastos, a menos que se indique lo contrario.

Acupuntura

El Plan cubre cargos por servicios de acupuntura provistos por un proveedor matriculado si los servicios de acupuntura sirven:

- como forma de anestesia relacionada con un procedimiento quirúrgico cubierto;
- para aliviar el dolor crónico;
- para tratar:
 - vómitos y náuseas postoperatorios o por quimioterapia;
 - náuseas causadas por el embarazo;
 - dolor dental postoperatorio;
 - trastornos de la articulación temporomandibular (TMD);
 - dolor de cabeza causado por una migraña; o
 - dolor causado por osteoartritis en la rodilla o cadera (terapia complementaria).

Trastornos del espectro autista

Los gastos cubiertos incluyen los cargos de un médico o proveedor de salud conductual por los suministros y servicios de diagnóstico y tratamiento (incluidos los servicios de salud conductual de rutina como visitas al consultorio o terapia y análisis conductual aplicado) de trastornos del espectro autista cuando están indicados por un médico, psicólogo matriculado o trabajador social con licencia clínica como parte de un plan de tratamiento; y el niño cubierto es diagnosticado con un trastorno del espectro autista.

El análisis conductual aplicado es un servicio educativo que implica el proceso de realizar intervenciones:

- Que cambian sistemáticamente la conducta; y
- Que causan mejoras observables del comportamiento.

Un trastorno del espectro autista se define en la más reciente edición del Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Quimioterapia

La cobertura de la quimioterapia depende de dónde recibe el tratamiento:

- En la mayoría de los casos, la quimioterapia está cubierta como atención ambulatoria. La medicación consta a veces de medicamentos de especialidad, que se deben solicitar a través del Programa de Medicamentos de Venta con Receta y adquirir en la farmacia de medicamentos de especialidad de UVA. Comuníquese con su equipo de defensores de Aetna One al 800-987-9072 para obtener una lista de medicamentos especializados;
- El Plan cubre la dosis inicial de quimioterapia administrada en hospital cuando:
 - Usted ha sido internado por diagnóstico de cáncer; y
 - Necesita permanecer en el hospital debido a su estado de salud.

Equipo, suministros y educación para diabéticos

El Plan cubre los siguientes servicios y suministros utilizados para el tratamiento de la diabetes con y sin dependencia de insulina y niveles elevados de glucosa en sangre durante el embarazo:

- Bombas de insulina externas;
- Cuidado de los pies para minimizar el riesgo de infecciones; y
- Educación para la autogestión provista por un proveedor de atención médica matriculado que esté certificado para capacitar pacientes en la autogestión de su diabetes.

Radiografías y análisis de laboratorio diagnósticos

El Plan cubre las radiografías, los servicios de laboratorio y los estudios patológicos para el diagnóstico de una enfermedad o lesión.

Use proveedores de la red para minimizar sus costos

Es importante utilizar proveedores de la red para que su participación en el costo se mantenga lo más baja posible. Antes de ir a un establecimiento de atención ambulatoria para realizarse estudios de diagnóstico, asegúrese de que este pertenezca a la red. También recuérdelo a su proveedor que utilice los laboratorios de la red para los servicios que le preste. Los análisis y estudios de laboratorio realizados por un proveedor o establecimiento que no pertenece a la red estarán cubiertos como atención fuera de red ***incluso si los estudios fueron solicitados por un médico que sí pertenece a la red.***

Es posible que su proveedor tenga la responsabilidad de certificar previamente los procedimientos radiológicos de alta tecnología. Consulte la sección “Certificación previa” en la página 52 si desea más información.

Equipos médicos y quirúrgicos y duraderos

El Plan cubre el alquiler de equipos médicos y quirúrgicos duraderos. Algunos ejemplos son sillas de ruedas, muletas, camas ortopédicas, equipos de oxígeno para uso domiciliario. El Plan cubre solo un elemento para el mismo uso (o similar), más los accesorios necesarios para hacerlo funcionar.

En lugar de cubrir el alquiler, el Plan podrá cubrir la compra del equipo si:

- No puede alquilarse o costaría menos comprarlo que alquilarlo; y
- Se espera un uso prolongado.

El Plan también cubre la reparación de este equipo de ser necesario. El mantenimiento y las reparaciones que se necesiten a causa del uso indebido o el abuso del equipo no están cubiertos.

Se cubre su reemplazo si usted le demuestra a Aetna que necesita reemplazarlo porque ha cambiado la condición física de la persona o porque es probable que cueste menos comprar un reemplazo que reparar el equipo existente o alquilar uno similar.

Servicios de intervención temprana

El Plan cubre los cargos de las inmunizaciones ambulatorias de rutina y necesarias de niños desde su nacimiento y hasta los 36 meses de edad. El Plan también cubre cargos de las pruebas de audición infantiles y de los estudios audiológicos necesarios en los neonatos que se presten de acuerdo con lo indicado por el Sistema de Identificación y Monitoreo de Detección Auditivo de Virginia e incluyen el uso de la tecnología aprobada. Para los bebés cuyas pruebas de audición indiquen que necesitan un estudio audiológico de diagnóstico, la cobertura incluye un examen audiológico de seguimiento recomendado por un médico o un audiólogo. Un audiólogo matriculado debe realizar el examen.

El Plan tiene disposiciones especiales para los niños con problemas de crecimiento desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad que califican en los términos de los servicios del Departamento de Salud Mental, Retardo Mental y Abuso de Sustancias como elegibles para acceder a los servicios indicados en la Parte H de la ley de Educación de Individuos con Discapacidades (artículo 1471 y otros del título 20 del Código de los EE. UU.). Están cubiertos los servicios médicamente necesarios que ayudan al niño afectado a lograr o mantener la habilidad para funcionar según su edad, por ejemplo, terapia del habla y el lenguaje, terapia ocupacional, terapia física, servicios de asistencia tecnológica y otros dispositivos.

Los beneficios y los límites de los servicios de intervención temprana están determinados por el estado de Virginia según lo establece en el Código de Virginia.

La cobertura de los servicios de intervención temprana están sujetos a los máximos de por vida indicados en el listado de beneficios (vea “Sus opciones de cobertura médica de UVA” en la página 30).

Servicios experimentales o de investigación

En general, el Plan no cubre medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos que sean experimentales o estén en investigación. Sin embargo, existen situaciones en las que el Plan cubrirá un medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento que de otra manera se consideraría experimental o de investigación.

El Plan cubrirá los cuidados considerados experimentales o de investigación si cumplen con las siguientes condiciones:

- Usted ha sido diagnosticado con cáncer o una enfermedad que probablemente le cause la muerte en un año;
- Las terapias tradicionales no han sido eficaces o son inapropiadas;
- Aetna determina, con al menos dos documentos de prueba médica y científica, que usted probablemente se beneficiaría con el tratamiento;
- Usted está inscrito en un ensayo clínico que cumple con estos criterios:
 - Al medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento que ha de investigarse se le ha otorgado la categoría de nuevo medicamento en investigación (IND) o IND de tratamiento de grupo;
 - El ensayo clínico ha pasado el escrutinio de científicos independientes y ha sido aprobado por una junta de revisión institucional que supervisará la investigación;
 - El ensayo clínico está patrocinado por el Instituto Nacional de Cáncer (NCI) u otra organización nacional similar (como la FDA o el Departamento de Defensa de los Estados Unidos) y es conforme a los estándares del NCI;

- El ensayo clínico no es un estudio de un único investigador o institución a menos que se realice en un centro de cáncer designado por el NCI; y
- Usted recibe tratamiento de acuerdo a un protocolo.

Terapias basadas en los genes, celulares y otras terapias innovadoras (GCIT)

Las GCIT son servicios basados en terapias genéticas, celulares e innovadoras. Están basadas en la medicina genética y molecular. Los servicios cubiertos incluyen GCIT proporcionadas por un médico, hospital u otro proveedor. El Plan cubre los siguientes gastos de GCIT:

- Inmunoterapias celulares;
- Terapia con virus oncolíticos modificados genéticamente;
- Otros tipos de células y tejidos de o para el uso de la misma persona (autógeno) y células y tejidos de una persona para el uso en otra (alogénico) para ciertas condiciones terapéuticas;
- Toda terapia con genes humanos que busque cambiar la función de un gen o alterar las propiedades biológicas de las células vivas para uso terapéutico. Algunos ejemplos incluyen las terapias que usan:
 - Luxturna® (Voretigene neparvovec);
 - Zolgensma® (Onasemnogene abeparvovec-xioi); y
 - Spinraza® (Nusinersen);
- Productos derivados de tecnologías de edición genética, que incluyen CRISPR-Cas9; y
- Terapias con oligonucleótidos. Algunos ejemplos:
 - Antisentido (por ejemplo, Spinraza);
 - siRNA;
 - mRNA; y
 - microRNA.

El Plan cubre los siguientes servicios **solo si han sido previamente autorizados por Aetna**:

- Los servicios de GCIT recibidos en un establecimiento o de un proveedor que no está designado como proveedor o establecimiento de GCIT; o
- Todos los servicios asociados cuando no están cubiertos los servicios de GCIT. Algunos ejemplos incluyen servicios intravenosos, laboratorio, radiología, anestesia y enfermería.

Aetna designa a los médicos, hospitales y otros proveedores como establecimiento o proveedor de GCIT para ofrecer terapias genéticas, celulares y otras terapias innovadoras.

Proveedor o establecimiento designado para ofrecer servicios de GCIT

Usted debe recibir servicios de GCIT cubiertos de un proveedor o establecimiento designado para ofrecer GCIT. Si no hay proveedor o establecimiento designado para ofrecer GCIT en su red local, Aetna realizará los arreglos y coordinará su atención en un establecimiento designado para ofrecer GCIT. Si no recibe los servicios de GCIT de un establecimiento o proveedor designado por Aetna, no estarán cubiertos.

Terapia intravenosa

La terapia intravenosa es la administración endovenosa o continua de medicación o soluciones como parte de su tratamiento. El Plan cubre la terapia intravenosa administrada en forma ambulatoria por parte de:

- Una clínica independiente;
- El departamento de atención ambulatoria de un hospital; o
- Un médico en su consultorio o en su hogar. La

cobertura incluye los siguientes servicios y suministros:

- El componente farmacéutico administrado; En algunos casos, el componente farmacéutico es un medicamento especial, que se debe solicitar a través del Programa de Medicamentos de Venta con Receta y adquirir en la farmacia de medicamentos especiales de UVA. Comuníquese con su equipo de defensores de Aetna One al 800-987-9072 para obtener una lista de medicamentos especializados;
- Todos los suministros médicos, equipos y servicios de enfermería necesarios para la terapia;
- Nutrición parenteral total;
- Quimioterapia;
- Terapias con medicamentos, que incluyen antibióticos y antivirales;
- Manejo del dolor; y
- Terapia de hidratación, incluidos líquidos, electrolitos y otros aditivos.

Asesoramiento nutricional

El Plan cubre el asesoramiento nutricional necesario por razones médicas brindado por un nutricionista matriculado o certificado o bien por un dietista.

Imágenes diagnósticas complejas ambulatorias

El Plan cubre servicios de diagnóstico por imágenes para la detección de enfermedades o lesiones, incluidas:

- Tomografía axial computarizada (TAC);
- Imágenes por resonancia magnética (MRI); y
- Tomografía de emisión de positrones (PET).

Es posible que su proveedor tenga la responsabilidad de certificar previamente los procedimientos radiológicos de alta tecnología. Consulte la sección «Certificación previa» si desea más información.

Servicios de radiología ambulatorios

El Plan cubre servicios de radiología a cargo de un médico, hospital o establecimiento radiológico o laboratorio habilitado para diagnosticar una enfermedad o lesión.

Rehabilitación ambulatoria de corto plazo

Terapia física, ocupacional y del habla

El Plan cubre la terapia de rehabilitación breve y ambulatoria para mejorar el funcionamiento corporal perdido a causa de una enfermedad o lesión. El tratamiento debe:

- Ser parte de un plan de tratamiento;
- Ser administrado por un médico o terapeuta físico, ocupacional o del habla matriculado o certificado;
- Se debe anticipar que causará una mejora significativa de la afección dentro de los 60 días de iniciado el tratamiento. Los gastos cubiertos incluyen servicios de:
 - Terapia física que cause una mejora significativa o un avance o la restauración de las funciones del cuerpo que se hayan perdido o afectado por una enfermedad grave, lesión o procedimiento quirúrgico; La terapia física no incluye servicios o entrenamientos con fines educativos diseñados para mejorar el funcionamiento físico.
 - Se espera que la terapia ocupacional:
 - Cause una mejora significativa, un avance o la restauración de las funciones del cuerpo que se hayan perdido o afectado por una enfermedad grave, lesión o procedimiento quirúrgico; o
 - Reeduque al paciente con habilidades que mejoren la independencia en las actividades diarias.

La terapia ocupacional no incluye servicios o entrenamientos con fines educativos diseñados para mejorar el funcionamiento físico.

- Se espera que la terapia del habla:
 - Revierta la pérdida de la función del habla o corrija un deterioro del habla causados por una enfermedad o lesión; o
 - Trate atrasos del desarrollo de la función del habla que resultan de un defecto anatómico grave presente al momento del nacimiento (por ejemplo, una fisura en el paladar o labio leporino).

El Plan limita los beneficios por terapia física, ocupacional y del habla. Los máximos se indican en el Programa de Beneficios (vea “Sus opciones de cobertura médica de UVA” en la página 30).

Servicios de terapia de habilitación para los niños hasta los 4 años de edad

El Plan cubre la terapia de habilitación ambulatoria para ayudarlo a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento en la vida diaria. El tratamiento debe:

- Ser parte de un plan de tratamiento específico indicado por un médico;
- Ser administrado por médico, terapeuta del habla u ocupacional matriculado o certificado, un hospital o una institución con enfermería especializada o un establecimiento de cuidados paliativos, o una agencia de atención médica domiciliaria; y
- Se debe pronosticar que causará un desarrollo de la función deteriorada y/o de la función del habla causadas por un atraso de crecimiento.

Los servicios de habilitación de salud incluyen:

- Terapia ocupacional (excepto para rehabilitación vocacional o asesoramiento laboral) si se espera que desarrolle una función deteriorada;

- La terapia del habla está cubierta (excepto los servicios provistos en entornos educativos o de entrenamiento o para enseñar lenguaje de señas) si se espera que desarrolle una función de habla como resultado de un retraso de crecimiento.
 - La función de habla es la habilidad de expresar pensamientos, decir palabras y formar oraciones.

Prótesis

El Plan cubre prótesis internas y externas así como aparatos especiales. El dispositivo o aparato debe mejorar o restaurar la función de una parte del cuerpo perdida o dañada por una enfermedad, una lesión o un defecto congénito.

Estos son algunos ejemplos de los dispositivos cubiertos:

- Brazo, pierna, cadera, rodilla u ojo artificiales;
- Una lente ocular;
- Prótesis mamaria externa y el primer sostén confeccionado exclusivamente para usar con la prótesis después de una mastectomía;
- Implante mamario después de una mastectomía; y
- Marcapasos cardíaco.

La cobertura incluye:

- La compra de la primera prótesis que necesite para reemplazar en forma temporaria o permanente una parte u órgano interno, o una parte externa del cuerpo;
- Instrucción y suministros incidentales necesarios para usar una prótesis cubierta;
- Reemplazo de una prótesis si:
 - Se necesita el reemplazo debido a un cambio de su condición física o al crecimiento o desgaste normales;
 - Es probable que el reemplazo cueste menos que reparar la prótesis existente; o
 - El dispositivo existente ya no se puede reparar.

Radioterapia

El Plan cubre el tratamiento de enfermedades con radiografías, rayos gamma, partículas aceleradas, mesones, neutrones, radio o isotopos radioactivos.

Manipulación espinal

El Plan cubre el tratamiento con manipulación en una afección causada por (o relacionada con) trastornos biomecánicos o de conducción nerviosa de la médula espinal. Un médico o un quiropráctico matriculado deben prestar el servicio en el consultorio del proveedor. El tratamiento de la escoliosis, de fracturas, o previo o posterior a una cirugía no está cubierto como beneficio por manipulación espinal.

Disposiciones sobre la salud de la mujer

La ley federal influye en la forma en que ciertas afecciones están cubiertas por el Plan. Aquí se describen sus derechos bajo estas leyes.

Ley de Protección de la Salud de los Neonatos y las Madres

Las estadias en el hospital por maternidad bajo el Plan se cubrirán por un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal, o 96 horas en el caso de un parto por cesárea. Estos mínimos están establecidos por una ley federal denominada Ley de Protección de la Salud de los Neonatos y las Madres (The Newborn's and Mother's Protection Act). Sin embargo, es posible que el Plan pague por una estadía más corta si el médico tratante (médico, enfermera partera o asistente de médico) da de alta a la madre o al neonato más temprano, después de consultar con la madre.

Otras disposiciones de esta ley:

- El nivel de beneficios para la madre o el recién nacido, en caso de prolongarse su estancia hospitalaria más allá de 48 horas (o 96 horas), no puede ser inferior al ofrecido durante el período establecido por ley.
- El Plan no requiere una certificación previa por una estancia de hasta 48 o 96 horas, según lo descrito anteriormente.

Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer

Cuando una mujer cubierta por el Plan decide someterse a una cirugía reconstructiva después de una mastectomía médicamente necesaria, la Ley de Derechos de Salud y el Cáncer de la Mujer exige que el Plan cubra los siguientes procedimientos:

- Reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr simetría (equilibrio) entre ambas;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema. Esta cobertura se proporcionará en consulta con el médico y la paciente.

Para obtener más información acerca de la cobertura del Plan en caso de mastectomía y cirugía reconstructiva, llame al de servicios de atención para miembros, al número que figura en su tarjeta de identificación.

Servicio de salud conductual

El Plan cubre la atención médica conductual.

Tratamiento de trastornos mentales

La cobertura incluye los cargos incurridos en el tratamiento de trastornos mentales por parte de los proveedores de salud conductual. Ya sea en un hospital, un hospital psiquiátrico, un centro de tratamiento residencial o en el consultorio de un proveedor de salud conductual, como se indica a continuación:

Tratamiento con internación

La cobertura incluye los cargos incurridos en alojamiento y comida a la tarifa de una habitación semiprivada, y otros servicios y suministros proporcionados durante la estancia en un hospital, un hospital psiquiátrico o un centro de tratamiento residencial. Estos beneficios se pagan solo si su enfermedad requiere servicios que están disponibles solo para casos de hospitalización.

Se requiere certificación previa

La atención a pacientes internados, la hospitalización parcial y el tratamiento de pacientes ambulatorios deben ser certificados previamente por Aetna. Vea “Cómo funciona la cobertura médica” en la página 50 para obtener más información sobre la certificación previa.

Tratamiento con confinamiento parcial

La cobertura incluye los cargos incurridos en el tratamiento intensivo de trastornos mentales en un centro o programa de tratamiento intermedio a corto plazo o médicamente dirigido. Estos beneficios se pagan si su enfermedad requiere servicios que están disponibles solo para casos de confinamiento parcial.

Se requiere un plan de servicios médicos, psiquiátricos, de enfermería, de asesoramiento y/o terapéuticos para tratar trastornos mentales y abuso de sustancias. El plan debe cumplir estas pruebas:

- Se lleva a cabo en un hospital, hospital psiquiátrico o centro de tratamiento residencial de manera que no requiere una internación de tiempo completo;
- Es compatible con las prácticas médicas aceptadas para el problema de salud de la persona;
- No requiere un confinamiento de tiempo completo; y
- Es supervisado por un médico psiquiátrico que revisa y evalúa su efecto semanalmente.

Tratamiento ambulatorio

La cobertura incluye los cargos incurridos en el tratamiento que recibe un paciente cuando no está internado a tiempo completo en un hospital, un hospital psiquiátrico o un centro de tratamiento residencial.

El Plan cubre el servicio de hospitalización parcial (más de 4 horas, pero menos de 24 horas al día) de un tratamiento intensivo en un centro o programa de tratamiento intermedio a corto plazo o médicamente dirigido. La hospitalización parcial solo será cubierta si usted llega a necesitar quedar internado y no fue admitido en este tipo de centro.

Tratamiento del abuso de sustancias

La cobertura incluye los cargos incurridos en el tratamiento del abuso de sustancias brindado por proveedores de salud del comportamiento.

Tratamiento con internación

El Plan cubre el alojamiento y la comida a la tarifa de una habitación semiprivada, y otros servicios y suministros proporcionados durante la estancia en un hospital psiquiátrico o centro de tratamiento residencial, debidamente autorizado por el Departamento de Salud del estado o su equivalente.

La cobertura incluye:

- Tratamiento en un hospital para complicaciones médicas derivadas del abuso de sustancias; y
- “Complicaciones médicas”, tales como desintoxicación, desequilibrios electrolíticos, desnutrición y cirrosis hepática, *delirium tremens* y hepatitis.

El tratamiento en un hospital está cubierto solo cuando el hospital no tiene un centro de tratamiento separado para este fin.

Tratamiento ambulatorio

El tratamiento ambulatorio incluye los cargos incurridos en el tratamiento por abuso de sustancias si el paciente no está internado a tiempo completo en un hospital, un hospital psiquiátrico o un centro de tratamiento residencial.

El Plan cubre el servicio de hospitalización parcial (más de 4 horas, pero menos de 24 horas al día) para el tratamiento intensivo de abuso de alcohol o drogas en un centro o programa de tratamiento intermedio a corto plazo o médicamente dirigido. La hospitalización parcial solo será cubierta si usted llegara a necesitar quedar internado y no fue admitido en este tipo de centro.

Tratamiento con confinamiento parcial

La cobertura incluye los cargos incurridos en el tratamiento con confinamiento parcial proporcionado en un centro o programa para el tratamiento intermedio a corto plazo o médicamente dirigido del abuso de sustancias.

Se requiere un plan de servicios médicos, psiquiátricos, de enfermería, de asesoramiento y/o terapéuticos para tratar trastornos mentales y abuso de sustancias. El plan debe cumplir estas pruebas:

- Se lleva a cabo en un hospital, hospital psiquiátrico o centro de tratamiento residencial de manera que no requiere una internación de tiempo completo;
- Es compatible con las prácticas médicas aceptadas para el problema de salud de la persona;
- No requiere un confinamiento de tiempo completo; y
- Es supervisado por un médico psiquiátrico que revisa y evalúa su efecto semanalmente.

Estos beneficios se pagan si su enfermedad requiere servicios que están disponibles solo para casos de confinamiento parcial.

Se requiere certificación previa

La atención a pacientes internados, la hospitalización parcial y el tratamiento de pacientes ambulatorios deben ser certificados previamente por Aetna. Vea "Certificación previa" en la página 52 para obtener más información.

Lo que no está cubierto

El Plan médico en el que está inscrito no cubre todos los gastos médicos. Algunos gastos están excluidos. La lista que figura en esta sección es representativa, no exhaustiva, y se aplica a todas las opciones del plan médico descritas en este libro. El hecho de que un tipo de tratamiento médico o un gasto no figure en esta lista no significa que dicho tratamiento o gasto esté cubierto.

Esta sección y "Lo que está cubierto", en la página 62, deben leerse juntas para obtener más información acerca de lo que cubre y no cubre el plan respecto de determinadas afecciones, procedimientos, servicios y suministros.

Exclusiones generales

El Plan **no** cubre los cargos:

- Por consultas canceladas o perdidas.
- Por atención, tratamiento, servicios o suministros:
 - Ofrecidos por un proveedor sin licencia; o
 - Fuera del alcance de la licencia del proveedor.

- Por atención, tratamiento, servicios o suministros que no han sido recetados, recomendados ni aprobados por un médico o dentista.
- Por completar el formulario de reclamos.
- Por medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos experimentales o de investigación, excepto lo que se describe en "Lo que está cubierto", en la página 62.
- Por servicios y suministros que Aetna determina que no son necesarios para el diagnóstico, la atención o el tratamiento de la enfermedad o lesión, incluso si son recetados, recomendados o aprobados por un médico o dentista.
- Por servicios prestados por voluntarios o personas que normalmente no cobran por sus servicios.
- Por servicios y suministros prestados como parte de un tratamiento o atención no cubiertos por el Plan.
- Por servicios y suministros prestados en enfermerías de escuelas, universidades o campamentos.
- Por servicios facturados por un médico residente o interno.
- Por servicios, suministros, atención médica o tratamiento prestados por miembros de su familia directa (cónyuge, pareja de hecho, hijo o hija, hijastro o hijastra, hermano o hermana, pariente político, padre o madre, abuelo o abuela, tío o tía, sobrina o sobrino) o por personas que vivan con usted.
- Por fármacos o medicamentos recetados o surtidos por usted, el participante, o por miembros de su familia directa (cónyuge, pareja de hecho, hijo o hija, hijastro o hijastra, hermano o hermana, pariente político, padre o madre, abuelo o abuela, tío o tía, sobrina o sobrino) o por personas que vivan con usted.
- Incurridos antes de la fecha de inicio o después de la fecha de finalización de la cobertura. Esto incluye los cargos por internación en un hospital o centro de enfermería especializada antes o después de la fecha de cobertura del Plan. El Plan cubrirá únicamente la parte de la estancia en el hospital o los servicios relacionados que se hayan producido después de la fecha de inicio de la cobertura de este Plan.
- Superiores al cargo reconocido por un suministro o servicio prestado por un proveedor fuera de la red.
- Superiores al cargo negociado por un suministro o servicio prestado por un proveedor dentro de la red.
- Superiores a los límites máximos anuales o vitalicios establecidos específicamente.
- Llevados a cabo solo porque usted tiene cobertura médica o por gastos que no está obligado legalmente a pagar, como por ejemplo:
 - Atención en instituciones de beneficencia que normalmente prestan servicios de forma gratuita; o
 - Atención en un hospital u otro centro que sea propiedad o esté gestionado por cualquier gobierno que normalmente preste servicios de forma gratuita.
- Relacionados con el empleo o el trabajo por cuenta propia. Esto incluye las lesiones que surgen de (o en el curso de) cualquier actividad remunerada o productiva, a menos que no haya otra fuente de cobertura o reembolso disponible para usted.
- Resultantes de un delito que usted cometa o intente cometer.
- Por acceso preferente a los servicios médicos, tales como consultorios médicos de lujo (boutique) o personalizados.

Tecnología reproductiva avanzada (ART)

A menos que se especifique lo contrario en la sección “Esterilidad y TRA” que aparece anteriormente, los siguientes cargos **no** serán cubiertos por el Plan de Salud de UVA:

- Servicios de ART para una mujer que intenta quedar embarazada y que no ha tenido al menos un año o más de coito programado y sin protección anticonceptiva, o 12 ciclos de inseminación artificial (para personas menores de 35 años), o 6 meses o más de coito programado y sin protección anticonceptiva, o 6 ciclos de inseminación artificial (para personas mayores de 35 años) antes de inscribirse en el programa de fertilidad;
- Servicios de ART para parejas en las que uno de los miembros se ha sometido a un procedimiento de esterilización previo, con o sin reversión quirúrgica;
- Reversión de una cirugía de esterilización;
- Servicios de fertilidad para mujeres con niveles de FSH de 19 o más mIU en el día 3 del ciclo menstrual;
- Compra de espermatozoides de donante y cualquier cargo por almacenamiento de espermatozoides; compra de óvulos de donante y cualquier cargo asociado con el cuidado de la donante necesarios para la recuperación o transferencia de óvulos de la donante o portadoras gestacionales (o subrogación); todos los cargos asociados a un programa de portadora gestacional para la persona cubierta o la portadora gestacional;
- Cargos asociados a la criopreservación o almacenamiento de óvulos y embriones criopreservados (por ejemplo, consultorio, hospital, ultrasonidos, análisis de laboratorio, etc.);
- Kits de predicción de la ovulación para el hogar;
- Medicamentos relacionados con el tratamiento de beneficios no cubiertos;
- Medicamentos inyectables para la esterilidad, incluidos, entre otros, menotropinas, hCG, agonistas de GnRH e IVIG (algunos están cubiertos por el programa de medicamentos de venta con receta);
- Cualquier servicio o suministro proporcionado sin autorización previa de la unidad de gestión de casos de esterilidad de Aetna;
- Servicios de fertilidad que no tengan una probabilidad razonable de éxito;
- Servicios de inducción de la ovulación e inseminación intrauterina si la paciente no es estéril.

Atención médica alternativa

El plan **no** cubre los costos de:

- Servicios y suministros alternativos, o no estándar, para la alergia, incluidos los siguientes:
 - Pruebas de citotoxicidad (prueba de Bryan);
 - Titulación cutánea (método de la arruga);
 - Tratamiento de sensibilidad inespecífica a la candida; y
 - Autoinyecciones de orina.
- Aromaterapia.
- Acupresión o hipnoterapia.
- Terapia bioenergética.

- Servicios de biorretroalimentación.
- Terapia de dióxido de carbono.
- Medicina herbaria y cuidados holísticos u homeopáticos, incluidos los medicamentos.
- Terapia megavitamínica.
- Masoterapia.
- Rolfing.
- Termografía y termogramas.

Atención médica conductual

El beneficio de atención médica conductual del Plan no cubre los cargos por:

- Análisis conductual aplicado (programas LEAP, TEACCH, Denver o Rutgers), excepto en la medida que se especifique lo contrario.
- Tratamiento de rehabilitación de alcoholismo o abuso de sustancias en pacientes internados o ambulatorios, excepto que se especifique lo contrario.
- Tratamiento por parte de un proveedor especializado en salud mental que recibe el tratamiento como parte de su formación en ese campo.
- Tratamiento de trastornos del control de los impulsos, como ludopatía, cleptomanía, pedofilia, consumo de cafeína o de nicotina.
- Tratamiento del trastorno antisocial de la personalidad.
- Tratamiento en programas de contacto con la naturaleza u otros programas similares.
- Tratamiento de defectos y deficiencias de retraso mental, excepto en la medida que se especifique lo contrario.

Biológicos y biónicos

El plan **no** cubre los costos de:

- Órganos artificiales. El Plan no cubre ningún dispositivo destinado a desempeñar la función de un órgano del cuerpo, excepto cuando sea médicamente necesario para ser utilizado como puente al trasplante para quienes están a la espera de trasplantes permanentes.
- Sangre, plasma sanguíneo, sangre sintética, productos sanguíneos o sustitutos de la sangre. El Plan no cubre ningún servicio relacionado, a saber:
 - Costos de procesamiento, almacenamiento o reposición; o
 - Los servicios de donantes de sangre, aféresis o plasmaféresis.

Para las donaciones de sangre autóloga, el Plan solo cubre los costos de administración y procesamiento.

- Hormonas de crecimiento, procedimientos quirúrgicos o cualquier otro tratamiento, dispositivo, medicamento, servicio o suministro para aumentar o disminuir la estatura o alterar el ritmo de crecimiento.
- Cualquier servicio, suministro o tratamiento que utilice un agente quelante, excepto para proporcionar un tratamiento por intoxicación de metales pesados.

Procedimientos cosméticos

El Plan **no** cubre lo siguiente, independientemente de que el servicio se preste por razones psicológicas o emocionales:

- Inyección de soluciones esclerosantes para el tratamiento de venas varicosas;
- Estiramientos faciales, estiramientos corporales, levantamiento abdominal, liposucción, remoción de piel excesiva, eliminación o reducción de lunares benignos, manchas, cirugía cosmética de los párpados y otros procedimientos quirúrgicos;
- Procedimientos para eliminar el cartílago o hueso sano de la nariz (incluso si la cirugía puede mejorar la respiración) o de otra parte del cuerpo;
- Exfoliaciones químicas, dermoabrasión, tratamientos con láser o luz, blanqueamiento, cremas, ungüentos u otros tratamientos o suministros para alterar el aspecto o la textura de la piel;
- Eliminación de tatuajes (excepto los aplicados para ayudar en tratamientos médicos cubiertos en el Plan, como los marcadores para radioterapia);
- Reparación de *piercings* y otras modificaciones corporales voluntarias, incluida la eliminación de sustancias o dispositivos inyectados o implantados;
- Cirugía para corregir la ginecomastia;
- Aumento del busto;
- Otoplastia;
- Cirugía plástica;
- Cirugía cosmética; o
- Mamoplastia, otros servicios, tratamientos o suministros que mejoren, alteren o aumenten la forma o el aspecto del cuerpo (como implantes mamarios o de mentón), excepto la extracción de un implante, que estará cubierta cuando sea médicamente necesaria.

Actos delictivos

El Plan **no** cubre los cargos incurridos como resultado de lesiones sufridas durante la comisión de un delito. Las personas encarceladas no pueden inscribirse en el Plan.

Atención custodial y protectora

El plan **no** cubre los costos de:

- Cualquier artículo o servicio que sea principalmente para su comodidad personal y conveniencia o la de un tercero.
- La atención proporcionada para crear un entorno de protección para que la persona no quede expuesta y, por ende, empeore su enfermedad o lesión.
- Los cuidados, servicios y suministros proporcionados en:
 - Un asilo;
 - Centro de vivienda con residencia asistida;
 - Un centro de salud, balneario o sanatorio; o
 - Una institución similar que sirva de residencia principal de un individuo o que proporcione fundamentalmente cuidados de custodia o descanso.
- Los cuidados custodiales prestados para ayudar a una persona en sus actividades de la vida diaria.

- Los cuidados de mantenimiento, excepto servicios de terapia de habilitación para niños hasta 4 años. Vea “Servicios de terapia de habilitación para niños de hasta 4 años” en la página 82.
- La eliminación de posibles fuentes de alergia o enfermedad de su hogar, lugar de trabajo u otro entorno, a saber:
 - Amianto o fibra de vidrio;
 - Alfombras;
 - Polvo, caspa de mascotas o insectos y animales dañinos;
 - Moho; o
 - Pintura.

Atención dental

La atención dental está cubierta por el Plan dental de UVA, administrado por la UCCI. El Plan médico **no** cubre servicios, tratamientos o suministros relacionados con el cuidado, el empaste, la extracción o el reemplazo de dientes, a saber:

- Apicectomía (extirpación de la raíz dental), terapia de tratamiento de conducto, impactación de tejido blando, extracción de dientes impactados, tratamiento de la enfermedad periodontal, alveolectomía, aumento y vestibuloplastia.
- Aplicación de flúor y otras sustancias para proteger, limpiar o modificar el aspecto de los dientes.
- Implantes dentales, dientes postizos, placas, prótesis dentales, aparatos de ortodoncia, protectores bucales u otros dispositivos para proteger, sustituir o reposicionar los dientes.
- Tratamientos no quirúrgicos para alterar la mordida, la alineación o el funcionamiento de la mandíbula, a saber:
 - Tratamientos de maloclusión; y
 - Dispositivos para alterar la mordida o la alineación.

Educación y capacitación

El plan **no** cubre los costos de:

- Servicios o suministros relacionados con la educación, formación, el perfeccionamiento o las pruebas, a saber:
 - Educación especial;
 - Educación de corrección;
 - Programas con terapia de contacto con la naturaleza (independientemente de que el programa forme parte de un centro de tratamiento residencial o de otra institución autorizada);
 - Formación para el empleo;
 - Programas de reinserción laboral; o
 - Servicios educativos, escolarización o cualquier programa relacionado o similar, incluyendo los terapéuticos dentro de un entorno escolar.

Planificación familiar y maternidad

El Plan **no** cubre:

- Partos en el hogar.
- Monitoreo uterino en el hogar.
- Anticonceptivos de venta libre, incluidos (entre otros) preservativos y espumas, jaleas y ungüentos anticonceptivos.
- Reversión de procedimientos de esterilización.
- Interrupción del embarazo, a menos que este se produzca como resultado de una violación o incesto denunciados a un organismo policial o de salud pública, o cuando la vida de la madre pueda estar en peligro por la continuación del embarazo o cuando se crea que el feto tiene una deformidad física incapacitante o una deficiencia mental incapacitante certificada por un médico.

Cuidado de los pies

El Plan **no** cubre servicios, suministros o dispositivos tendientes a mejorar el confort o el aspecto de los dedos de los pies, los pies o los tobillos, a saber:

- Zapatos (incluidos los ortopédicos), aparatos ortopédicos, soportes para el arco del pie, plantillas, tobilleras, protectores, cremas, ungüentos u otros equipos, dispositivos o suministros, incluso si se requieren después del tratamiento de una enfermedad o lesión que haya sido cubierta por el Plan.
- Tratamiento de callos, juanetes, uñas, dedos martillo, subluxaciones, arcos vencidos, pies débiles o dolores crónicos.
- Tratamiento de afecciones causadas por actividades rutinarias, como caminar, correr, trabajar o usar zapatos.

Gobierno y fuerzas armadas

El Plan no cubre los cargos –en la medida que lo permita la ley– por servicios o suministros proporcionados, pagados o por los que se ofrecen o exigen beneficios:

- Debido a los servicios prestados por una persona en las fuerzas armadas de un gobierno en el pasado o el presente;
- Bajo cualquier ley del gobierno.

Exámenes médicos

El Plan cubre los exámenes necesarios para el tratamiento de enfermedades o lesiones, así como los exámenes preventivos de rutina específicamente descritos como cubiertos. El Plan **no** cubre los exámenes ni los informes correspondientes (incluida la presentación y preparación de informes) requeridos:

- Por cualquier ley del gobierno.
- Por un tercero, incluidos los exámenes para obtener o mantener un empleo, o que un empleador debe proporcionar en virtud de un acuerdo laboral.
- Para obtener licencias profesionales o de otro tipo.
- Para obtener un seguro.
- Para viajar, asistir a una escuela, campamento o evento deportivo, o participar en un deporte u otra actividad recreativa.

Hogar y movilidad

El Plan **no** cubre las modificaciones o adaptaciones en su hogar, lugar de trabajo u otro entorno, o cualquier equipo o dispositivo relacionado, incluyendo (de forma enunciativa y no limitativa):

- Equipos para el baño, como asientos de bañera, bancos, barandas y elevadores.
- Equipos o suministros para ayudarlo a sentarse o a dormir, como camas eléctricas, camas de agua, camas de aire, dispositivos de calentamiento o enfriamiento, sillas elevadoras y sillas reclinables.
- Dispositivos de ejercicio y entrenamiento, bañeras de hidromasaje, baños de sauna, dispositivos de masaje o mesas de cama.
- Compra o alquiler de purificadores de aire, acondicionadores de aire, purificadores de agua o piscinas.
- Ampliaciones de habitaciones o cambios en mesadas, puertas, iluminación, cableado o mobiliario.
- Deslizadores de escaleras, rampas para sillas de ruedas y ascensores.

El Plan no cubre vehículos y dispositivos de transporte, ni adaptaciones a cualquier vehículo o dispositivo de transporte, a saber:

- Automóviles, furgonetas o camiones;
- Bicicletas;
- Sillas de ruedas subescaleras; y
- Transportadores personales.

Atención médica en el hogar

El Plan **no** cubre la atención médica en el hogar relacionada con:

- Los cuidados custodiales, incluso si son proporcionados por un profesional de enfermería cuando los miembros de la familia u otros cuidadores no pueden ofrecer los cuidados necesarios;
- Cuidados privados de enfermería; y
- Cuidados que no forman parte de un plan de atención médica en el hogar.

Cuidados paliativos

El beneficio de cuidados paliativos del Plan **no** cubre los siguientes beneficios:

- Servicios de enfermería privada o especial;
- Arreglos funerarios;
- Asesoramiento por parte de un pastor o sacerdote;
- Asesoramiento financiero o legal, incluida la planificación patrimonial y la redacción del testamento; y
- Servicios de ama de casa o cuidador, Estos son servicios que no están totalmente relacionados con el cuidado de un paciente e incluyen servicios de niñera o acompañante del paciente u otros miembros de la familia, transporte, limpieza y mantenimiento del hogar.

Terapia intravenosa

El Plan **no** cubre lo siguiente como terapia intravenosa:

- Nutrición enteral;
- Transfusiones de sangre y productos sanguíneos;
- Diálisis; y
- Insulina.

Cirugía oral

Salvo por lo descrito anteriormente para el tratamiento de una lesión accidental, el Plan **no** cubre lo siguiente:

- Gastos por cirugía oral de origen dental;
- Aparatos bucales, coronas, puentes, prótesis dentales, restauraciones dentales o cualquier servicio de adaptación o ajuste relacionado, independientemente de que el propósito de estos servicios o suministros sea para aliviar el dolor;
- Tratamiento de conducto;
- Extracción, reparación, sustitución, restauración o reposición de dientes perdidos o dañados al morder o masticar;
- Reparación, sustitución o restauración de empastes, coronas, prótesis dentales o puentes;
- Tratamiento periodontal;
- Limpieza dental, de sarro, planificación o raspado; o
- Terapia miofuncional. Esto consiste en un entrenamiento muscular o correctivo para modificar o controlar hábitos perjudiciales.

Rehabilitación ambulatoria de corto plazo

El beneficio de rehabilitación ambulatoria de corto plazo del Plan no incluye cobertura de:

- Terapias para tratar atrasos del desarrollo, excepto que se especifique lo contrario, a menos que resulten de una enfermedad o lesión aguda, o de defectos congénitos susceptibles de reparación quirúrgica. Terapias de trastornos generalizados del desarrollo, como síndrome de Down y parálisis cerebral, que no están cubiertos en el Plan porque estas afecciones son de desarrollo o crónicas. Esto no se aplica a la fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla que son proporcionadas para el tratamiento de trastornos del espectro autista o la terapia de habilitación.
- Cualquier servicio, a menos que sea prestado de acuerdo con un plan de tratamiento específico.
- Servicios prestados durante la estancia en un hospital, un centro de enfermería especializada o un centro de cuidados paliativos, salvo lo indicado anteriormente.
- Servicios prestados por una agencia de atención médica domiciliaria.
- Servicios no prestados por un médico o bajo la supervisión directa de un médico.
- Tratamiento cubierto como parte del tratamiento de manipulación espinal. Esto es aplicable tanto a si han sido pagados o no los beneficios bajo esa sección.

- Servicios prestados por un médico o fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o terapeuta del habla que reside en su domicilio o que es miembro de su familia, o de la familia de su cónyuge.
- Cuidados prestados por un familiar.
- Tratamiento por atrasos del desarrollo del habla que no resulten de una enfermedad, lesión o defecto congénito.
- Educación especial para enseñar a alguien que ha perdido la capacidad de habla a desenvolverse sin ella, incluidas las clases de lenguaje de señas.

Medicamentos de venta con receta

Los medicamentos de venta con receta están cubiertos por el programa de medicamentos de venta con receta administrado por Aetna. El Plan médico cubre los medicamentos de venta con receta que se le suministran mientras usted se encuentra internado. El Plan médico **no** cubre:

- Ningún medicamento recetado que obtenga como paciente ambulatorio. Vea el “programa de medicamentos de venta con receta de Aetna” en la página 98, para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos que puede obtener en una farmacia minorista o a través del programa de medicamentos por correo.
- Productos para la diabetes, agujas y jeringas.
- Inmunizaciones necesarias para viajar o trabajar.
- Medicamentos implantables y dispositivos asociados, excepto implantes anticonceptivos y DIU. Los diafragmas, capuchones cervicales y anticonceptivos inyectables no están cubiertos.
- Medicamentos inyectables si existe una alternativa oral.
- Agujas, jeringas y otros dispositivos inyectables.
- Suplementos nutricionales.
- Medicamentos de venta libre, productos biológicos o preparados químicos que puedan obtenerse sin receta.
- Esteroides para mejorar el rendimiento.
- Medicamentos autoinyectables.

Salud reproductiva y sexual

El programa de medicamentos de venta con receta administrado por Aetna cubre algunos medicamentos recetados para la salud reproductiva y sexual. Vea “Programa de medicamentos de venta con receta de Aetna” en la página 98 para obtener información de la cobertura. El Plan médico **no** cubre los cargos por:

- Medicamentos para tratar la disfunción eréctil, la impotencia o la disfunción o insuficiencia sexual, ya sea que se suministren en forma oral, inyectable o tópica. Estos incluyen, entre otros:
 - Alprostadil (Muse, Edex, Caverject);
 - Fenotolamina;
 - Citrato de sildenafil (Viagra);
 - Tadalafilo (Cialis);
 - Vardenafilo (Levitra); y
 - Cualquier otro medicamento de una clase similar o idéntica que tenga un modo de acción similar o idéntico o que produzca resultados similares o idénticos.

Esta exclusión se aplica independientemente de que el fármaco se suministre en forma oral, inyectable o tópica (incluidos, entre otros, geles, cremas, pomadas y parches).

- Suministros para disfunciones o insuficiencias sexuales sin base fisiológica u orgánica.
- Excepto por lo indicado en la sección de reasignación transgénero, los tratamientos, medicamentos, servicios o suministros relacionados a cambiar de sexo o las características sexuales, incluyendo:
 - Procedimientos quirúrgicos para alterar la función o la apariencia del cuerpo;
 - Hormonas o terapia hormonal; y
 - Prótesis.
- Tratamiento, medicamentos, servicios o suministros para tratar la disfunción sexual, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual, a saber:
 - Cirugía, medicamentos, implantes, dispositivos o preparaciones para corregir o mejorar la función eréctil, aumentar la sensibilidad o alterar la forma o apariencia de un órgano sexual;
 - Terminología de la CIE-10 para excluir la cobertura de las disfunciones sexuales no debidas a una sustancia o condición fisiológica conocida, que incluye el deseo sexual hipoactivo, el trastorno de aversión sexual, los trastornos de la excitación sexual (masculina y femenina), el trastorno orgásmico, la eyaculación precoz, el vaginismo, la dispareunia, "otros" y "sin especificar"; y
 - Terapia sexual, asesoramiento sexual o asesoramiento matrimonial.

Examen físico de rutina

El Plan **no** cubre lo siguiente en relación con un examen físico de rutina:

- Medicamentos, fármacos, aparatos, equipos o suministros;
- Las inmunizaciones requeridas únicamente para viajar o trabajar;
- Pruebas o exámenes psiquiátricos, psicológicos, o de personalidad;
- Exámenes prematrimoniales;
- Exámenes auditivos de rutina realizados con equipos o instrumentos calibrados, excepto para los recién nacidos;
- Exámenes oftalmológicos de rutina.

Fortaleza y desempeño

El Plan **no** cubre los servicios, dispositivos y suministros tendientes a aumentar la fuerza, mejorar la condición física, la resistencia o el rendimiento físico, a saber:

- Medicamentos o preparados para aumentar la fuerza, el rendimiento o la resistencia.
- Equipos para hacer ejercicio.
- Medicamentos o suministros para mejorar el estilo de vida.
- Membresía a gimnasios o clubes de *fitness*.
- Entrenamiento, asesoramiento o preparación.
- Tratamientos, servicios y suministros para tratar enfermedades, lesiones o discapacidades relacionadas con el uso de medicamentos o preparados para mejorar el rendimiento.

Pruebas y terapias

El plan **no** cubre los costos de:

- TAC de cuerpo entero;
- Análisis del cabello;
- Terapia hiperbárica, excepto para tratar la descompresión o promover la curación de una herida; y
- Terapia del sueño.

Trasplantes

Como parte del beneficio de trasplantes, el Plan **no** cubre:

- Servicios y suministros proporcionados a un donante cuando el receptor no está cubierto por este Plan;
- Medicamentos para pacientes ambulatorios, incluidos los biomédicos e inmunosupresores, que no estén expresamente relacionados con un trasplante en régimen ambulatorio;
- Terapia intravenosa en el hogar una vez finalizado el período de cobertura del trasplante;
- Extracción o almacenamiento de órganos sin la expectativa de un trasplante inmediato para una enfermedad existente; o
- Extracción o almacenamiento de médula ósea, tejidos o células madre sin la expectativa de un trasplante para tratar una enfermedad existente en un plazo de 12 meses.

Viajes y transporte

El Plan **no** cubre los gastos de viaje y transporte, aunque los prescriba un médico, excepto los servicios de ambulancia que se describen específicamente en la cobertura. La evacuación y repatriación médicas no están cubiertas.

Visión, habla y audición

El plan **no** cubre los costos de:

- Recubrimientos antirreflectantes y tintado de lentes.
- Lentes de contacto.
- Anteojos, incluyendo duplicados o repuestos de anteojos, lentes o armazones.
- Cirugía ocular para corregir la visión, incluyendo queratotomía radial, LASIK y procedimientos similares.
- Adaptación de anteojos o lentes de contacto para cualquier fin que no sea:
 - después de una cirugía de cataratas;
 - para el queratocono u otros trastornos de la córnea asociados a un astigmatismo irregular; o
 - cuando se utiliza para el tratamiento de enfermedades graves de la superficie ocular.
- Audífonos y su adaptación, así como la terapia o capacitación correspondientes.
- Reemplazo de lentes o armazones perdidos, robados o rotos.

- Exámenes oftalmológicos o auditivos de rutina, excepto las pruebas de audición de los recién nacidos.
- Servicios especiales, como anteojos de sol no graduadas y dispositivos para la visión subnormal.
- Procedimientos especiales, como la ortóptica, la terapia visual o el entrenamiento visual.
- Servicios oftalmológicos principalmente para corregir errores de refracción.

Servicios de control de peso

Independientemente de la existencia de comorbilidades, el Plan **no** cubre los cargos por control de peso, salvo lo descrito en "Cirugía Bariátrica". El plan **no** cubre los costos de:

- Programas de control/pérdida de peso;
- Regímenes y suplementos dietarios;
- Supresores del apetito y otros medicamentos;
- Alimentos o suplementos alimenticios; o
- Programas o equipos de ejercicio físico.

Programa de medicamentos de venta con receta de Aetna

La cobertura de medicamentos de venta con receta aprobados por la FDA es una parte importante de la cobertura médica. El programa de medicamentos de venta con receta administrado por Aetna cubre los medicamentos que deben tomarse de forma ambulatoria. Los medicamentos que necesite mientras esté internado en un hospital u otro centro médico incluido en la cobertura pueden estar cubiertos como parte del beneficio para pacientes internados. Los formularios y documentos del programa de medicamentos se encuentran disponibles en www.aetna.com y <https://hr.virginia.edu/>.

Hay dos maneras de obtener los medicamentos recetados:

- En una farmacia minorista; o
- Pidiéndolos por correo, a través de la farmacia de CVS Caremark con servicio de correo.

Niveles de beneficios

La lista de Beneficios (vea "Sus opciones de cobertura Médica de UVA" en la página 30) muestra el copago o coseguro que se aplica a cada tipo de medicamento cubierto por el programa de medicamentos de venta con receta:

- Medicamentos genéricos
- Medicamentos de marca preferidos
- Medicamentos de marca no preferidos
- Medicamentos de especialidad genéricos
- Medicamentos de especialidad de marca preferida
- Medicamentos de especialidad de marca no preferida

Medicamentos genéricos y demarca

Para ahorrar dinero, considere el uso de medicamentos genéricos. Los medicamentos genéricos son aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU., lo que significa que un medicamento genérico tiene la misma calidad, potencia y eficacia que su

medicamento equivalente de marca. Puede pedirle a su médico que le recete un medicamento genérico o bien preguntarle a su farmacéutico si hay algún genérico que sea igual al de marca que le recetó su médico. El plan exige la sustitución por un medicamento genérico. La cobertura se limita al costo del medicamento genérico cuando haya uno disponible.

No lo olvide

Si compra un medicamento de marca cuando hay disponible uno genérico, deberá pagar el coseguro aplicable correspondiente, más la diferencia entre el costo del medicamento de marca y el del genérico.

¿Qué es el vademécum?

El vademécum es una lista de medicamentos de venta con receta u otros productos, servicios o suministros farmacéuticos elegidos por su seguridad, costo y eficacia. También se denomina “Guía de medicamentos de farmacia”. Los medicamentos se enumeran por categorías o clases y se clasifican en niveles de costo conocidos como “niveles”. Incluye tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Usted podrá reducir gastos si utiliza un medicamento genérico o uno de marca preferida que esté cubierto. No obstante, tendrá que pagar un monto más elevado si el médico le receta un medicamento de marca no preferida incluido en la cobertura.

Puede encontrar el vademécum en línea en www.aetna.com. También puede llamar al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación para consultar sobre los medicamentos que están incluidos en la lista.

Farmacia minorista

Farmacia preferida

La red de farmacias de Aetna le brinda acceso a una amplia gama de servicios farmacéuticos. Cuando usted utiliza una farmacia perteneciente a la red, puede recibir un suministro de hasta 30 días con su receta. Las recetas de 90 días para adquirir los medicamentos de mantenimiento para tratar enfermedades crónicas pueden surtirse en las farmacias de UVA y CVS.

Muestre su tarjeta de identificación y pague el copago o coseguro correspondiente en el momento de la compra. No debe completar ningún formulario.

Puede encontrar la lista de farmacias preferidas en www.aetna.com.

Farmacia no preferida

También puede obtener los medicamentos recetados en las farmacias no preferidas (que no están incluidas en la red de farmacias de Aetna). En este caso, tendrá que pagar el costo total de la receta y presentar un reclamo para que le reembolsen el importe, excluido el copago o el coseguro correspondiente. También deberá pagar todos los cargos que no estén incluidos en los que cubre la red.

Medicamentos de venta con receta pedidos por correo

Si toma con regularidad medicamentos para una enfermedad crónica (continua), puede solicitar un suministro de hasta 90 días a través de la farmacia con servicio de correo de CVS Caremark. Los medicamentos recetados se entregarán en la puerta de su casa.

Para comenzar a recibir los medicamentos recetados por correo, primero debe inscribirse de una de las siguientes maneras:

- Por correo: Solicite una nueva receta a su médico. Luego, envíela por correo a Aetna junto con el formulario de pedido completo. Puede encontrar el formulario dentro del sitio web de miembros. La dirección postal está en el formulario.

- En línea: Ingrese al sitio web seguro para miembros e inicie sesión en su cuenta. Allí podrá añadir o eliminar sus recetas médicas.
- Por teléfono: Llame al 888-792-3862 las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita la ayuda de un dispositivo telefónico para sordos, llame al 877-833-2779.

Para hacer un pedido, el médico puede enviar su receta utilizando una de estas opciones:

- En línea: Su médico puede enviar la receta utilizando el servicio de recetas electrónicas en el sitio web de proveedores de Aetna.
- Fax: Su médico puede enviar la receta por fax al 877-270-3317. Asegúrese de que incluya su número de identificación de miembro, fecha de nacimiento y dirección postal en la portada del fax. Solo los médicos pueden enviar recetas por fax.

Programa Maintenance Choice con opción de excluirse

Los medicamentos de mantenimiento se toman de forma periódica y recurrente y se utilizan para tratar afecciones continuas como la diabetes, la presión arterial alta, el colesterol alto y los trastornos respiratorios. El programa Maintenance Choice de Aetna le ofrece varias formas de obtener un suministro de 90 días de estos medicamentos. Puede recibirlos por correo a través de la farmacia con servicio de correo de CVS Caremark, Puede recogerlos o recibirlos en una farmacia cercana de CVS o en una farmacia de UVA.

Si prefiere obtener un suministro de 30 días de medicamentos de mantenimiento en su farmacia minorista más cercana, puede optar por quedar voluntariamente excluido del programa de 90 días llamando a Aetna al 888-792-3862. Debe optar por excluirse del programa antes de que finalice su tercer suministro de 30 días; caso contrario, pagará el costo total de los medicamentos.

Autorización previa

Es posible que algunos medicamentos, como los productos para el acné, los estimulantes para el TDAH y los compuestos, requieran una autorización previa. De necesitarse una autorización, su médico deberá comunicarse con Aetna en su nombre para iniciar la solicitud.

Los formularios para la revisión de medicamentos están disponibles en www.aetna.com o telefónicamente llamando al equipo de defensores de Aetna One al 800-987-9072.

En ocasiones, usted o su médico pueden solicitar una excepción para obtener medicamentos que no figuran en la guía de medicamentos o a los que se deniega la cobertura a través de la certificación previa o la terapia escalonada. Usted, alguien que lo representa o su médico pueden ponerse en contacto con Aetna y proporcionar la documentación clínica requerida. Cualquier excepción concedida se fundamenta en una decisión individual, caso por caso, y no se aplicará a otros miembros. Si Aetna lo aprueba, usted recibirá el nivel de beneficio para medicamentos no preferidos.

Usted, su representante o su médico pueden solicitar una excepción más rápida para obtener la cobertura de medicamentos no cubiertos ante una situación urgente. Se entiende por "situación urgente" cuando usted tiene un problema de salud que puede afectar gravemente su vida, su salud o su capacidad de recuperar al máximo sus funciones, o cuando está siguiendo un tratamiento con un medicamento no preferido. Presente una solicitud de revisión más rápida para una situación urgente:

- Comunicándose con el departamento de certificación previa de Aetna al 855-582-2025
- Enviando la solicitud por fax al 855-330-1716

- Enviando la solicitud por escrito a CVS Health ATTN: Aetna PA, 1300 E Campbell Road Richardson, TX 75081

Aetna tomará una decisión respecto de la cobertura dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de su solicitud y se la comunicará a usted, a alguien que lo represente o a su médico.

Programa de administración de medicamentos especializados

El programa de administración de medicamentos especializados de CVS clasifica algunos medicamentos como medicamentos especializados. Estos medicamentos incluyen, por lo general, los medicamentos biotecnológicos costosos de acceso limitado, los que se utilizan para regímenes de tratamiento complicados, y los que tienen requisitos especiales de almacenamiento o requisitos de información del fabricante.

Los medicamentos de especialidad están limitados a un suministro de 30 días y se obtienen a través de la farmacia de medicamentos de especialidad de UVA. La entrega puede realizarse en su domicilio o en el consultorio del médico. Para obtener información, puede llamar a la farmacia de medicamentos especializados de UVA al 434-297-5500. Los medicamentos especializados pueden requerir una autorización previa para garantizar el uso adecuado y pueden estar sujetos a límites de cantidad y a la terapia escalonada. Puede encontrar la lista de medicamentos de especialidad disponibles a través del programa de administración de medicamentos especializados en www.aetna.com o llamando al equipo de defensores de Aetna One al 800-987-9072. Los medicamentos especializados que son de distribución limitada también pueden obtenerse a través de la farmacia de medicamentos especializados de CVS llamando al 866-353-1892.

Programa de terapia escalonada

El programa de medicamentos de venta con receta incluye un programa de terapia escalonada para las personas que toman medicamentos recetados con regularidad para tratar una afección crónica, como la artritis, el asma o la presión arterial alta. Junto con el médico que emite las recetas pertinentes, el programa elabora un plan para que el tratamiento sea seguro y eficaz y tenga un costo lo más bajo posible.

Por lo general y como primer paso, el programa comienza con medicamentos genéricos. Si ya ha probado un medicamento genérico y no puede tomarlo (debido a una alergia, por ejemplo) o existe alguna razón médica que justifique el uso de un medicamento de marca, su médico puede solicitar una autorización previa para que pueda acceder a un medicamento de segundo paso. Si se aprueba la autorización previa, usted deberá pagar el coseguro correspondiente. Si no se aprueba, tendrá que pagar el precio total del medicamento.

Programa de administración de cantidad

El objetivo de este programa es garantizar que las cantidades recetadas sean seguras, se ajusten a las pautas clínicas de dosificación y se utilicen adecuadamente. Las cantidades que superen los límites establecidos requerirán una autorización previa.

Si su receta supera la cantidad que cubre el plan:

- Puede pedirle al farmacéutico que le entregue el medicamento dentro de los límites de cantidad permitidos;
- El farmacéutico puede solicitarle al médico que cambie la receta por otra con una dosis mayor, si es que hay una disponible; o
- El médico puede solicitar una autorización previa a un experto clínico de Aetna, quien evaluará el motivo por el que se necesita una cantidad superior a la recomendada por la FDA para tratar la afección en cuestión.

Lista de medicamentos preventivos

El programa de medicamentos de venta con receta incluye una cobertura especial para los medicamentos preventivos. Estos medicamentos brindan protección contra una enfermedad o afección, las complicaciones de una enfermedad o la reaparición de una afección médica.

Tomar la medicación preventiva que le indique su proveedor de salud puede ayudarlo a evitar enfermedades graves y costos elevados de tratamiento. Los medicamentos de la lista de medicación preventiva no tienen deducible. Esto significa que ahorrará dinero, puesto que solo tendrá que pagar el copago o el coseguro para obtener los medicamentos que necesita.

El programa de medicamentos de venta con receta también incluye una cobertura especial para medicamentos crónicos para las personas que están inscritas en Value Health y Choice Health. Estos medicamentos se utilizan para el tratamiento de las afecciones crónicas que han sido diagnosticadas y por las cuales una persona puede estar experimentando síntomas en la actualidad. Tomar los medicamentos crónicos según lo indicado por su proveedor de salud puede ayudar a controlar estas afecciones y mantener al individuo relativamente libre de síntomas. Los medicamentos de la lista de medicamentos crónicos no tienen deducible cuando los adquiere un miembro inscrito en Value Health o Choice Health.

Programa expandido de asesoramiento del asesor de farmacia

El programa expandido de asesoramiento del asesor de farmacia contribuye a aumentar el compromiso de los miembros con enfermedades crónicas y a mejorar sus resultados médicos, así como el control de su medicación. Lo hace comunicándose con los miembros y proveedores a través de diversos canales con mensajes personalizados para satisfacer las necesidades de los miembros en los momentos clave de su terapia y cuando se identifican posibles problemas de cumplimiento. Aetna y sus proveedores le ofrecen información pertinente y soporte para que pueda tomar decisiones inteligentes sobre su atención médica.

El programa también analiza sus reclamos, e identifica y aborda futuras oportunidades para mejorar la atención antes de que experimente eventos adversos. La información resultante se comunica a sus proveedores y farmacéuticos, junto con las recomendaciones clínicas, de modo que puedan asesorarlo en persona o por teléfono. Las enfermedades a las que se apunta son la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el asma, la EPOC, la depresión, la osteoporosis y el cáncer de mama.

Medicamentos cubiertos

El plan cubre:

- Medicamentos aprobados por la FDA con advertencia federal (medicamentos que requieren una etiqueta que indica: "Precaución: La ley federal prohíbe la venta sin receta") o cualquier otro medicamento aprobado por la FDA que, según la ley estatal aplicable, solo pueden surtirse con la receta escrita de un médico;
- Medicamentos compuestos, de los cuales al menos un ingrediente es un medicamento con advertencia federal;
- Anticonceptivos (orales, de emergencia, inyectables y dispositivos, incluidos diafragmas y capuchones cervicales);
- Productos para la diabetes, agujas y jeringas;
- Insulina;
- Inyectables; y
- Medicamentos que ayudan a dejar de fumar.

Lo que no cubre el programa de medicamentos de venta con receta

El programa de medicamentos de venta con receta **no** cubre los siguientes gastos:

- Cualquier medicamento suministrado por un centro médico, o mientras el paciente se encuentre internado;
- Cualquier medicamento suministrado en régimen ambulatorio por un centro médico si el beneficio del medicamento se abona bajo cualquier otra parte de este Plan o de otro plan patrocinado por su empresa;
- Costos/tasas de procesamiento y cargos relacionados con los suministros para la administración o inyección de un medicamento;
- Cualquier medicamento vendido por una farmacia de venta por correo que no sea la farmacia con servicio de correo de CVS Caremark;
- Medicamentos no cubiertos por el vademécum;
- Productos de venta libre, excepto los requeridos por la Ley de Atención Asequible;
- Productos no aprobados por la FDA o que no han demostrado seguridad ni eficacia;
- Medicamentos en proceso de revisión según la Implementación del Estudio de la Eficacia de los Medicamentos (DESI);
- Todo resurtido de un medicamento comprado más de un año después de la última receta, o según lo prohíba la ley en el lugar donde se vende el medicamento;
- Fármacos o medicamentos recetados o vendidos por cualquier persona de la familia directa del participante, definida como padres, hermanos, cónyuges, hijos, abuelos, tíos, sobrinos;
- Fármacos o medicamentos recetados o dispensados por el propio participante;
- Medicamentos experimentales o de investigación, salvo que lo exija la ley;
- Fármacos, medicamentos o vacunas para viajar;
- Suplementos o suministros nutricionales/dietéticos;
- Medicamentos de hierbas;
- Medicamentos para bajar de peso;
- Medicamentos de uso cosmético;
- Productos sanguíneos;
- Dispositivos/suministros médicos, excepto suministros para diabéticos; y
- Productos químicos a granel o medicamentos compuestos que contengan productos químicos a granel.

Reclamos y apelaciones de Aetna

El Plan cuenta con procedimientos para la presentación de reclamos, la correspondiente toma de decisiones y la presentación de apelaciones cuando usted no está de acuerdo con la decisión que se ha tomado ante su reclamo. Usted y Aetna deben cumplir los plazos que se han establecido para cada paso del proceso, según el tipo de reclamo que sea.

Tipos de reclamos

Para entender el proceso de reclamo y apelación, debe comprender cómo se definen los reclamos:

- **Reclamo de atención urgente:** Un reclamo de atención o tratamiento médico cuyo retraso podría poner en peligro su vida o su salud, o su capacidad de recuperar al máximo sus funciones; o someterlo a un dolor intenso que no puede controlarse sin la atención o el tratamiento solicitados. Si está embarazada, un reclamo urgente también incluye toda situación que pueda causar un riesgo grave para la salud del bebé por nacer.
- **Reclamo anterior al servicio:** Un reclamo de un beneficio que requiere la aprobación de Aetna antes de recibir la atención médica (certificación previa).
- **Extensión de reclamo por atención concurrente:** Una solicitud para extender un tratamiento que fue aprobado previamente.
- **Reducción o terminación de reclamo por atención concurrente:** Una decisión de reducir o finalizar un tratamiento previamente aprobado.

Cómo llevar un registro de gastos

Es importante llevar un registro de los gastos médicos propios y de las personas a su cargo incluidas en la cobertura. Necesitará estos registros al momento de presentar un reclamo de beneficios. Asegúrese de tener la siguiente información para su historial médico:

- Nombre y dirección de los médicos;
- Fechas en las que se incurrió en cada gasto; y
- Copias de todas las facturas y los recibos.

Presentación de reclamos

Si utiliza a un proveedor o una farmacia fuera de la red, debe presentar un reclamo para que le reembolsen los gastos contemplados dentro de la cobertura. Puede obtener el formulario de reclamos en el servicio de atención para miembros de Aetna llamando al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o visitando el sitio web en www.aetna.com. El formulario contiene instrucciones sobre cómo, cuándo y dónde presentar un reclamo.

No se demore en presentar un reclamo: ***El plazo de presentación es de 90 días a partir de la fecha en la que incurra el gasto contemplado en su cobertura.*** Si, por causas ajenas a usted, no puede cumplir ese plazo, su reclamo será aceptado si lo presenta lo antes posible. Los reclamos presentados después de los 12 meses siguientes a la fecha del reclamo solo se aceptarán en caso de que haya estado incapacitado legalmente para hacerlo.

Puede presentar reclamos y apelaciones por sus propios medios o mediante un “representante autorizado”, una persona a quien usted autoriza por escrito para que actúe en su nombre. En un caso que requiera atención de urgencia, un profesional de la salud con conocimiento sobre su afección siempre puede actuar como su representante autorizado. El Plan también reconocerá una orden judicial que otorgue a una persona la autoridad para presentar reclamos en su nombre.

Si su reclamo se rechaza de manera parcial o total, recibirá una notificación escrita del rechazo de parte de Aetna, La notificación le explicará el motivo del rechazo y cuáles son los procedimientos de revisión.

Exámenes físicos

Aetna tiene derecho a solicitar un examen a cualquier persona para la que se hayan solicitado beneficios o una certificación previa. El examen se hará en un periodo de tiempo razonable mientras el reclamo o la certificación previa estén pendientes o en revisión. El examen podrá ser llevado a cabo por un médico o un dentista elegidos por Aetna y su costo estará a cargo de Aetna.

Plazos de procesamiento de reclamos

Reclamos de atención de urgente

Si el Plan requiere la aprobación anticipada de un servicio, suministro o procedimiento antes de que se pueda pagar el beneficio, y si Aetna o su médico determinan que se trata de un reclamo de atención urgente, se le notificará la decisión (favorable o no) lo antes posible, pero a más tardar 72 horas después de que se haya recibido el reclamo.

Si no hay información suficiente para tomar una decisión sobre el reclamo, se le informará qué datos son necesarios para completar el reclamo lo antes posible, pero a más tardar 24 horas después de que se haya recibido el reclamo. Se le dará un plazo adicional razonable no inferior a 48 horas para presentar la información, y se le notificará la decisión a más tardar 48 horas después del final de dicho plazo adicional (o después de la recepción de la información, si esto ocurre primero).

Otros reclamos (previos y posteriores al servicio)

Si el plan requiere que usted obtenga la autorización previa de un servicio, suministro o procedimiento que no son urgentes antes de que el beneficio pueda pagarse, la solicitud de una autorización anticipada se considera un reclamo previo al servicio. Se le notificará la decisión a más tardar 15 días después de haber recibido el reclamo previo al servicio.

En el caso de otros reclamos (posteriores al servicio), se le informará de la decisión a más tardar 30 días después de que se haya recibido el reclamo.

Para los reclamos previos y posteriores al servicio, estos plazos pueden extenderse hasta 15 días más por circunstancias que están fuera del control de Aetna. En ese caso, se le informará de la extensión antes del final del plazo inicial de 15 o 30 días. Por ejemplo, puede haber una extensión porque la información presentada no es suficiente, en cuyo caso se le notificará cuál es la información específica necesaria y se le otorgará un plazo adicional de al menos 45 días después de haber recibido el aviso para presentar dicha información. Se le informará de la decisión de Aetna sobre el reclamo a más tardar 15 días después del final del plazo adicional (o después de haber recibido la información, si esto ocurre primero).

En el caso de los reclamos previos al servicio que nombran a un reclamante, afección y servicio o suministro específicos para los que se solicita la autorización, y que se presentan al representante de Aetna responsable de atender asuntos relacionados con los beneficios pero no cumplen con los procedimientos de presentación de reclamos previos al servicio, se le notificará sobre el incumplimiento en un plazo de cinco días (o de 24 horas en el caso de un reclamo de atención de urgencia) y cuáles son los procedimientos adecuados que deben seguirse. La notificación puede ser verbal a menos que usted solicite una notificación por escrito.

Predeterminaciones

Las predeterminaciones se refieren a la revisión clínica de un servicio que se brinda antes de la prestación de un servicio cuando el servicio o procedimiento no requiere una certificación o autorización previa. Las predeterminaciones no se consideran reclamos (previos o posteriores al servicio) y no están sujetas a los derechos de apelación y revisión externa que se describen para una determinación de certificación previa o de reclamos posteriores al servicio.

La predeterminación es elegible para una reconsideración interna.

Tratamiento en curso

Si usted recibió una autorización previa para un tratamiento en curso, se le notificará con anticipación si se pretende interrumpir o reducir el tratamiento previamente autorizado de manera que tenga la oportunidad de apelar cualquier decisión a Aetna y recibir una decisión sobre dicha apelación antes de que ocurra la interrupción o reducción. Si el tratamiento involucra atención de urgencia y usted solicita una extensión del tratamiento al menos 24 horas antes de su vencimiento, le informarán de la decisión en el plazo de las 24 horas después de haber recibido la solicitud.

Reclamos de salud: apelaciones estándar

Como persona inscrita en el plan, usted tiene derecho a presentar la apelación de una determinación adversa de beneficios en relación con los servicios que recibió o podría haber recibido de su proveedor de atención médica mediante el Plan.

Una “determinación adversa de beneficios” es el rechazo, la reducción, la terminación o la falta de pago (parcial o total) de un servicio, suministro o beneficio. Una determinación adversa de beneficios puede basarse en lo siguiente:

- Su falta de elegibilidad para recibir cobertura, lo que incluye una terminación retrospectiva de la cobertura (haya o no haya un efecto adverso sobre un beneficio particular);
- Determinaciones sobre la cobertura, que incluyen limitaciones o exclusiones del plan;
- Resultados de cualquier actividad de revisión de la utilización;
- Una decisión de que el servicio o suministro son experimentales o están en fase de investigación;
- Una decisión de que el servicio o suministro no son médicamente necesarios.

Una “determinación adversa de beneficios interna final” se define como una determinación adversa de beneficios confirmada por el fiduciario debidamente nombrado (Aetna) tras finalizar un proceso de apelaciones internas, o una determinación adversa de beneficios para la que se agotó un proceso de apelaciones internas.

Agotamiento del proceso de apelaciones interno

Por lo general, usted debe completar todos los procesos de apelación del plan antes de poder obtener una revisión externa o iniciar un proceso judicial. Sin embargo, si Aetna o el Plan o su persona designada no cumplen estrictamente con todos los requisitos de determinación de reclamos y de apelaciones en virtud de cualquier ley aplicable, se considerará que usted agotó los requisitos de apelación (agotamiento tácito) y podrá proceder a la revisión externa.

Existe una excepción a la norma de agotamiento tácito. Es posible que su reclamo o apelación interna no avance directamente a una revisión externa en los siguientes casos:

- La infracción de la norma fue leve y es poco probable que afecte una decisión o lo perjudique.
- Fue por una buena causa o estuvo fuera del control de Aetna o el Plan o su persona designada; y
- Fue parte de un intercambio continuo de buena fe entre usted y Aetna o el plan.

Puede solicitar al Plan o a Aetna una explicación escrita de la infracción, la cual debe llegarle en el plazo de 10 días e incluir una descripción específica de los fundamentos, en caso de que haya alguno, para afirmar

que la infracción no debería causar que el proceso de reclamos y apelaciones internas se considere agotado. Si un revisor externo o un tribunal rechazan su solicitud de revisión inmediata sobre la base de que el Plan cumplió las normas para la excepción, usted tiene derecho a volver a presentar su reclamo e interponer una apelación interna del reclamo. En dicho caso, en un plazo razonable después de que el revisor externo o un tribunal hayan rechazado el reclamo de revisión inmediata (el cual no puede exceder los 10 días), recibirá un aviso de la oportunidad de hacer una nueva presentación e interponer una apelación interna del reclamo. Los plazos para volver a presentar el reclamo comienzan tras la recepción de dicho aviso.

Revisión plena y justa de las determinaciones y apelaciones de los reclamos

Aetna le proporcionará, sin costo alguno, toda prueba nueva o adicional que haya generado, tenido en cuenta o en la que se haya basado o, bajo sus indicaciones, cualquier justificación nueva o adicional tan pronto como sea posible y con la suficiente anticipación a la fecha en que se proporcione el aviso de determinación adversa de beneficios interna final, para que usted tenga la oportunidad razonable de responder antes de esta fecha.

Usted puede presentar una apelación escrita a Aetna a la dirección que figura en este librito o, si la apelación es de carácter urgente, puede llamar a servicios de atención para miembros de Aetna al número de teléfono gratuito que figura al reverso de su tarjeta de identificación (y que también aparece al final de este librito). Su solicitud debe incluir el nombre del grupo (es decir, de su empleador), su nombre, número de identificación de miembro u otra información que sirva para identificarlo y que figure en la parte frontal del formulario de explicación de los beneficios y cualquier otro comentario, documento, registro y otra información que quiera que sea considerada, se haya o no presentado en relación con el reclamo inicial.

Es posible que un representante de Aetna se comunice con usted o el proveedor de atención médica para obtener su historia clínica u otra información pertinente con el fin de responder la apelación.

Usted tendrá 180 días después de haber recibido una determinación adversa de beneficios para presentar una apelación a Aetna. Se le informará la decisión a más tardar en 15 días (para reclamos previos al servicio) o 30 días (para reclamos posteriores al servicio). Puede presentar comentarios escritos, documentos, registros y otra información relacionada con su reclamo, aunque dichos comentarios, documentos, registros u otra información se hayan presentado o no en relación con el reclamo inicial. La copia de la norma, guía o el protocolo específicos sobre los que se haya basado la determinación adversa de beneficios se le entregarán a usted o a su representante autorizado cuando así se solicite y sin costo. También puede pedirle a Aetna que le proporcione copias sin cargo de todos los documentos, registros y otra información relevante para el reclamo.

Si su reclamo involucra atención de urgencia, se puede iniciar un proceso de apelación acelerada llamando al teléfono que se incluye en la notificación de rechazo o llamando a de servicios de atención para miembros de Aetna. Dicho número figura en su tarjeta de identificación. Usted o su representante autorizado pueden apelar los rechazos de reclamos de atención de urgencia de manera verbal o escrita. Aetna le comunicará a usted o su representante autorizado toda la información necesaria, incluida la decisión de apelación, por teléfono, fax u otro medio similar. Se le notificará la decisión a más tardar 36 horas después de la recepción de la apelación.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación sobre un reclamo de atención de urgencia, puede presentar una apelación de segundo nivel a Aetna. Se le notificará la decisión a más tardar 36 horas después de la recepción de la apelación.

Si no está satisfecho con una decisión de apelación previa o posterior al servicio, puede presentar una apelación de segundo nivel a Aetna en el plazo de los 60 días después de haber recibido la decisión de apelación de nivel uno. Aetna le informará de la decisión a más tardar en 15 días (para reclamos previos al servicio) o 30 días (para reclamos posteriores al servicio).

Reclamos de salud: apelaciones voluntarias

Revisión externa

La “revisión externa” es una revisión de una determinación adversa de beneficios o una determinación adversa de beneficios interna final por parte de una organización de revisión independiente u organización de revisión externa (ERO).

Una “decisión de revisión externa final” es la determinación de la ERO después de haber finalizado la revisión externa.

Usted debe completar todos los niveles de apelación estándar que se describen anteriormente antes de solicitar una revisión externa, a menos que se trate de un caso de agotamiento tácito. Sujeto a los procedimientos de verificación que el Plan pueda haber establecido, su representante autorizado puede actuar en su nombre para presentar e interponer una apelación voluntaria.

Usted puede presentar una apelación voluntaria para la revisión externa de cualquier determinación adversa de beneficios o determinación adversa de beneficios interna final que cumpla con los requisitos que se describen a continuación.

La notificación de determinación adversa de beneficios o determinación adversa de beneficios interna final que reciba de Aetna describirá el proceso que debe seguir si desea interponer una revisión externa e incluirá una copia del *formulario de solicitud de revisión externa*.

Usted debe presentar el formulario de solicitud de revisión externa a Aetna en un plazo de 123 días calendario a partir de la fecha en la que haya recibido la notificación de determinación adversa de beneficios o determinación adversa de beneficios interna final. Si la última fecha de presentación cae un sábado, domingo o feriado nacional, la última fecha de presentación se extiende al siguiente día hábil que no sea un sábado, domingo o feriado nacional. También debe incluir una copia de la notificación y toda otra información pertinente que respalde su solicitud.

Si presenta una apelación voluntaria, se seguirá cualquier término de prescripción aplicable mientras la apelación esté pendiente. La presentación de un reclamo no afectará sus derechos ni otros beneficios dentro del Plan. Sin embargo, la apelación es voluntaria, y no está obligado a presentarla antes de iniciar acciones legales.

Si decide no solicitar una revisión voluntaria, el Plan no alegará que usted agotó las vías administrativas por haber tomado dicha decisión.

Solicitud de revisión externa

El proceso de revisión externa dentro de este Plan le da la oportunidad de acceder a la revisión de una determinación adversa de beneficios (que incluye una determinación adversa de beneficios interna final) que se lleva a cabo de conformidad con la ley aplicable. Su solicitud será elegible para una revisión externa en caso de cumplir con las siguientes condiciones:

- Aetna o el Plan o su persona designada no cumplen estrictamente con todos los requisitos de determinación de reclamos y de apelaciones de conformidad con la ley federal.
- Se agotaron los niveles estándar de apelación.
- La apelación está relacionada con una rescisión, que se define como la cancelación o interrupción de la cobertura, que tiene un efecto retroactivo.

Una determinación adversa de beneficios que se basa en su elegibilidad no cumple los requisitos para una revisión externa.

Si después del nivel final de apelación estándar se sostiene el rechazo de la cobertura y se determina que usted es elegible para una revisión externa, se le informará por escrito de los pasos necesarios para solicitarla.

Una organización de revisión independiente derivará el caso para que sea revisado por un revisor clínico independiente y neutral con los conocimientos adecuados en el área en cuestión. La decisión del revisor experto externo e independiente es vinculante para usted, Aetna y el Plan, a menos que la ley permita lo contrario.

Revisión preliminar

En el plazo de 5 días hábiles a partir de la fecha de recepción de la solicitud, Aetna debe proporcionar una revisión preliminar donde se determine que usted tenía cobertura dentro del plan al momento en el que se solicitó o prestó el servicio, la determinación no está relacionada con la elegibilidad, se agotaron todos los procesos de apelaciones internas (a menos que se aplique el principio de agotamiento tácito) y se proporcionó toda la documentación necesaria para completar la revisión externa.

Un día hábil después de haber completado la revisión preliminar, Aetna debe emitir una notificación escrita. Si la solicitud está completa pero no es elegible para la revisión externa, la notificación incluirá los motivos por los que no cumple los requisitos e información de contacto para la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (número gratuito 866-444-EBSA (3272)). Si la solicitud no está completa, en la notificación se describirán la información o los materiales necesarios para que la solicitud esté completa, y Aetna debe permitirle perfeccionar la solicitud de revisión externa dentro del plazo de 123 días calendario posteriores a la presentación o en el plazo de las 48 horas posteriores a la recepción de la notificación, lo que ocurra después.

Derivación a una ERO

Aetna asignará una ERO autorizada de conformidad con la ley federal para que lleve a cabo la revisión externa. La ERO asignada le informará oportunamente por escrito sobre la elegibilidad de la solicitud y la aceptación para la revisión externa, y le dará la oportunidad de presentar por escrito información adicional que la ERO deba tener en cuenta para llevar a cabo la revisión externa en el plazo de 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción. Dentro de un plazo de un (1) día hábil a partir de haber tomado la decisión, la ERO debe notificársela a usted, a Aetna y al Plan.

La ERO revisará toda la información y los documentos oportunamente recibidos. Para tomar una decisión, la ERO asignada revisará el reclamo y no estará sujeta a ninguna decisión ni conclusión que se haya alcanzado durante el proceso de reclamos y apelaciones internos del Plan. Además de los documentos y la información proporcionada, la ERO asignada, en la medida en que la información o los documentos estén disponibles y se consideren adecuados, tendrá en cuenta lo siguiente para tomar una decisión:

- Su historia clínica;
- La recomendación del profesional de la salud interviniente;
- Los informes de los profesionales de la salud adecuados y otros documentos presentados por el plan o el emisor, usted, o el profesional de la salud tratante;
- Los términos de su Plan para garantizar que la decisión de la ERO no sea contraria a sus términos, a menos que estos sean inconsistentes con la ley aplicable;
- Las guías de prácticas adecuadas, que deben incluir estándares aplicables basados en datos y pueden incluir otras guías de práctica desarrolladas por el gobierno federal o nacional, o sociedades, juntas y asociaciones médicas profesionales;
- Todo criterio aplicable de revisión clínica desarrollado y utilizado por Aetna, a menos que sea inconsistente con los términos del plan o la ley aplicable;

- La opinión de los revisores clínicos de la ERO después de considerar la información que se describe en este aviso en la medida en que la información o los documentos estén disponibles y los revisores clínicos los consideren adecuados.

La ERO asignada debe proporcionar una notificación escrita de la decisión de revisión externa final en un plazo de los 45 días después de que haya recibido la solicitud de revisión externa. La ERO debe notificarles su decisión de revisión externa final a usted, a Aetna y al Plan.

Después de tomar la decisión de revisión externa final, la ERO debe conservar registros de todos los reclamos y notificaciones relacionados con el proceso de revisión externa durante seis años. También deberá tener dichos registros disponibles para su análisis por parte del reclamante, el Plan, o un organismo de supervisión estatal o federal cuando así se solicite, excepto en el caso de que la divulgación infrinja las leyes estatales o federales de privacidad.

Tras la recepción de una notificación de revisión externa final o de una decisión que revierte la determinación adversa de beneficios o determinación adversa de beneficios interna final, el Plan deberá proporcionar de inmediato la cobertura o el pago (incluida la autorización o el pago inmediatos de los beneficios) del reclamo.

Revisión externa expeditada

El Plan debe permitirle solicitar una revisión externa expeditada en el momento en el que usted reciba:

- Una determinación adversa de beneficios si esta involucra una afección para la cual el plazo de finalización de una apelación interna expeditada podría poner su vida o salud en peligro, o perjudicar su capacidad para recuperar el funcionamiento máximo y si usted ha presentado una solicitud de apelación interna expeditada;
- Una determinación adversa de beneficios interna final, si usted tiene una afección para la cual el plazo de finalización de una revisión externa estándar podría poner su vida o salud en peligro, o perjudicar su capacidad para recuperar el funcionamiento máximo, o si la determinación adversa de beneficios interna final está relacionada con una internación, la disponibilidad de atención, la continuación de una estancia en el hospital o un artículo o servicio de atención médica por el que usted recibió servicios de emergencia, pero no ha sido dado de alta de un centro médico.

Inmediatamente después de haber recibido la solicitud de revisión externa expeditada, Aetna determinará si la solicitud cumple con los requisitos necesarios para poder revisarla que se explican anteriormente para la revisión externa estándar. Aetna debe enviarle de inmediato una notificación de su determinación de la elegibilidad.

Derivación de una revisión expeditada a una ERO

Después de determinar que una solicitud es elegible para una revisión externa después de una revisión preliminar, Aetna designará una ERO. La ERO deberá decidir con la celeridad que su afección o circunstancia lo requiera, pero en ningún caso más de 72 horas después de que haya recibido la solicitud de revisión externa expeditada. Si la notificación no es por escrito, en un plazo de las 48 horas después de proporcionado dicha notificación, la ERO asignada deberá proporcionarles una confirmación de la decisión por escrito a usted, a Aetna y al Plan.

Fiduciario de reclamos

Las decisiones sobre los reclamos son tomadas por el fiduciario de reclamos de conformidad con las disposiciones del Plan. El fiduciario de reclamos tiene completa autoridad para revisar reclamos rechazados de beneficios bajo el Plan. Esto incluye de forma enunciativa y no limitativa determinar si el hospital o el tratamiento son médicamente necesarios. En ejercicio de su responsabilidad fiduciaria, el fiduciario de reclamos tiene la autoridad para:

- Determinar si usted y sus dependientes cubiertos tienen derecho a recibir beneficios y en qué medida; e

- interpretar las disposiciones del Plan cuando surja alguna pregunta.

El fiduciario de reclamos tiene derecho a seguir políticas, procedimientos y normas e interpretaciones razonables del Plan con el fin de promover una administración ordenada y eficiente. El fiduciario de reclamos no puede actuar de manera arbitraria ni caprichosa, ya que esto sería un abuso de su autoridad discrecional.

Aetna es el fiduciario de reclamos para el Plan y tiene la autoridad discrecional para revisar todos los reclamos rechazados de beneficios bajo el Plan.

La universidad es responsable de emitir informes y divulgaciones, lo cual incluye la redacción, distribución y el contenido final de lo siguiente:

- Descripciones resumidas del Plan
- Resumen de modificaciones importantes; y
- Listado de beneficios.

Quejas

El Plan tiene procedimientos que usted debe seguir si está insatisfecho con el servicio que recibe o desea presentar una queja sobre un proveedor de la red. Para presentar una queja sobre un problema operativo o la calidad de la atención recibida, debe escribir a servicios de atención para miembros en el plazo de los 30 días del incidente, e incluir una descripción detallada del problema y copias de cualquier registro o documento que considere relevante. Aetna revisará la información y le entregará una decisión por escrito dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la queja, a menos que se requiera información adicional que no puede obtenerse dentro de ese plazo. En la notificación de la decisión se le informará lo que tiene que hacer para solicitar una revisión adicional.

Recuperación de sobrepagos

Cuando Aetna identifica un sobrepago, se lo notifica al proveedor del sobrepago y le da la oportunidad de impugnarlo. Aetna también le informa al proveedor que descontará el sobrepago de un futuro pago de reclamos en caso de que no se reciba una impugnación. Aquí están los pasos siguientes del proceso:

1. Si no hay una impugnación del proveedor ni otra restricción, Aetna puede descontar el sobrepago en un pago posterior a dicho proveedor. De hecho, algunos proveedores prefieren la comodidad del descuento de un sobrepago de un pago siguiente. Aetna lleva a cabo conciliaciones frecuentes con proveedores a fin de garantizarles el pago de los montos correctos en nuestra cartera de negocios.
2. Si ciertos reclamos tienen un estado de sobrepago con un proveedor determinado, Aetna descontará los montos de dichos sobrepagos de los futuros pagos adeudados al proveedor.
3. Si Aetna recupera un sobrepago de un proveedor en nombre de un plan, se lo acreditará de manera separada al plan que hizo el sobrepago para su recuperación. **El crédito por el sobrepago y el pago de reclamos son transacciones separadas y se ven reflejadas como tales en los sistemas contables de Aetna.**

No podrán iniciarse acciones legales para recuperar un beneficio después de tres (3) años a partir de la fecha límite de presentación de reclamos.

Información administrativa

En esta sección se incluye información sobre la administración del Plan que se presenta en esta descripción resumida del Plan. Aunque es posible que no necesite esta información para su participación diaria, son datos que podrían serle de utilidad de vez en cuando.

Información sobre el Plan

Nombre del plan

Plan de salud de la Universidad de Virginia

Número de identificación del empleador

(EIN) 54-6001796

Número de Plan

476522

Patrocinador del Plan

Universidad de Virginia 2420
Old Ivy Road
P.O. Box 400127 Charlottesville,
VA 22904-4127 434-243-3344

Tipo de Plan

Plan de bienestar autofinanciado

Año del Plan

1 de enero al 31 de diciembre

Administrador de reclamos médicos y de salud conductual

Aetna
151 Farmington Avenue
Hartford, CT 06156

800-987-9072

Administrador de beneficios de medicamentos de venta con receta

Aetna
151 Farmington Avenue
Hartford, CT 06156

800-987-9072

Documentos del Plan

Este es el documento oficial del Plan que gobierna el Plan, también conocido como Descripción resumida del Plan (este librito). El documento del Plan gobierna el Plan. Usted puede acceder a copias de este documento para su inspección en la oficina del patrocinador del Plan durante horario comercial. Usted (o su representante legal) pueden obtener una copia de estos documentos descargándolos del sitio web de Recursos Humanos de UVA en <https://hr.virginia.edu/> o presentando una solicitud por escrito al patrocinador del plan, por un costo nominal.

Interpretación de las reglas de elegibilidad

El patrocinador del Plan tendrá el derecho exclusivo de interpretar el significado de cualquier norma de descripción de elegibilidad e inscripción.

Futuro del Plan

Aunque la universidad espera continuar por tiempo indefinido con el Plan que se describe en este libro, necesariamente se reserva el derecho de interrumpirlo o implementar cambios en cualquier momento y por cualquier motivo, a su exclusivo criterio.

La universidad puede enmendar, modificar, revocar o terminar el Plan en cualquier momento, ya que puede tomar estas decisiones a su exclusivo criterio. La decisión de la universidad de terminar o finalizar el Plan puede deberse a cambios en las leyes federales o estatales que rigen los beneficios para los empleados o los requisitos del Servicio de Impuestos Internos (IRS). Un cambio en el Plan puede transferir los activos y deudas del plan a otro plan, o dividir el plan en dos o más partes. Si la universidad cambia o termina el Plan, puede decidir establecer uno distinto que proporcione beneficios similares o diferentes.

Si el Plan se termina, ni los empleados activos ni los jubilados tendrán derecho a ningún otro beneficio del Plan terminado además de aquellos reclamos incurridos antes de la fecha de terminación o según lo dispuesto en los contratos individuales. Además, si el Plan se enmienda, todas las personas con cobertura (empleados activos, jubilados o dependientes) pueden estar sujetas a cambios en la cobertura y los beneficios.

La cantidad y la forma de cualquier beneficio final que usted reciba dependerán del documento del plan o las disposiciones contractuales que afecten los planes y las decisiones de la universidad. Después de que se hayan pagado todos los beneficios y se hayan cumplido otros requisitos legales, el resto de los activos del Plan se transferirán a la universidad.

Prohibición de discriminación

El Plan de salud de la Universidad de Virginia y Aetna cumplen con la ley federal de derechos civiles y no discriminan por razones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. Ni el Plan ni Aetna excluyen a personas ni las tratan de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género.

El Plan de salud de UVA y Aetna:

- Proporcionan asistencia y servicios gratuitos para personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva, tales como:
 - Intérpretes calificados en lengua de señas,
 - Información impresa en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros);

- ▣ Proporcionan servicios gratuitos de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - ▣ Intérpretes calificados,
 - ▣ Información impresa en otros idiomas.

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con el funcionario de privacidad del Plan de salud de la Universidad de Virginia llamando al 434-924-4346, enviando un correo electrónico a AskHR@virginia.edu, o por correo postal a la siguiente dirección: Atención Health Plan Privacy Officer (funcionario de privacidad del plan de salud), 2420 Old Ivy Road, P.O. Box 400127, Charlottesville, VA 22904-4127.

Si considera que el Plan de salud de UVA ha incumplido su deber de proporcionar estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por razones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género, puede presentar una queja formal al funcionario de privacidad de UVA llamando al 434-924-4346, enviando un correo electrónico a AskHR@virginia.edu, o por correo postal a la siguiente dirección: Atención Health Plan Privacy Officer (funcionario de privacidad del plan de salud), 2420 Old Ivy Road, P.O. Box 400127, Charlottesville, VA 22904-4127.

Si considera que Aetna ha incumplido su deber de proporcionar estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por razones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género, puede presentar una queja formal ante el: Coordinador de derechos civiles, PO Box 14462, Lexington, KY 40512, teléfono 800-648-7817, TTY 711, fax 859-425-3379,

CRCoordinator@aetna.com. Miembros de HMO/HNO de California: Coordinador de derechos civiles, PO Box 24030 Fresno CA, 93779, teléfono 800-648-7817, TTY 711, fax 860-262-7705, CRCoordinator@aetna.com. Puede presentar una queja formal en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro coordinador de derechos civiles puede ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles por vía electrónica mediante el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo en U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.), 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Aetna es la marca usada para productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, incluyendo Aetna Life Insurance Company, los planes de Coventry Health Care y sus afiliados.

Privacidad de su información médica

Esta notificación describe la forma en la que puede usarse y divulgarse su información médica y cómo usted puede acceder a dicha información. Por favor léala con cuidado.

Compromiso de privacidad del Plan de la Universidad de Virginia

El Plan de salud de la Universidad de Virginia y el Plan dental de la Universidad de Virginia (de manera colectiva, "el plan") se comprometen a proteger la privacidad de su información médica protegida (PHI). La información médica protegida, que en esta notificación se denomina "información médica", es información que puede permitir su identificación y está relacionada con su salud física o mental, o con la prestación o el pago de servicios de salud para usted. El Plan crea, recibe y conserva su información médica cuando le proporciona beneficios médicos, dentales, de medicamentos de venta con receta y de cuentas flexibles de gastos médicos a usted y a sus dependientes elegibles. El Plan también se compromete a garantizarle ciertos derechos relacionados con su información médica.

Mediante esta notificación prácticas de privacidad (“Aviso”), el Plan le informa que tiene las siguientes obligaciones legales de conformidad con las disposiciones federales de privacidad de la salud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) y las normativas relacionadas (“ley federal de privacidad de la salud”):

- mantener la privacidad de su información médica;
- proporcionarle esta notificación de las obligaciones legales y prácticas de privacidad del plan con respecto a su información médica;
- cumplir los términos de esta notificación actualmente vigente;
- notificarle las infracciones con respecto a su información médica según lo requiera la ley federal de privacidad de la salud o de otro tipo.

En esta notificación también se explica la forma en que el Plan usa y divulga su información médica y los derechos que tiene con respecto a la información médica sobre usted que el Plan conserva. Para los propósitos de esta notificación, “usted” o “su” se refiere a los participantes asegurados y los dependientes elegibles.

Esta notificación entró en vigencia inicialmente el 14 de abril de 2003, y se modificó el 1 de enero de 2013, el 1 de septiembre de 2013, el 1 de enero de 2014, el 1 de enero de 2016 y el 1 de enero de 2017.

Información sujeta a esta notificación

El Plan crea, recibe y conserva cierta información médica sobre usted para ayudar a proporcionarle beneficios médicos y cumplir los requisitos de la ley y las regulaciones. El Plan obtiene esta información médica, que podría usarse para identificarlo, de aplicaciones y otros formularios que usted completa, a través de las conversaciones que usted tiene con el personal administrativo del Plan y profesionales de la salud, y de informes y datos proporcionados al Plan por prestadores de servicios médicos, compañías aseguradoras y otros terceros. La información médica que el Plan conserva sobre usted incluye su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social e información sobre reclamos médicos y de salud. Esta es la información que está sujeta a las prácticas de privacidad de que se describen en esta notificación.

Esta notificación no es aplicable a la información médica generada, recibida o conservada por la Universidad de Virginia en nombre de los beneficios para empleados no relacionados con la salud que patrocina la Universidad, como por ejemplo, los beneficios por discapacidad y de seguro de vida. Tampoco es aplicable a la información médica que la Universidad de Virginia solicita, recibe y conserva sobre usted para propósitos de empleo, como por ejemplo, las pruebas de empleo o la determinación de su elegibilidad para beneficios por licencia médica o adaptaciones por discapacidad.

Resumen de las prácticas de privacidad del Plan

Usos y divulgaciones que hace el Plan de su información médica

Por lo general, usted debe autorizar al Plan por escrito para que pueda usar o divulgar su información médica. Sin embargo, el Plan puede usar y divulgar su información médica sin su autorización para administrar el Plan y procesar reclamos. El Plan también puede usar y divulgar su información médica sin su autorización para otros propósitos permitidos por la ley federal de privacidad de la salud, tales como propósitos de salud y seguridad, cumplimiento de la ley o las emergencias. La información detallada sobre los usos y divulgaciones de su información médica que hace el Plan se describen a continuación.

Sus derechos relacionados con su información médica

La ley federal de privacidad de la salud le garantiza ciertos derechos relacionados con su información médica. Específicamente, usted tiene derecho a:

- ▯ Inspeccionar o hacer copias de su información médica;
- ▯ Solicitar enmiendas a su información médica;
- ▯ Solicitar que le notifiquen ciertas divulgaciones de su información de salud;
- ▯ Solicitar ciertas restricciones relacionadas con el uso y la divulgación de su información médica;
- ▯ Solicitar que le envíen su información médica usando métodos de comunicación confidenciales;
- ▯ Presentar una queja al Plan o al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos si considera que se han violado sus derechos de privacidad;
- ▯ Recibir una copia impresa de esta notificación.

Estos derechos y la forma en la que puede ejercerlos se explican en detalle a continuación.

Cambios en las prácticas de privacidad del Plan

El Plan se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y modificar esta notificación del modo descrito a continuación.

Información de contacto

Si usted tiene preguntas o inquietudes con respecto a las prácticas de privacidad del Plan o sobre esta notificación, quiere obtener información adicional sobre estos, o desea presentar una queja, comuníquese con:

Privacy Officer
(Funcionario de
privacidad) 2420
Old Ivy Road
P.O. Box 400127 Charlottesville,
VA 22904-4127
434-924-4346

Notificación detallada sobre las políticas de privacidad del Plan: Usos y divulgaciones del Plan

Excepto por lo que se describe en esta sección, lo dispuesto por la ley federal de privacidad de la salud, o de acuerdo con lo que usted haya autorizado, el plan solo usa y divulga su información médica para administrar Plan y procesar reclamos de salud. Los usos y divulgaciones que no requieren su autorización por escrito se describen a continuación.

Usos y divulgaciones para el tratamiento, el pago y operaciones de atención médica

- ▯ Por razones de tratamiento. El plan puede divulgar su información médica a un proveedor de atención médica, como un hospital o un médico, para asistirlo en su tratamiento.
- ▯ Por razones de pago. El Plan puede usar y divulgar su información médica sin su autorización de manera que sus reclamos por servicios de atención médica puedan pagarse de conformidad con los términos del Plan. Por ejemplo, el Plan puede usar y divulgar su información médica para determinar si ciertos servicios de atención médica para los que solicita cobertura tienen cobertura del Plan o para procesar sus reclamos de atención médica. El Plan también puede divulgar su información médica para coordinar el pago de su atención médica con otras personas que puedan ser responsables de ciertos costos.

- ▮ Para operaciones de atención médica. El Plan puede usar y divulgar su información médica sin su autorización para poder operar de manera eficiente y para el beneficio de sus participantes. Por ejemplo, el Plan puede divulgar su información médica para propósitos de suscripción del seguro, planificación de negocios u honorarios de abogados que prestan servicios legales para el Plan. El Plan de salud no puede usar ni divulgar información médica protegida (PHI) que sea información genética para propósitos de suscripción del seguro, de conformidad con la Ley de no Discriminación por Información Genética (Genetic Information Nondiscrimination Act, GINA).

Usos y divulgaciones a socios comerciales

El Plan puede divulgar cierta información médica sobre usted sin su autorización a sus “socios comerciales”, que son terceros que asisten al Plan en su funcionamiento. Por ejemplo, el Plan puede compartir información sobre sus reclamos con un socio comercial que le presta servicios de procesamiento de reclamos, y también puede divulgar su información médica a sus socios comerciales para fines de proyección actuarial y auditoría, así como servicios legales. El Plan celebra contratos con sus socios comerciales que requieren que se proteja la privacidad de su información médica.

Usos y divulgaciones al patrocinador del Plan

El Plan puede divulgar su información médica, con o sin su autorización, al patrocinador del plan, que es la Universidad de Virginia, para propósitos de administración del plan, tales como llevar a cabo actividades de control de calidad, supervisión y auditorías. El patrocinador del Plan le garantizará a este que protegerá la privacidad de la información médica sobre usted y que enmendó los documentos del plan para reflejar su obligación de proteger la confidencialidad de dicha información.

Otros usos y divulgaciones que pueden ocurrir sin su autorización

La ley federal de privacidad de la salud dispone usos o divulgaciones específicos de su información médica que el Plan puede hacer con o sin su autorización, algunos de los cuales se describen a continuación.

- ▮ Requeridos por la ley. El Plan puede usar y divulgar información médica de conformidad con requisitos legales. Por ejemplo, el Plan puede divulgar su información médica para los siguientes propósitos: procesos judiciales y administrativos de conformidad con un proceso y autoridad legal; para notificar información relacionada con víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica, o para asistir a los funcionarios del orden público en sus tareas de aplicación de la ley.
- ▮ Salud y seguridad. Su información médica puede divulgarse para evitar una amenaza grave para su salud o seguridad o las de otras personas, de conformidad con las leyes aplicables. Su información médica también puede divulgarse para actividades de la salud pública, tales como prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- ▮ Funciones gubernamentales. Su información médica puede divulgarse al gobierno para funciones gubernamentales especializadas, tales como actividades de inteligencia, seguridad nacional y la protección de funcionarios públicos. Su información médica también puede divulgarse a organismos de supervisión sanitaria que controlan el sistema de atención médica para auditorías, autorización de investigaciones y otras actividades de control.
- ▮ Miembros activos de las fuerzas armadas y veteranos. Su información médica puede usarse o divulgarse para cumplir con las leyes y los reglamentos relacionados con el servicio militar o asuntos de veteranos.
- ▮ Indemnización al trabajador. Su información médica puede usarse o divulgarse para cumplir con las leyes y los reglamentos relacionadas con los beneficios de indemnización al trabajador.
- ▮ Situaciones de emergencia. Su información médica puede usarse o divulgarse a un familiar o a amigo personal cercano involucrado en su cuidado en el caso de una emergencia, o a una entidad de asistencia para casos de catástrofe en el caso de que ocurra alguna.

Familiares y amigos involucrados. Podemos divulgar información médica sobre usted a un familiar, amigo u otra persona involucrada en su atención médica o en el pago de esta, como por ejemplo el suscriptor de su plan de beneficios de salud, siempre que la información sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica o el pago de esta. Por ejemplo, si un familiar o cuidador nos llama con conocimiento previo de un reclamo, podemos confirmar si el reclamo se recibió y se pagó. Usted tiene derecho a interrumpir o limitar este tipo de divulgación llamando sin cargo al servicio de atención para miembros al número que figura en su tarjeta de identificación. Para autorizar divulgaciones a un familiar u otra persona, llame sin cargo al número de servicios de atención para miembros que figura en su tarjeta de identificación para la divulgación de información por parte del tercero administrador, y a la oficina de privacidad al 434-924-4346 para la divulgación de información del Plan de salud de UVA. Si usted fallece, el Plan puede divulgar su información médica a las personas involucradas en su cuidado o en el pago de la atención médica antes de su muerte si dicha información es relevante para la participación del individuo, a menos que usted le haya indicado lo contrario previamente al Plan.

Representantes personales. Su información médica puede divulgarse a personas que usted ha autorizado para actuar en su nombre, o personas que tienen derecho de actuar en su nombre por estar emparentadas con usted. Los padres de menores y aquellas personas que tienen un poder para actuar en nombre de personas adultas son ejemplos de representantes personales.

Información sobre los beneficios de tratamiento y relacionados con la salud. El Plan y sus socios comerciales pueden comunicarse con usted para proporcionarle información sobre tratamientos alternativos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que podrían interesarle, como por ejemplo, tratamiento, servicios y medicamentos alternativos.

Investigación. En ciertas circunstancias, el Plan puede usar o divulgar su información médica para propósitos de investigación, siempre que se sigan los procedimientos requeridos por la ley para proteger la privacidad de los datos de investigación.

Donación de órganos y tejido. Si usted es donante de órganos, el Plan puede usar o divulgar su información médica a una organización encargada de la donación o la extracción de órganos para facilitar el trasplante de órganos o tejido donados.

Personas fallecidas. La información médica de una persona fallecida puede divulgarse a peritos forenses, médicos forenses y directores de funerarias para que estos profesionales puedan llevar a cabo sus funciones.

Usos y divulgaciones para propósitos de mercadotecnia y recaudación de fondos

El Plan no usa su información médica para propósitos de mercadotecnia ni recaudación de fondos, y tampoco vende su información médica protegida.

Cualquier otro uso y divulgación requieren su autorización escrita expresa

Los usos y divulgaciones de su información médica distintos de los que se mencionan arriba o de los que la ley federal de privacidad de la salud permite se harán solamente con su expresa autorización escrita. También deberá proporcionar su autorización escrita expresa para la mayoría de los usos o divulgaciones de notas de psicoterapia (cuando corresponda).

Usted puede revocar esta autorización por escrito. Si lo hace, el Plan no usará ni divulgará su información médica permitida por la autorización revocada, excepto en la medida en la que haya actuado previamente de conformidad con autorización.

Una vez que su información médica se haya divulgado de conformidad con la autorización, es posible que las protecciones de la ley federal de privacidad de la salud ya no se apliquen a la información médica divulgada y que el receptor vuelva a divulgarla sin el conocimiento ni la autorización del Plan.

Sus derechos sobre la información médica

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica sobre usted que el Plan crea, recibe o conserva. Si le exigen presentar una solicitud por escrito relacionada con estos derechos, como se describe a continuación, debe hacerlo a:

Privacy Officer (Funcionario de privacidad)
2420 Old Ivy Road
P.O. Box 400127 Charlottesville,
VA 22904-4127

Derecho a inspeccionar y hacer copias de su información médica

Usted tiene derecho a inspeccionar y hacer copias de información médica sobre usted que el plan pueda conservar. Esta incluye, entre otras cosas, información sobre su elegibilidad para el plan, sus coberturas y los registros de reclamos y de facturación.

Para inspeccionar y hacer copias de información médica sobre usted que el plan pueda conservar, presente una solicitud por escrito al funcionario de privacidad. El Plan podría cobrar una tarifa por el costo de hacer copias o enviar por correo la información médica solicitada. En circunstancias limitadas, el Plan puede rechazar su solicitud para inspeccionar y hacer copias de su información médica. Si esto ocurre, el Plan se lo informará por escrito. Además, en ciertas circunstancias, si le niegan el acceso a su información médica, puede solicitar una revisión del rechazo.

Si aprueban su solicitud, el Plan le proporcionará acceso a la información médica en la forma y el formato que usted solicite, si es fácilmente reproducible de tal forma y formato. De lo contrario, el acceso se otorgará en una forma y formato que ambos acuerden.

Derecho a solicitar enmiendas a su información médica

Usted tiene derecho a solicitar que el Plan enmiende su información médica si considera que es incorrecta o incompleta.

Para solicitar una enmienda, presente una solicitud escrita al funcionario de privacidad. Esta solicitud debe indicar las razones que la respaldan. El Plan puede denegar su solicitud si pidió enmendar información que:

- No fue creada por el Plan, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda;
- No forma parte de la información médica sobre usted que el Plan conserva;
- No forma parte de la información médica que se le permite inspeccionar y copiar;
- Es correcta y completa.

El Plan le notificará por escrito si acepta o deniega la solicitud de enmienda a su información médica. Si el Plan la deniega, le explicará cómo hacer para continuar apelando la denegación de la enmienda.

Derecho a solicitar notificación detallada de las divulgaciones

Usted tiene derecho a recibir una notificación detallada escrita de las divulgaciones, que es un listado de ciertas divulgaciones de su información médica que el plan hizo a otras personas. Por lo general, las siguientes divulgaciones no forman parte de la notificación detallada: divulgaciones que ocurrieron antes del 14 de abril de 2003; divulgaciones para el tratamiento, el pago y operaciones de atención médica; divulgaciones hechas o autorizadas por usted, y ciertas otras divulgaciones. La notificación detallada cubre hasta seis años anteriores a la fecha de la solicitud (pero no para las divulgaciones hechas antes del 14 de abril de 2003).

Para solicitar una notificación detallada de las divulgaciones, presente una solicitud por escrito al director de privacidad. Si desea obtener una notificación detallada que abarque un periodo inferior a seis años, indíquelo en la solicitud. La primera notificación detallada que solicite en un plazo de 12 meses será gratuita. Para obtener más notificaciones detalladas en un periodo de 12 meses, el Plan puede cobrarle por el costo de proporcionárselas. No obstante, el Plan le indicará el costo antes de procesar la notificación detallada, de manera que usted pueda decidir si quiere retirar o modificar la solicitud antes de incurrir en cualquier gasto.

Derecho a solicitar restricciones

Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre la información médica que el Plan usa o divulga para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar restricciones sobre la información médica que el Plan divulga a las personas involucradas en su cuidado o en el pago de su atención, como un familiar o amigo. El Plan no está obligado a aceptar su solicitud de dichas restricciones, y puede terminar este acuerdo en relación con las restricciones solicitadas.

Para solicitar restricciones, presente una solicitud escrita al funcionario de privacidad donde se explique la información que desea limitar y cómo o a quién desea que se apliquen los límites. El Plan le notificará por escrito si acepta o rechaza la solicitud de restricciones. Para restringir el acceso a su información médica en línea por parte del suscriptor de su póliza de salud, comuníquese con el equipo de defensores de Aetna One llamando al 800-987-9072.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales o comunicaciones por medios alternativos o en una ubicación alternativa

Usted tiene derecho a solicitar que el Plan le comunique su información médica de manera confidencial por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Por ejemplo, puede pedirle al Plan que solamente se comunique con usted en su trabajo o por correo electrónico, o que le otorgue acceso a su información médica en una ubicación específica y razonable.

Para solicitar comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en una ubicación alternativa, presente una solicitud por escrito al funcionario de privacidad. Su solicitud escrita debe indicar los motivos de su solicitud y los medios o la ubicación alternativa mediante los cuales le gustaría recibir su información médica. Si corresponde, la solicitud debe indicar que la divulgación de toda o parte de su información médica en comunicaciones no confidenciales podría ponerlo en peligro. El Plan admitirá las solicitudes razonables y lo notificará de manera adecuada.

Derecho a presentar una queja

Si considera que se infringieron sus derechos de privacidad, usted tiene derecho a presentar una queja al plan o el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Si la queja es contra el Plan, debe presentarla por escrito al funcionario de privacidad que se menciona arriba.

No será víctima de represalias ni discriminación, ni se le negarán servicios, pagos, beneficios ni privilegios por presentar una queja al Plan o al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Derecho a recibir una copia impresa de esta notificación

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de esta notificación. Para hacer este pedido, presente una solicitud por escrito al funcionario de privacidad que se menciona anteriormente.

Cambios en las políticas de privacidad del plan

El Plan se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y de poner otras nuevas en vigencia para toda la información médica protegida que conserve, incluso la información médica protegida sobre usted que se haya creado o recibido antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio, y la información médica protegida que **pueda** recibir en el futuro. Si el Plan cambia de manera significativa alguna de las prácticas de privacidad de esta notificación, enmendará el documento y le proporcionará una notificación corregida en la próxima correspondencia anual. Además, usted podrá pedir copias de la notificación corregida o acceder a ella en el sitio web del Plan, <https://hr.virginia.edu>.

Información médica protegida

En esta sección se describen los procedimientos administrativos que se utilizan para implementar el compromiso del Plan de salud de la Universidad de Virginia y el Plan dental de la Universidad de Virginia (de manera colectiva, “el plan”) con la privacidad de la información médica protegida.

Sección 1.1 Uso y divulgación de la información médica protegida

El Plan usará la información médica protegida de conformidad con los usos y divulgaciones autorizados y en la medida permitida por la ley HIPAA, como se establece en sus disposiciones de privacidad. Específicamente, el Plan usará y divulgará la información médica protegida para propósitos relacionados con el tratamiento, el pago y operaciones de atención médica.

- a. Las “operaciones de atención médica”, como se definen en el artículo 164.501 del título 45 del Código de Regulaciones Federales (45 CFR § 164.501), en su forma enmendada, por lo general incluyen las siguientes actividades llevadas a cabo por el plan o en nombre de este:
 1. Control de calidad;
 2. Actividades basadas en la población relacionadas con la mejora de la salud o la reducción de los costos de la atención médica, la elaboración de protocolos, el manejo de casos y la coordinación de la atención, el manejo de enfermedades o el contacto con proveedores de atención médica y pacientes con información sobre tratamientos alternativos y funciones relacionadas;
 3. Clasificación del desempeño del Plan y de los proveedores, que incluye actividades de acreditación, certificación, autorización, verificación de credenciales u otras relacionadas;
 4. Suscripción del seguro, clasificación de primas y otras actividades relacionadas con la creación, renovación o reemplazo de un contrato de seguro médico o beneficios de salud, y cesión, aseguramiento u otorgamiento de un contrato de reaseguro de riesgo en relación con los reclamos de atención médica (que incluye el seguro de exceso de siniestralidad y el seguro de exceso de pérdidas);
 5. Realización u organización de una revisión médica, servicios legales y funciones de auditoría, que incluye detección de fraude y abuso, y programas de cumplimiento;
 6. Planificación y desarrollo de negocios, como la gestión de costos y análisis relacionados con la planificación en cuanto al manejo y el funcionamiento del Plan, que incluye el desarrollo y la administración de formularios, y el desarrollo o la mejoría de métodos de pago o pólizas de cobertura;
 7. Administración de negocios y actividades administrativas generales del plan, que incluyen actividades administrativas relacionadas con la implementación y el cumplimiento de los requisitos de simplificación administrativa de la ley HIPAA; servicio al cliente, que incluye proporcionar análisis de datos para titulares de pólizas, patrocinadores del Plan u otros clientes; resolución de quejas formales internas; diligencias debidas en relación con la venta o transferencia de activos a un posible sucesor en interés, si este es una “entidad cubierta” dentro de la ley HIPAA o, después de completar la venta o transferencia, se convertirá en una entidad cubierta, y cualquier otra actividad que se considere una “operación de atención médica” de conformidad con el artículo 164.501 del título 45 del Código de Regulaciones Federales.

- b. Las “actividades de pago”, como se definen en el artículo 164.501 del título 45 del Código de Regulaciones Federales (45 CFR § 164.501), y en sus enmiendas, generalmente incluyen actividades llevadas a cabo por el plan para obtener primas o determinar o cumplir su responsabilidad para la cobertura y la provisión de los beneficios del Plan que se relacionan con una persona a quien se le brinda atención médica. Estas actividades incluyen pero no se limitan a las siguientes:
1. Determinación de la elegibilidad, cobertura y montos de costos compartidos (por ejemplo, el costo de un beneficio, los montos máximos del Plan y los copagos según lo determinado para el reclamo de una persona);
 2. Coordinación de beneficios;
 3. Adjudicación de reclamos de beneficios de salud (incluidas apelaciones y otras disputas de pagos);
 4. Subrogación de reclamos de beneficios de salud;
 5. Establecimiento de contribuciones de los empleados elegibles;
 6. Ajuste de riesgos de montos adeudados con base en el estado de salud y las características demográficas del empleado elegible;
 7. Facturación, actividades de cobro y procesamiento de datos de atención médica relacionados;
 8. Administración de reclamos y procesamiento de datos de atención médica relacionados que incluye el pago de auditorías, la investigación y resolución de disputas de pagos, y la respuesta a consultas de los empleados elegibles con respecto a los pagos;
 9. Obtención del pago mediante un contrato de reaseguro (que incluye el seguro de exceso de siniestralidad y el seguro de exceso de pérdidas);
 10. Evaluaciones de la necesidad médica o de la pertinencia de la atención o justificación de los costos;
 11. Evaluación de utilización, incluso la certificación y autorización previas, la evaluación concurrente y la evaluación retrospectiva;
 12. Divulgación a agencias de informes crediticios relacionadas con el cobro de primas o el reembolso (se puede divulgar la siguiente información médica protegida para propósitos de pago: nombre y dirección, fecha de nacimiento, número de seguro social, antecedentes de pago, número de cuenta, y nombre y dirección del proveedor o del plan de salud);
 13. Reembolsos al plan; y
 14. Cualquier otra actividad que se considere de pago, de conformidad con el artículo 164.501 del título 45 del Código de Regulaciones Federales.

Sección 1.2 Divulgaciones del Plan al empleador

El Plan:

- a. Puede divulgar Información médica resumida al empleador, si el empleador solicita la Información médica resumida para el propósito de obtener ofertas de primas de los planes de salud para proporcionar cobertura de seguro de salud bajo el Plan; o para modificar, enmendar o finiquitar el Plan. Para los fines de esta sección, el término "Información de salud resumida" se define de conformidad con el artículo 164.504(a) del título 45 del Código Federal de Regulaciones, que generalmente significa información que puede ser información de salud que lo identifica individualmente, y:
1. Que resume el historial de reclamos, los gastos de reclamos o el tipo de reclamos de los individuos para los que el empleador ha proporcionado beneficios de salud bajo un plan de salud grupal; y
 2. De los cuáles se ha eliminado la información descrita en el artículo 164.514(b)(2)(i) de los Reglamentos de Privacidad, excepto que la información geográfica descrita en el artículo 164.514(b)(2)(i)(B) de los Reglamentos de Privacidad solo deben agregarse al nivel de un código postal de cinco dígitos.

- b. Puede divulgar al empleador información que indica si un individuo está participando en el Plan o está inscrito o se ha retirado de un emisor de seguro de salud o organización de administración de la salud (HMO) ofrecidos por el Plan.
- c. Puede divulgar Información médica protegida al empleador para llevar a cabo funciones de administración del Plan que realiza el empleador, de conformidad con las disposiciones de las secciones 1.5 a 1.7 de este artículo.
- d. Con una autorización de la persona cubierta, puede divulgar Información médica protegida al empleador para propósitos relacionados con la administración de otros planes de beneficios para empleados y beneficios adicionales patrocinados por el empleador.
- e. No puede permitir que un emisor de seguro de salud u organización de administración de la salud divulguen Información médica protegida al empleador excepto en la medida permitida en esta sección.
- f. No puede divulgar (ni puede permitir que un emisor de seguro de salud o HMO divulgue) Información médica protegida al empleador del modo permitido por esta sección, a menos que en la notificación de prácticas de privacidad del Plan se incluya una declaración indicando que el Plan (o un emisor de seguro de salud o HMO relacionados con el Plan) puede divulgar Información médica protegida al Empleador.
- g. No puede divulgar Información médica protegida al empleador para el propósito de tomar medidas o decisiones relacionadas con el empleo ni en conexión con cualquier otro beneficio o plan de beneficios para empleados que ofrece el Empleador.

Sección 1.3 Usos y divulgaciones del empleador

El empleador solo puede usar y divulgar Información médica protegida del modo permitido y exigido por el Plan, como se expone en este artículo. Tales usos y divulgaciones permitidos no pueden ser contrarias a las disposiciones de HIPAA. El empleador puede usar y divulgar información médica protegida sin una autorización de una persona cubierta para llevar a cabo funciones administrativas del Plan, lo cual incluye las actividades de pago y las operaciones de atención médica. Además, el empleador también puede usar y divulgar Información médica protegida para lograr el propósito de toda divulgación hecha apropiadamente de conformidad con la certificación descrita a continuación.

Sección 1.4: Certificación

El Plan puede divulgar Información médica protegida al empleador solo después de recibir una certificación del empleador indicando que los documentos del Plan han sido modificados para incorporar las disposiciones expuestas en esta sección y que el empleador acepta las disposiciones expuestas allí.

Sección 1.5: Condiciones aceptadas por el empleador

El empleador acepta:

- a. No utilizar ni divulgar adicionalmente la Información médica protegida salvo del modo permitido o exigido por el documento del Plan o exigido por la ley.
- b. Asegurar que todos los agentes, inclusive los subcontratistas, a quien UVA proporcione Información médica protegida recibida del Plan acepten las mismas restricciones y condiciones aplicables a UVA en relación con dicha Información médica protegida, y que tales agentes y subcontratistas acepten implementar medidas de seguridad razonables y adecuadas para proteger toda Información médica protegida electrónica que pertenezca al Plan y sea proporcionada por UVA.
- c. No usar ni divulgar Información médica protegida para implementar medidas y decisiones relacionadas con el empleo, a menos que un individuo le autorice hacerlo.
- d. No usar ni divulgar Información médica protegida en conexión con ningún otro beneficio o plan de beneficios para empleados de UVA, a menos que un individuo le autorice hacerlo.

- e. Informar al plan todo uso o divulgación de Información médica protegida inconsistente con los usos o divulgaciones dispuestos por este artículo, o cualquier incidente de seguridad que se vuelva de su conocimiento.
- f. Poner la información médica protegida a disposición de un individuo, de conformidad con los requisitos de acceso de HIPAA en virtud del artículo 164.524, título 45 del Código Federal de Regulaciones.
- g. Permitir el acceso a la Información médica protegida para hacer modificaciones e incorporar modificaciones a ella de conformidad con el artículo 164.526, título 45 del Código Federal de Regulaciones.
- h. Permitir acceso a la Información necesaria para proporcionar un informe de divulgaciones, de conformidad con el artículo 164.528, título 45 del Código Federal de Regulaciones
- i. Permitir acceso a los usos internos, libros y registros relacionados con el uso y la divulgación de la Información médica protegida recibida del Plan al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para el propósito de determinar el cumplimiento de la ley HIPAA por parte del Plan.
- j. De ser posible, devolver o destruir toda la Información médica protegida recibida del Plan que UVA aún tenga en cualquier formato, y no retener copia alguna de tal Información médica protegida cuando ya no es necesaria para el propósito de la divulgación que se hizo (o, si no es posible devolver o destruir la información, limitar su uso y la divulgación adicionales a los propósitos que hagan que la devolución o destrucción no sean posibles).
- k. Implementar protecciones administrativas, físicas y técnicas que protejan razonable y adecuadamente la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la Información médica protegida electrónica que crea, recibe, mantiene o transmite en nombre del Plan.
- l. Asegurar que la separación y los requisitos de las secciones 7.09, 7.10, y 7.11 del plan sean respaldados por medidas de seguridad razonables y adecuadas.

Sección 1.6: Separación adecuada entre el Plan y UVA

De conformidad con la ley HIPAA, solo los siguientes empleados o clases de empleado pueden tener acceso a la Información médica protegida: el equipo de servicio de UHR, analista financiero, administrador de beneficios del programa, gerente de bienestar, gerente de cumplimiento de recompensas totales (Total Rewards), mediador (ombudsman).

Sección 1.7: Limitaciones del acceso y la divulgación

Las personas descritas en la sección 1.6 de este artículo solo pueden acceder a y utilizar y divulgar la Información médica protegida para las funciones de administración del Plan que UVA desempeña para el Plan.

Sección 1.8: Incumplimiento

Si las personas o clases de personas descritas en la sección 1.6 de este artículo no cumplen con este documento del Plan, el Plan y UVA proporcionarán un mecanismo para resolver los asuntos de incumplimiento, incluyendo sanciones disciplinarias.

Sección 1.9: Definiciones

Cuando se usa letra mayúscula para la letra inicial de una palabra o frase, el significado de tal palabra o frase será el siguiente:

- a. "Información médica protegida electrónica" o "EPHI", por sus siglas en inglés, significa "información médica protegida electrónica" según se define en el artículo 160.103, título 45 del Código de Regulaciones, que, en general significa Información médica protegida que se transmite o guarda en medios digitales. Para estos fines, "medios digitales" significa:
 - (i) los medios de almacenamiento digital, incluso dispositivos de memoria en las computadoras (discos duros) y todo medio de memoria digital extraíble/transportable, como cinta magnética o discos, discos ópticos o tarjetas de memoria digital; o (ii) medios de transmisión usados para intercambiar información que ya se encuentra en medios de almacenamiento digital (p.ej., internet, extranet, líneas alquiladas, líneas dial-up, redes privadas y el movimiento físico de medios de almacenamiento digital extraíbles/transportables).

- b. «Reglamentos de privacidad» significa los reglamentos bajo las Normas de Privacidad para la Información Médica Individualmente Identificable (Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information) (partes 160 y 164, título 45 del Código Federal de Regulaciones y sus enmiendas).
- c. "Información médica protegida" significa "información médica protegida", como se define en el artículo 160.103, título 45 del Código Federal de Regulaciones, que en general significa información (incluyendo información demográfica) que (i) identifica a un individuo (o en relación a la cual existen fundamentos razonables para creer que la información puede utilizarse para identificar a un individuo), (ii) es creada o recibida por un proveedor de atención médica, un plan de salud o un centro distribuidor de información de atención médica, y (iii) está relacionada con la salud o afección física o mental pasadas, presentes o futuras de un individuo; la prestación de servicios de atención médica a un individuo; o el pago pasado, presente o futuro por la prestación de servicios médicos a un individuo. Para los fines de este Plan, la Información médica protegida solo incluirá información relacionada con una característica de los beneficios: (1) que proporciona beneficios de atención médica (incluyendo cobertura médica, dental, de la vista, de atención de largo plazo o de otro tipo que afecta cualquier estructura del cuerpo) que esté sujeta a los Reglamentos de Privacidad; y (2) que está asegurada o no asegurada y proporciona Información médica protegida a la Compañía o a UVA.
- d. «Incidente de seguridad" significa un "incidente de seguridad» como se define en el artículo 164.304, título 45 del Código Federal de Regulaciones; que, en general, significa el intento de acceso, uso, divulgación, modificación o destrucción no autorizados de información o su logro o la interferencia con las operaciones del sistema en un sistema informático.
- e. «Reglamentos de seguridad» significa los reglamentos bajo las Normas de Seguridad para la Protección de Información Médica Protegida Electrónica (Security Standards for the Protection of Electronic Protected Health Information) (partes 160 y 164, título 45 del Código Federal de Regulaciones y sus enmiendas).

Términos definidos

Monto permitido

El pago máximo que hará el Plan por un servicio de atención médica cubierto.

Apelación

Una solicitud de que Aetna reconsidere una decisión que deniega un beneficio o pago (ya sea en su totalidad o en parte).

Facturación de saldo

Cuando un proveedor le factura a usted el saldo restante de una factura que su Plan no cubre. Este monto es la diferencia entre el monto facturado real y el monto permitido. Por ejemplo, si el proveedor cobra \$200 y el monto permitido es \$110, el proveedor puede enviarle una factura por los \$90 restantes. Esto ocurre con frecuencia cuando usa a un proveedor de fuera de la red (proveedor no preferido). Un proveedor de la red (proveedor preferido) no puede facturarle los servicios cubiertos.

Proveedor de salud conductual

Una organización o profesional autorizado que proporciona servicios diagnósticos, terapéuticos o psicológicos para el tratamiento de problemas de salud mental o abuso de sustancias. Los proveedores de salud conductual incluyen a los hospitales, instalaciones de tratamiento residencial, médicos psiquiátricos, psicólogos y trabajadores sociales.

Medicamento de marca

Un medicamento de venta con receta que está protegido por un registro de marca.

Celular

Relacionado con o formado por células vivas.

Coseguro

Una vez que usted cubre su deducible, el Plan comienza a pagar beneficios por los gastos cubiertos. La porción que paga el Plan es el coseguro del Plan. Cuando el coseguro del Plan es de menos del 100%, usted paga el saldo. El porcentaje de gastos cubiertos que usted paga es su coseguro.

Los niveles de coseguro de cada opción del Plan se describen en el listado de beneficios (vea la sección “Sus opciones de cobertura médica de UVA” en la página 30).

Acompañante

Esta es la persona que debe estar con un paciente NME para que este pueda:

- Recibir servicios en conexión con un procedimiento o tratamiento NME (excelencia médica nacional) con internación o ambulatorio; o
- Viajar de ida y vuelta al centro donde se hará el tratamiento.

Copago

Un monto fijo (por ejemplo, \$15) que usted paga en el momento de recibir un servicio de atención médica cubierto. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto. Un copago se incluye en su gasto máximo de bolsillo.

En el caso de un medicamento de venta con receta, el copago es el monto fijo que se le cobra en el momento en el que se le vende un medicamento de venta con receta de nivel 1. El copago se hace directamente a la farmacia por cada receta médica o resurtido en el momento en el que se vende o resurte el medicamento de venta con receta.

Distribución de costos

Es la porción de los costos que usted debe pagar de su propio bolsillo por los servicios que cubre el Plan (a veces se denomina “costos de bolsillo”). Algunos ejemplos de la distribución de costos son las que se hacen por medio de los deducibles y costos de bolsillo que usted y su cónyuge y/o hijos deben pagar de su propio bolsillo. Los otros costos, incluyendo sus primas, las penalidades que deba pagar o el costo de la atención médica que el Plan no cubre en general no se consideran una distribución de costos.

Cuidado custodial

Esto se refiere a servicios y suministros, incluyendo alojamiento y alimentos y otros cuidados institucionales, que se proporcionan para ayudarlo en las actividades de la vida diaria. No es necesario que usted sea discapacitado. Tales servicios se consideran cuidado custodial sin importar quién los recete, recomiende o lleve a cabo.

Deducible

El deducible es la parte de los gastos cubiertos que paga usted cada año calendario antes de que el Plan comience a pagar beneficios. Los montos que exceden el cargo reconocido no cuentan para su deducible anual.

Existen dos tipos de deducibles por año calendario para quienes están inscritos en Choice Health y Value Health:

- *Individual:* El deducible individual se aplica por separado a cada persona cubierta de la familia. Cuando los gastos deducibles de una persona alcanzan el deducible individual que se indica en el Listado de beneficios (vea “Sus opciones de cobertura médica de UVA” en la página 30), la persona ha satisfecho su deducible. Entonces el Plan comienza a pagar beneficios para esa persona de conformidad con el porcentaje de coseguro apropiado.
- *Familiar:* El deducible familiar es aplicable a la familia como grupo. Cuando los gastos deducibles combinados de todos los miembros cubiertos de la familia alcanzan el deducible familiar que se indica en el Listado de beneficios (vea “Sus opciones de cobertura médica de UVA” en la página 30), la familia ha satisfecho su deducible. Luego el plan comienza a pagar beneficios para todos los miembros de la familia cubiertos.

Existen dos tipos de deducibles por año calendario para quienes están inscritos en Basic Health:

- *Empleado solamente:* El deducible para el empleado solamente es aplicable solo al empleado inscrito en la cobertura de empleado solamente. Cuando los gastos deducibles del empleado alcanzan el deducible del empleado que se indica en el Listado de beneficios (vea “Sus opciones de cobertura médica de UVA” en la página 30), el empleado ha satisfecho su deducible. Entonces el Plan comienza a pagar beneficios para el empleado de conformidad con el porcentaje de coseguro apropiado.
- *Empleado+cónyuge, empleado+hijos, y familia:* El deducible de empleado+cónyuge (E+C), empleado+hijos (E+H), y familia es aplicable a los miembros de la familia inscritos como grupo. Cuando los gastos deducibles combinados de todos los miembros cubiertos de la familia alcanzan el deducible E+C, E+H y el deducible familiar que se indica en el Listado de beneficios (vea “Sus opciones de cobertura médica de UVA” en la página 30), se ha satisfecho su deducible E+C, E+H y el de familia. Luego el plan comienza a pagar beneficios para todos los miembros de la familia cubiertos.

Dentista

Esto se refiere a un dentista legalmente capacitado o médico autorizado a prestar los servicios dentales que ofrece.

Desintoxicación

Esto se refiere principalmente a la atención recibida para superar un episodio específico de consumo de alcohol o abuso de sustancias.

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)

Equipo y suministros ordenados por un proveedor de atención médica para todos los días o de uso prolongado. El DME puede incluir equipo de oxígeno, sillas de rueda y muletas.

Internación de emergencia

Esto se refiere a una internación hospitalaria cuando el médico lo ingresa a usted justo después del inicio súbito e inesperado de un cambio en su estado físico o mental que requiere su internación inmediata como paciente internado de tiempo completo y para la cual, si no se proporcionara atención médica con internación inmediata (según determine Aetna), esto podría:

- Poner su salud en grave peligro;
- Causar un deterioro grave de las funciones corporales;
- Causar una disfunción grave de una parte u órgano del cuerpo; o
- Generar un peligro grave para la salud del feto (en el caso de una mujer embarazada).

Atención de emergencia

Esto se refiere al tratamiento que se le da a usted en la sala de emergencias de un hospital para evaluar y tratar afecciones médicas de inicio reciente y gravedad, incluyendo (de forma enunciativa y no limitativa) dolor grave, que llevarían a una persona legamente prudente que posee un conocimiento promedio de medicina y salud a creer que su estado, enfermedad o lesión es de una naturaleza tal que la falta de atención médica inmediata:

- Pondría su salud en grave peligro; o
- Causaría un deterioro grave de las funciones corporales;
- Causaría una disfunción grave de una parte u órgano del cuerpo; o
- Generaría un peligro grave para la salud del feto (en el caso de una mujer embarazada).

Problema médico de emergencia

Una enfermedad, lesión, síntoma (incluso dolor grave) o afección lo suficientemente grave para causar un riesgo grave para su salud si no recibe atención médica de inmediato. Si no recibe atención médica inmediata, podría anticipar razonablemente una de las siguientes consecuencias:

- Su salud correría un grave riesgo;
- Tendría problemas graves con sus funciones orgánicas; o
- Sufriría un daño grave a alguna parte u órgano de su cuerpo.

Transporte médico de emergencia

Servicios de ambulancia para una afección médica de emergencia. Los tipos de transporte médico de emergencia pueden incluir transporte por aire, tierra o mar. Es posible que el Plan no cubra todos los tipos de transporte médico de emergencia o pague menos por ciertos tipos de transporte.

Atención en la sala de emergencias/ Servicios de emergencia

Servicios para ver si tiene una afección médica de emergencia y tratarlo para que su afección médica de emergencia no empeore. Estos servicios pueden ser prestados en una sala de emergencias de un hospital autorizado o en otro lugar que provea atención para problemas médicos de emergencia.

Servicios excluidos

Servicios de atención médica que el Plan no paga ni cubre.

Servicios experimentales o en investigación (médicos)

Un medicamento, dispositivo, procedimiento o atención se considera experimental o en investigación si:

- Existen datos insuficientes sobre los resultados disponibles de ensayos clínicos controlados publicados en publicaciones revisadas por colegas para comprobar la seguridad y eficacia para la enfermedad o lesión en cuestión; o
- No tiene la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. requerida para su comercialización; o
- Una sociedad médica o dental reconocida nacionalmente o una agencia reguladora ha determinado, por escrito, que es experimental, de investigación o para fines de investigación; o
- Es un tipo de medicamento, dispositivo o tratamiento sujeto a un ensayo clínico en fase I o fase II o al grupo de investigación de un ensayo clínico de fase III, usando la definición de “fases” indicada en los reglamentos y en otras medidas y publicaciones oficiales de la FDA y del Departamento de Salud y Servicios Humanos; o
- El o los protocolos escritos o el consentimiento informado escrito usados por el centro de tratamiento, u otro centro que está estudiando el medicamento dispositivo, tratamiento o procedimiento, indica que es experimental, de investigación o para fines de investigación.

¿Dónde puedo encontrar más información?

Puede encontrar ejemplos de cómo se aplica esta evidencia a tratamientos y afecciones específicos, llamados boletines de política clínica, en el sitio web de Aetna en www.aetna.com.

Vademécum

Una lista de medicamentos que cubre el Plan. Un vademécum puede incluir cuál es su porción del costo para cada medicamento. El Plan pone los medicamentos en diferentes niveles de distribución de costos. Por ejemplo, el vademécum del Plan incluye niveles para medicamentos genéricos y de marca y se aplica un monto de distribución de costos distinto para cada uno.

GCIT

Todo servicio que esté:

- Basado en los genes; y
- Las terapias celulares e innovadoras.

Gen

Una unidad de herencia que se transfiere del padre al hijo y aparentemente determina alguna característica del niño.

Medicamento genérico

Un medicamento genérico es un medicamento de venta con receta que no está protegido por un registro de marca sino que se produce y vende bajo el nombre de su formulación química.

Queja

Una queja que usted comunica a Aetna o al Plan.

Seguro médico

Un contrato que requiere que un asegurador de salud pague parte o la totalidad de los costos de atención médica a cambio de una prima. Un contrato de seguro de salud también puede denominarse una "póliza" o un "plan".

Atención médica en el hogar

Servicios y suministros de atención médica que usted recibe en su hogar por órdenes de su médico. Los servicios pueden ser prestados por enfermeros/as, terapeutas, trabajadores sociales u otros proveedores autorizados de atención médica. La atención de la salud en el hogar en general no incluye asistencia con tareas no médicas, como cocinar, limpiar o manejar.

Agencia de atención médica en el hogar

Esta es una agencia que:

- Provee principalmente enfermería especializada y otros servicios terapéuticos; y
- Está asociada con un grupo profesional (de por lo menos un médico y un enfermero registrado) que crea políticas; y
- Cuenta con la supervisión de tiempo completo de un médico o enfermero registrado; y
- Mantiene un expediente médico completo para cada paciente;
- Tiene un administrador; y
- Cumple con las normas de concesión de licencia.

Plan de atención médica en el hogar

Este es un plan que provee atención y tratamiento en su hogar. Debe ser:

- Recetado por escrito por el médico tratante; y
- Una alternativa para el cuidado médico con internación hospitalaria o un centro de atención médica con enfermería especializada.

Cuidados paliativos

Esta es la atención médica que se le provee a una persona con una enfermedad terminal por o bajo un acuerdo con una agencia de cuidados paliativos. Los cuidados deben formar parte de un programa de cuidados paliativos.

Agencia de cuidados paliativos

Esta es una agencia u organización que tiene cuidados paliativos disponibles las 24 horas del día y cumple con las normas de autorización o certificación establecidas por la jurisdicción donde está ubicada y proporciona servicios de enfermería especializada, servicios médicos, servicios sociales o asesoramiento psicológico o de nutrición.

- La agencia de cuidados paliativos proporciona u organiza otros servicios, incluyendo los siguientes:
 - Servicios de médicos;
 - Terapia física y ocupacional;
 - Servicios de asistente en el hogar de tiempo parcial que consisten principalmente en cuidar a personas con una enfermedad terminal; y
 - Atención con internación en un centro cuando sea necesario para controlar el dolor y controlar los síntomas crónicos agudos.
- Debe tener por lo menos el siguiente personal:
 - Un médico;
 - Un/a enfermero/a registrado/a; y
 - Un trabajador social autorizado o certificado empleado por la agencia;
- Establece políticas sobre cómo se proporcionan los cuidados paliativos;
- Evalúa las necesidades médicas y sociales del paciente;
- Desarrolla un programa de cuidados paliativos para cubrir esas necesidades;
- Proporciona un programa de control de calidad continuo, incluyendo evaluaciones de médicos distintos a los que son propietarios de la agencia o la dirigen;
- Permite que todo el personal médico del área utilice sus servicios para sus pacientes;
- Mantiene un expediente médico para cada paciente;
- Usa voluntarios capacitados para proporcionar servicios que cubren las necesidades no médicas; y
- Tiene un administrador de tiempo completo.

Programa de cuidados paliativos

Este es un plan escrito de cuidado paliativo que:

- Establecen y evalúan su médico tratante y el personal apropiado de la agencia de cuidados paliativos de tanto en tanto;
- Se diseña para proporcionar atención paliativa (alivio del dolor) y de apoyo para las personas con una enfermedad terminal y atención de apoyo para sus familias; y
- Incluye una evaluación de sus necesidades médicas y sociales, y una descripción de la atención que se proporcionará para cubrir esas necesidades.

Servicios paliativos

Servicios para brindar consuelo y apoyo a las personas que están en las últimas etapas de una enfermedad terminal y sus familias.

Hospital

Este es un lugar que:

- Principalmente proporciona instalaciones de internación para el diagnóstico, tratamiento y atención quirúrgicos y médicos de personas lesionadas y enfermas;
- Es supervisado por un plantel de médicos;
- Proporciona servicios de enfermería registrada las 24 horas del día;
- No es principalmente un lugar de descanso, ni es para los ancianos, los drogadictos, los alcohólicos ni es un hogar de ancianos; y
- Cobra por sus servicios.

Hospitalización

Atención en un hospital que requiere su ingreso como paciente internado y usualmente requiere una estadía durante la noche. Es posible que el Plan considere una estadía en el hospital de una noche como atención ambulatoria en lugar de atención con internación.

Atención hospitalaria ambulatoria

Atención en un hospital que usualmente no requiere una estadía durante la noche.

Estéril o esterilidad

Una persona se considera estéril si él o ella no puede concebir o lograr un embarazo después de un año (6 meses si es una mujer mayor de 35 años) de tener relaciones sexuales heterosexuales frecuentes sin protección anticonceptiva.

Atención dentro de la red

Estos son servicios o suministros de atención médica proporcionados por:

- Un proveedor de la red; o
- Un proveedor de atención médica que no es un proveedor de la red, cuando se produce un problema de salud de emergencia y no es posible trasladarse hasta un proveedor de la red.

Coseguro dentro de la red

Su porción (por ejemplo, 20%) del monto permitido por los servicios de atención médica cubiertos. Su porción de los costos es en general más baja para los servicios cubiertos dentro de la red.

Proveedor de la red

Este es un proveedor de atención médica que ha celebrado un contrato para prestar servicios o suministros por un precio negociado, pero solo si el proveedor es, con el consentimiento de Aetna, incluido en la guía de proveedores de atención médica preferidos para:

- El servicio o suministro en cuestión; y
- La clase de empleados a la cual pertenece usted.

Enfermero practicante certificado (LPN)

Esto se refiere a un enfermero practicante autorizado.

Farmacia de pedido por correo

Un establecimiento en el que se surten legalmente medicamentos por correo postal.

Trastorno mental

Se trata de una enfermedad que se considera comúnmente de naturaleza mental, sin importar que sea de origen psicológico u orgánico. En general, el tratamiento de los trastornos mentales es proporcionado por o bajo la dirección de un proveedor de atención conductual, como un psiquiatra, psicólogo o trabajador social psiquiátrico. A continuación se incluyen algunos ejemplos enunciativos y no limitativos de trastornos mentales:

- Alcohol y abuso de sustancias.
- Anorexia / Bulimia
- Esquizofrenia
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno bipolar
- Trastorno de pánico
- Trastorno depresivo mayor
- Depresión psicótica
- Trastorno obsesivo compulsivo

Para los fines de los beneficios bajo este Plan, la definición de trastorno mental incluirá el abuso del alcohol o las drogas solo si no existe un beneficio separado para el tratamiento del abuso del alcohol y otras drogas. También se incluye cualquier otra afección que requiera tratamiento médicamente necesario.

Molecular

Relacionado con o formado por moléculas. Una molécula es un grupo de átomos unidos que forman la unidad vital más pequeña de un compuesto químico que puede formar parte de una reacción química.

Obesidad mórbida

Esto se refiere a un índice de masa corporal (IMC) de más de 40 o si su IMC supera 35 y usted tiene una de las siguientes afecciones:

- Enfermedad coronaria;
- Diabetes mellitus tipo 2;
- Apnea del sueño obstructiva clínicamente significativa; o
- Hipertensión clínicamente refractaria (presión sanguínea sistólica de más de 140 mmHg y/o diastólica de más de 90 mmHg, a pesar del control clínico óptimo).

El índice de masa corporal (IMC) es un parámetro que se usa para medir el nivel de obesidad. Para calcular su IMC:

- Multiplique su peso en libras por 703.
- Divida el resultado por su altura en pulgadas.
- Divida ese resultado por su altura en pulgadas una vez más.

Paciente de NME

Esta es una persona que:

- Necesita cualquiera de los procedimientos y tipos de tratamiento del programa de Excelencia Médica Nacional (NME) cubiertos por el Plan; y
- Se comunica y es aprobada por Aetna como paciente NME; y
- Acepta hacerse el tratamiento o procedimiento en el hospital que Aetna seleccione por ser las instalaciones más apropiadas.

Necesario / médicamente necesario

El Plan solo paga por los servicios y suministros médicamente necesarios.

Se refiere a la atención médica o a los servicios dentales y suministros que un médico u otro proveedor de atención médica, incluyendo un proveedor de atención conductual o dentista, haciendo uso de su criterio clínico prudente, proporcionaría a un paciente para el fin de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas. El servicio u suministro:

- Deben proporcionarse de conformidad con las normas generalmente aceptadas de la práctica de la medicina o la odontología;
- Deben ser clínicamente apropiados, en cuanto a su tipo, frecuencia, alcance, lugar y duración;
- Deben considerarse efectivos para la enfermedad, lesión o afección del paciente;
- No deben proporcionarse principalmente para la conveniencia del paciente, médico dentista u otro proveedor de atención médica; y
- No deben ser más costosos que un servicio o una secuencia de servicios alternativos que probablemente producirían por lo menos resultados terapéuticos o diagnósticos equivalentes para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, lesión o afección del paciente.
- Deben ser para el tratamiento del abuso del alcohol o las drogas como parte de un programa de terapia para el abuso del alcohol o las drogas recetado por un proveedor de atención conductual que incluye ya sea un programa de terapia de seguimiento dirigido por un médico con una frecuencia mínima de un mes, o reuniones por lo menos una vez al mes con organizaciones dedicadas al tratamiento del abuso del alcohol y las drogas.
- Para el tratamiento de un trastorno mental para un programa que incluye un plan de tratamiento escrito recetado y supervisado por un proveedor de atención conductual, incluyendo tratamiento de seguimiento y que es para un trastorno que puede modificarse para mejor.

Para estos fines, “normas generalmente aceptadas de la práctica de la medicina u odontología” se refieren a normas que:

- Están basadas en evidencia científica creíble publicada en materiales impresos revisados por pares generalmente reconocidos por la comunidad médica u odontológica relevante; o
- Coinciden con las recomendaciones de la sociedad especializada de médicos u odontólogos y los puntos de vista de los médicos u odontólogos que ejercen en áreas clínicas relevantes y cualquier otro factor relevante.

Cargo negociado

Este es el cargo máximo que ha aceptado cobrar un proveedor de la red por cualquier servicio o suministro ofrecido relacionado con los beneficios bajo este Plan.

Red

Las instalaciones, los proveedores y los suministradores con los que el Plan ha firmado un contrato para proveer servicios de atención médica.

Proveedor de la red (proveedor preferido)

Un proveedor que tiene un contrato con el Plan y que ha acordado prestar servicios a los miembros. Usted pagará menos si consulta a un proveedor que pertenece a la red. También llamado un “proveedor preferido” o “proveedor participante”.

Cobertura no ocupacional

El Plan cubre solo los gastos relacionados con una lesión no ocupacional o una enfermedad no ocupacional.

Enfermedad no ocupacional

Una enfermedad no ocupacional es una que:

- No es resultado de (o se produce en el curso de) un trabajo pago o con fines de lucro; o
- No es originada de ningún modo por una enfermedad que es ocupacional.

Una enfermedad se considera no ocupacional sin importar su causa si se proporciona un comprobante de que usted:

- Está cubierto bajo cualquier tipo de ley de indemnización al trabajador; y
- No está cubierto por esa enfermedad bajo dicha ley.

Lesión no ocupacional

Una lesión no ocupacional es un daño físico accidental que:

- No es resultado de (o se produce en el curso de) un trabajo pago o con fines de lucro; o
- No es originado de ningún modo por una lesión que es ocupacional.

Farmacia no preferida

Una farmacia que no tiene un contrato con Catalyst Rx para surtir medicamentos a personas cubiertas bajo este Plan.

Internación no urgente

Una internación no urgente es una admisión al hospital que no es de emergencia o urgente.

Tratamiento de ortodoncia

Este es cualquier servicio o suministro médico o dental proporcionado para prevenir, diagnosticar o corregir la desalineación de:

- Los dientes;
- La mordida;
- La mandíbula o la relación entre la mandíbula superior e inferior; o
- Sea o no sea para el propósito de aliviar el dolor. Los

siguientes no se consideran un tratamiento de ortodoncia:

- La colocación de un espaciador; o
- Un procedimiento quirúrgico para corregir la maloclusión.

Ortopedia y prótesis

Aparatos ortopédicos para la pierna, el brazo, la espalda y el cuello, piernas, brazos y ojos artificiales y prótesis mamarias externas para después de una mastectomía. Estos servicios incluyen: el ajuste, las reparaciones y los reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambio del estado del paciente.

Atención médica fuera de la red

Se trata de un servicio o suministro proporcionado por un proveedor externo a la red si, según lo determine Aetna:

- El servicio o suministro podría haber sido proporcionado por un proveedor de la red; y
- El proveedor no pertenece a una o más categorías de proveedores en la guía de proveedores.

Proveedor externo a la red (proveedor no preferido)

Un proveedor que no tiene un contrato con el Plan para proporcionar servicios. Si el Plan cubre servicios fuera de la red, en general usted pagará más por consultar a un proveedor externo a la red que a un proveedor de la red o preferido. Vea “Sus opciones de cobertura médica de UVA” en la página 30 para ver su porción de la distribución de costos fuera de la red. También puede denominarse “no preferido” o “no participante” en lugar de “proveedor externo a la red”.

Gastos de bolsillo máximos

El Plan le pone un límite a la cantidad que usted paga cada año de su bolsillo por los gastos cubiertos. Esto se llama el gasto de bolsillo máximo.

Existen dos tipos de gastos máximos de bolsillo bajo el Plan:

- *Individual*: El gasto máximo de bolsillo se aplica por separado a cada persona cubierta de la familia. Una vez que un miembro de la familia alcanza el gasto de bolsillo máximo indicado en el listado de beneficios (vea “Sus opciones de cobertura médica de UVA” en la página 30), el Plan paga el 100% de los gastos médicos cubiertos de esa persona durante el resto del año calendario.
- *Familiar*: El gasto de bolsillo máximo de familiar es aplicable a usted y a sus dependientes como grupo. Cuando los gastos de bolsillo combinados de los miembros de su familia satisfacen el gasto de bolsillo máximo de la familia, el Plan paga el 100% de los cargos médicos cubiertos de la familia por el resto del año calendario.

Ciertos gastos **no** se aplican para cubrir el gasto de bolsillo máximo:

- Gastos que superan el cargo reconocido;
- Cargos por servicios y suministros que no están cubiertos por el Plan;
- Tanto el costo del medicamento de venta con receta de marca como la diferencia entre el medicamento de marca y el genérico cuando existe un equivalente genérico para un medicamento de marca y la persona inscrita selecciona el medicamento de marca.

Tratamiento con confinamiento parcial

Un programa de tratamiento de día, tarde y/o noche médicamente supervisado para trastornos de salud mental o de abuso de sustancias. La atención es coordinada por un equipo de tratamiento multidisciplinario. Los servicios se prestan de forma ambulatoria durante por lo menos cuatro horas por día y están disponibles por lo menos tres días por semana. Los servicios son de la misma intensidad y nivel que los servicios con internación para el tratamiento de trastornos de salud conductual.

UVA Specialty

Un establecimiento en el que se surten legalmente medicamentos de venta con receta.

Médico

Esto significa un médico legalmente calificado. También se usa el término “doctor” en este libro con el mismo significado que “médico”.

Plan

Cobertura de salud se le provee directamente (plan individual) o a través de un empleador, un sindicato u otro patrocinador grupal (plan de grupo de empleadores) que proporciona cobertura de ciertos costos de atención médica. También se denomina un “plan de seguro de salud”, una “póliza”, “póliza de seguro de salud”, o “seguro de salud”.

Autorización previa

La decisión que toma su seguro de salud o Plan de que un servicio de atención médica, un plan de tratamiento, un medicamento de venta con receta o un equipo médico duradero (DME) es médicamente necesario. A veces se denomina una “autorización previa”, “aprobación previa”, o “certificación previa”. El Plan requiere autorización previa de ciertos servicios antes de que usted los reciba, excepto en una emergencia. La autorización previa no es una promesa de que el Plan cubrirá el costo.

Farmacia preferida

Una farmacia, incluyendo una de pedido por correo, que tiene un contrato con Catalyst Rx para surtir medicamentos a personas cubiertas bajo este Plan pero solo mientras:

- El contrato permanezca vigente; y
- La farmacia surta los medicamentos de venta con receta bajo los términos de su contrato con Catalyst Rx.

Prima

El monto que se debe pagar por su Plan. Usted lo paga a través de contribuciones de nómina o primas mensuales.

Profesional que receta

Cualquier persona que, actuando dentro del alcance de su autorización, tiene la autoridad legal de recetar un medicamento de venta con receta.

Receta médica

La orden del profesional que receta indicando un medicamento de venta con receta. Si es una orden oral (como una receta médica que se transmite por teléfono), la farmacia debe ponerla por escrito inmediatamente.

Medicamentos de venta con receta

Medicamentos y drogas que por ley requieren una receta médica.

Cobertura de medicamentos de venta con receta

Cobertura bajo el Plan que ayuda a pagar los medicamentos de venta con receta. Los medicamentos de venta con receta están agrupados según su tipo o costo. El monto que pagará de la distribución de costos será diferente para cada “nivel” de los medicamentos de venta con receta cubiertos.

Atención preventiva (servicio preventivo)

Atención médica de rutina incluyendo pruebas diagnósticas, controles físicos y asesoramiento del paciente, para prevenir o descubrir enfermedades, afecciones u otros problemas de salud.

Médico de cabecera

Un médico, incluyendo un doctor de medicina (M.D.) o un doctor en osteopatía (D.O.) (doctor en osteopatía), que proporciona o coordina una gama de servicios de atención médica para usted.

Proveedor de cabecera

Un médico, incluyendo un doctor de medicina (M.D.) o un doctor en osteopatía (D.O.) (doctor en osteopatía), enfermero/a practicante, enfermero/a clínico especialista o asistente de médico, según se permita bajo la ley estatal y los términos del Plan, que proporciona, coordina o lo ayuda a acceder a una gama de servicios de atención médica.

Proveedor

Un individuo o centro que proporciona servicios de atención médica. Algunos ejemplos de un proveedor son un médico, enfermero/a, quiropráctico, asistente de médico, hospital, centro de cirugía, centro con enfermería especializada y centro de rehabilitación. Es posible que el Plan requiera que el proveedor tenga licencia, esté certificado o acreditado del modo exigido por la ley estatal.

Hospital psiquiátrico

Una institución que cumple **todos** los siguientes criterios:

- Proporciona principalmente un programa para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos mentales o del abuso de alcohol o sustancias.
- No es principalmente una escuela o institución custodial, recreativa o de capacitación.
- Proporciona servicios médicos de nivel de enfermería.
- Proporciona o hace arreglos con un hospital del área para proporcionar cualquier otro servicio médico que pueda ser necesario.
- Es supervisada tiempo completo por un médico psiquiátrico que es responsable de la atención de los pacientes.
- Cuenta con un plantel de médicos psiquiátricos involucrados en la atención y el tratamiento.
- Tiene a un médico psiquiátrico presente durante todo el día de tratamiento.
- Proporciona, en todo momento, servicios de trabajo social y enfermería psiquiátrica.
- Proporciona en todo momento, servicios de enfermería especializada prestados por enfermeros/as certificados supervisados por un/a enfermero/a registrado de tiempo completo.
- Prepara y mantiene un plan de tratamiento escrito para cada paciente. El plan debe ser supervisado por un médico psiquiátrico.

- Cobra por sus servicios.
- Cumple con las normas de concesión de licencia.

Enfermero/a registrado/a

Esto significa un enfermero/a registrado/a.

Cargo reconocido

El Plan paga los beneficios externos a la red solo para la parte del gasto cubierto permisible reconocido. Usted es responsable de pagar todos los montos que superen el cargo reconocido. El cargo reconocido puede ser menor que el cargo completo del proveedor.

El cargo reconocido de su plan es aplicable a todos los gastos externos a la red cubiertos, excepto los servicios de emergencia fuera de la red. Es aplicable incluso a los cargos de un proveedor externo a la red en un hospital que pertenece a la red. También es aplicable cuando médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés) u otro proveedor de la red lo deriva a un proveedor externo a la red. Excepto por el listado de honorarios de instalaciones de Aetna, el cargo reconocido se determina en base al área geográfica donde usted recibe el servicio o suministro.

El cargo reconocido es el más bajo de los siguientes:

- El cargo usual del proveedor para proporcionar ese servicio o suministro; o
- El cargo que Aetna considera apropiado; o
- Para los cargos que no son de instalaciones (incluyendo servicios profesionales y otros servicios o suministros): El 75% de la tasa de monto razonable.
- Para los cargos de las instalaciones: El 140% la Escala de Valores Relativos Basada en los Recursos de Medicare (Medicare Resource Based Relative Value Scale) (RBRVS).

Si su tarjeta de identificación tiene el logotipo del National Advantage Program (NAP), su costo posiblemente sea más bajo cuando obtenga atención médica de un proveedor de NAP. Los proveedores de NAP son proveedores externos a la red y proveedores independientes que tiene contratos con Aetna, pero no son proveedores de la red.

Aetna se reserva el derecho de aplicar sus políticas de reembolso. Esas políticas pueden reducir aún más el cargo reconocido. Estas políticas toman en cuenta factores tales como:

- La duración y complejidad de un servicio;
- Cuando se facturan varios procedimientos al mismo tiempo, si es necesario establecer gastos generales adicionales;
- Si es necesario contar con un asistente de cirujano para el servicio;
- Si está incluida la atención de seguimiento;
- Si otras características modifican un servicio específico o lo vuelven único;
- Cuando un cargo incluye más de una línea de reclamo, sin importar que algunos de los servicios descritos por una línea de reclamo formen parte del servicio principal proporcionado o sean incidentales a él; y
- El nivel de educación, licencia o años de capacitación del proveedor. Las políticas de reembolso de Aetna están basadas en una evaluación de:
 - La Iniciativa Nacional de Codificación Correcta (National Correct Coding Initiative) (NCCI) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y otros materiales externos que indican cuáles prácticas de facturación y codificación son adecuadas y cuáles no;
- Las normas generalmente aceptadas de las prácticas de medicina y odontología; y
- Los puntos de vista de médicos y dentistas que ejercen su profesión en áreas clínicas relevantes.

Aetna usa software comercial para administrar algunas de estas políticas. Algunas políticas son diferentes para los servicios profesionales y los servicios de centros/instalaciones.

El listado de tasas de instalaciones de Aetna, el área geográfica, la tasa de monto razonable, y las tasas permitidas por Medicare se definen del siguiente modo:

- **Listado de tasas de instalaciones de Aetna:** El listado de tasas que desarrollamos usando nuestros datos o experiencia para los servicios y suministros de instalaciones proporcionados fuera de la red. Aetna modifica el listado de tanto en tanto a su exclusivo criterio.
- **Área geográfica:** El área geográfica se refiere a los primeros tres dígitos de los códigos postales de EE. UU. Si Aetna determina que se necesitan más datos para un servicio o suministro específico, es posible que las tasas se basen en un área geográfica más amplia, como el estado entero.
- **Tasa de monto razonable:** No existe un monto “razonable” único. Su plan establece los montos “razonables” del siguiente modo:
 - Para los servicios profesionales y otros servicios y suministros no mencionados a continuación; y
 - El valor del percentil 75 reportado en una base de datos preparada por FAIR Health, una compañía sin fines de lucro. FAIR Health cambia estas tasas periódicamente. Aetna actualiza sus sistemas con estos cambios dentro de los 180 días siguientes a la fecha en la que los recibe de FAIR Health. Si la base de datos de FAIR Health deja de estar disponible, Aetna se reserva el derecho de sustituirla por una base de datos que Aetna considere comparable. Si la fuente de datos alternativa no contiene un valor para un servicio o suministro específico, Aetna basará el cargo reconocido en la tasa de cargos permisibles de Medicare.
- **Tasas permisibles de Medicare:** Excepto del modo especificado a continuación, estas son las tasas que establece CMS para los servicios y suministros proporcionados a las personas inscritas en Medicare. Aetna actualiza sus sistemas con estas tasas actualizadas dentro de los 180 días siguientes a la fecha en la que las recibe de CMS. Si Medicare no tiene una tasa, Aetna la determinará del siguiente modo:
 - Usando el mismo método que usa CMS para establecer las tasas de Medicare;
 - Analizará lo que cubran otros proveedores;
 - Analizará cuánto trabajo requiere prestar un servicio;
 - Analizará otros elementos, según sea necesario, para decidir qué tasa es razonable para un servicio o suministro específico; o
 - Para los servicios de hospitales y otras instalaciones: el 140% de la tasa permisible de Medicare.

Información adicional

Obtenga el mayor valor posible de sus beneficios. Use la herramienta “Estimate the Cost of Care” (Calcule el costo de su atención) en el sitio web para miembros de Aetna para que lo ayude a decidir si obtener la atención dentro o fuera de la red. El sitio web seguro para miembros de Aetna en www.aetna.com puede contener información adicional que puede ayudarlo a determinar el costo de un servicio o suministro. Inicie sesión en el sitio web para miembros de Aetna para acceder a la herramienta “Estimate the Cost of Care” (Calcule el costo de su atención). Dentro de esta función, vea nuestras herramientas “Cost of Care” (Costo de la atención) y “Cost Estimator” (Estimador de costos).

Cirugía reconstructiva

Cirugía y tratamiento de seguimiento requeridos para corregir o mejorar una parte del cuerpo a causa de un defecto de nacimiento, un accidente, lesiones o afecciones médicas.

Servicios de rehabilitación

Servicios de atención médica que ayudan a una persona a retener, recuperar o mejorar sus habilidades y funcionamiento para la vida diaria que se han perdido o están limitados a causa de una enfermedad, lesión o discapacidad. Estos servicios pueden incluir terapia física u ocupacional, patología de terapia del habla y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de entornos con internación y ambulatorios.

Instalaciones de tratamiento residencial (para el abuso de alcohol o sustancias)

Esta es una institución que cumple los siguientes requisitos:

- Proveedor de salud conductual autorizado presente en el lugar las 24 horas y los 7 días de la semana;
- Provee evaluaciones completas del paciente (preferiblemente antes de la internación, pero por lo menos en el momento de la internación);
- Es admitida por un médico;
- Tiene acceso a servicios médicos las 24 horas del día y los 7 días de la semana;
- Si el miembro requiere servicios de desintoxicación, debe tener tratamiento médico en el lugar disponible las 24 horas al día los 7 días de la semana, que debe ser supervisado activamente por un médico de cabecera;
- Provee un alojamiento que promueve la vida comunitaria y la interacción entre pares de una manera que concuerda con las necesidades de desarrollo;
- Ofrece sesiones de terapia de grupo con por lo menos un enfermero acreditado o un profesional con un título de maestría;
- Tiene la capacidad de involucrar a la familia/sistemas de apoyo en la terapia (se requiere para los niños y adolescentes y se alienta para los adultos);
- Brinda acceso a sesiones de psicoterapia individual por lo menos semanales con un psiquiatra o psicólogo;
- Tiene actividades orientadas a los pares;
- Los servicios son administrados por un proveedor de salud conductual autorizado que, aunque no necesite ser contratado individualmente, debe (1) cumplir los criterios de credenciales de Aetna para los profesionales individuales, y (2) opera bajo la dirección/supervisión de un psiquiatra autorizado (director médico);
- Tiene un plan de tratamiento activo individual dirigido a aliviar la discapacidad que causó la internación;
- Provee un nivel de intervención capacitada que concuerda con el riesgo del paciente;
- Cumple toda y cualquier norma de obtención de licencia establecida por la jurisdicción en la que está ubicada;
- No es un programa de tratamiento con terapia de contacto con la naturaleza (forme o no parte de un centro de tratamiento residencial autorizado u otro tipo de institución autorizada) ni un programa de servicios educativos, escolares o cualquier programa relacionado o similar, incluyendo los programas terapéuticos dentro de un entorno escolar;
- Tiene la capacidad de evaluar y reconocer las complicaciones de la abstinencia que amenazan la vida o el funcionamiento orgánico y obtener los servicios necesarios ya sea en el lugar o externamente;
- Supervisión de un médico las 24 horas del día y los 7 días de la semana, con evidencia de observación cercana y frecuente; y

- Proveedor de salud conductual autorizado y/o profesionales médicos o de abuso de sustancias presentes en el lugar las 24 horas y los 7 días de la semana;

Centro de tratamiento residencial (para un trastorno mental)

Esta es una institución que cumple los siguientes requisitos:

- Proveedor de salud conductual autorizado presente en el lugar las 24 horas y los 7 días de la semana;
- Provee evaluaciones completas del paciente (preferiblemente antes de la internación, pero por lo menos en el momento de la internación);
- Es admitida por un médico;
- Tiene acceso a servicios médicos las 24 horas del día y los 7 días de la semana;
- Provee un alojamiento que promueve la vida comunitaria y la interacción entre pares de una manera que concuerda con las necesidades de desarrollo;
- Ofrece sesiones de terapia de grupo con por lo menos un enfermero acreditado o un profesional con un título de maestría;
- Tiene la capacidad de involucrar a la familia/sistemas de apoyo en la terapia (se requiere para los niños y adolescentes y se alienta para los adultos);
- Brinda acceso a sesiones de psicoterapia individual por lo menos semanales con un psiquiatra o psicólogo;
- Tiene actividades orientadas a los pares;
- Los servicios son administrados por un proveedor de salud conductual autorizado que, aunque no necesite ser contratado individualmente, debe (1) cumplir los criterios de credenciales de Aetna para los profesionales individuales, y (2) opera bajo la dirección/supervisión de un psiquiatra autorizado (director médico);
- Tiene un plan de tratamiento activo individual dirigido a aliviar la discapacidad que causó la internación;
- Provee un nivel de intervención capacitada que concuerda con el riesgo del paciente;
- Cumple toda y cualquier norma de obtención de licencia establecida por la jurisdicción en la que está ubicada; y
- No es un programa de tratamiento con terapia de contacto con la naturaleza (forme o no parte de un centro de tratamiento residencial autorizado u otro tipo de institución autorizada) ni un programa de servicios educativos, escolares o cualquier programa relacionado o similar, incluyendo los programas terapéuticos dentro de un entorno escolar;

Cargos de pensión completa

Cargos hechos por una institución por el alojamiento y los alimentos y otros servicios y suministros necesarios. Los cargos deben hacerse con regularidad diariamente o semanalmente.

Si un hospital u otro centro de atención médica no identifica los montos específicos cobrados por la pensión completa y otros cargos, Aetna asumirá que el 40% del total es el cargo por la pensión completa y el 60% corresponde a otros cargos.

Pruebas diagnósticas/de detección

Un tipo de atención preventiva que incluye pruebas y exámenes para detectar la presencia de algo, en general llevados a cabo cuando usted no tiene síntomas, señales o antecedente médicos actuales de una enfermedad o afección.

Tasa de habitación semiprivada

Cargo de pensión completa que aplica una institución a la mayoría de las camas en sus habitaciones semiprivadas con dos o más camas. Si no existen habitaciones de esa naturaleza, Aetna calculará la tasa, que será la más comúnmente cobrada por instituciones similares en la misma área geográfica.

Distribución del costo de la atención

Usted comparte el costo de su atención médica pagando deducibles, copagos y coseguro. Consulte el listado de beneficios (“Sus opciones de cobertura médica de UVA” en la página 30) para conocer los detalles específicos de la distribución de costos aplicables a cada opción del Plan.

Atención de enfermería especializada

Servicios prestados o supervisados por enfermeros certificados en su hogar o en una residencia de ancianos. La enfermería especializada no es lo mismo que los “servicios de atención especializados”, que se refiere a servicios prestados por terapeutas o técnicos (en lugar de enfermeros/as certificados en su hogar o en un hogar para ancianos).

Centro con servicios de enfermería especializada:

Esta es una institución que:

- Está autorizada o aprobada bajo la ley estatal o local;
- Califica como una instalación con servicios de enfermería especializada bajo Medicare o acreditada por:
 - La Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations);
 - La Oficina de Hospitales de la Asociación Americana de Osteopatía (Bureau of Hospitals of the American Osteopathic Association); o
 - La Comisión para la Acreditación de Instalaciones de Rehabilitación (Commission on the Accreditation of Rehabilitative Facilities).
- Se dedica principalmente a proporcionar atención de enfermería especializada y servicios relacionados a los residentes que necesitan:
 - Atención médica o de enfermería; o
 - Servicios de rehabilitación por una lesión, enfermedad o discapacidad;
- Está autorizada para proporcionar y proporciona lo siguiente a pacientes internados que se están recuperando de una enfermedad o lesión:
 - Atención de enfermería profesional brindada por un/a enfermero/a registrado/a, o por un/a enfermero/a practicante autorizado/a dirigido por un/a enfermero/a registrado/a de tiempo completo; y
 - Servicios de restauración física para ayudar a los pacientes a alcanzar la meta de cuidarse independientemente en sus actividades de la vida diaria;
- Proporciona atención de enfermería las 24 horas del día ofrecida por enfermeros/as autorizados/as dirigidos por un/a enfermero/a registrado/a de tiempo completo;
- Es supervisado a tiempo completo por un médico o un/a enfermero/a registrado/a;
- Mantiene un expediente médico completo para cada paciente;
- Tiene un plan de revisión de la utilización;
- No es principalmente un lugar de descanso, para ancianos, para personas con atrasos mentales, ni para proveer cuidado custodial o educativo;
- No es principalmente un lugar para la atención y el tratamiento del alcoholismo, los trastornos de abuso de sustancias o mentales, y
- Cobra por sus servicios.

Una instalación con enfermería especializada puede ser un hospital de rehabilitación o una porción de un hospital designada para prestar servicios especializados o de rehabilitación.

Especialista

Un proveedor que se concentra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, administrar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

Medicamento especializado

Un tipo de medicamento de venta con receta que, en general, requiere un manejo especial o control y evaluación constante de un profesional médico, o que es relativamente difícil de surtir. En general, los medicamentos especializados son los más costosos en un vademécum.

Centro de cirugía

Este es un centro de cirugía ambulatoria independiente que:

- Cumple con las normas de concesión de licencia.
- Está establecido, equipado y dirigido para proporcionar servicios de cirugía general;
- Cobra por sus servicios;
- Es dirigido por un plantel de médicos, y por lo menos uno de ellos está en el lugar cuando se lleva a cabo una cirugía y durante el período de recuperación;
- Tiene por lo menos un anestesista certificado presente en el lugar cuando la cirugía requiere anestesia general o espinal, y durante el período de recuperación;
- Proporciona privilegios de personal de cirugía a los médicos que hacen cirugía en un hospital del área y a dentistas que hacen cirugía oral;
- Tiene por lo menos dos salas de operaciones y una sala de recuperación;
- Proporciona o hace arreglos con una instalación médica en el área para proveer los servicios de radiografía diagnóstica y los análisis de laboratorio necesarios para las cirugías;
- No tiene un lugar para que los pacientes permanezcan allí durante la noche;
- Proporciona, en las salas de operación y recuperación, servicios de enfermería especializada de tiempo completo, dirigidos por un/a enfermero/a registrado/a;
- Está equipado para manejar emergencias médicas y tiene personal capacitado para hacerlo;
- Debe tener a un médico capacitado en resucitación cardiopulmonar, un desfibrilador, un equipo para hacer traqueotomías y un expansor de volumen sanguíneo;
- Tiene un acuerdo escrito con un hospital del área para la transferencia de emergencia inmediata de pacientes. Los procedimientos escritos para tal transferencia deben exhibirse, y el personal debe estar consciente de ellos;
- Proporciona un programa de control de calidad continuo, incluyendo evaluaciones de médicos que no son propietarios del centro ni lo dirigen; y
- Mantiene un expediente médico para cada paciente;

Telemedicina

Una consulta telefónica o por internet con un proveedor que tiene un contrato con Aetna para ofrecer estos servicios.

Paciente terminal

Este es un diagnóstico médico de que al paciente le quedan 12 meses de vida o menos.

Terapéutico

Un tratamiento, terapia o medicamento diseñado para tener un buen efecto en el cuerpo o la mente, agregando una sensación de bienestar.

Internación urgente

Una internación hospitalaria urgente se produce cuando el médico lo ingresa al hospital por:

- La aparición de una enfermedad o su cambio; o
- El diagnóstico de una enfermedad; o
- Una lesión causada por un accidente que, aunque no requiera una internación de emergencia, es lo suficientemente grave para requerir el ingreso del paciente en un hospital dentro de las dos semanas siguientes a la fecha en la que se vuelve aparente la necesidad de la internación.

Atención urgente

Atención de una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave que necesita atención en la sala de emergencias.

Proveedor de atención urgente

Este es un centro médico independiente que:

- Proporciona servicios médicos no programados para tratar una afección urgente si su médico no está razonablemente disponible;
- Proporciona rutinariamente servicios médicos no programados durante más de 8 horas consecutivas;
- Cobra por sus servicios;
- Tiene licencia y está certificado de conformidad con las leyes o los reglamentos estatales o federales;
- Mantiene un expediente médico para cada paciente;
- Proporciona un programa de control de calidad continuo, incluyendo evaluaciones de médicos distintos a los que son propietarios del centro o lo dirigen;
- Es dirigido por un plantel de médicos, con un médico de turno en todo momento; y
- Tiene a un administrador de tiempo completo que también es médico.

Un proveedor de atención urgente puede también ser un consultorio médico si tiene un contrato con Aetna para proporcionar atención urgente y es, con el consentimiento de Aetna, incluido en la guía de proveedores como un proveedor de atención urgente que está dentro de la red.

Una sala de emergencias de un hospital o un departamento para pacientes ambulatorios no se consideran un proveedor de atención urgente.

Afección urgente

Esta es una enfermedad, lesión o afección súbita que:

- Es lo suficientemente grave para requerir atención médica inmediata para evitar problemas de salud graves;
- Incluye una afección que puede causarle dolor grave que no puede controlarse sin atención o tratamiento urgentes;
- No requiere el nivel de atención que se proporciona en una sala de emergencias de hospital; y
- Requiere atención médica ambulatoria inmediata que no puede posponerse hasta que su médico esté razonablemente disponible.

Clinicas que no requieren cita previa

Un centro de atención médica independiente que ha firmado un contrato con Aetna para:

- Tratar enfermedades y lesiones no programadas y/o que no son de emergencia; y
- Administrar ciertas inmunizaciones.

Una clínica que no requiere cita debe:

- Proporcionar servicios médicos no programados y/o que no son de emergencia;
- Cobrar por los servicios proporcionados;
- Estar autorizada y certificada de conformidad con los requisitos de las leyes o reglamentos estatales o federales;
- Tener un plantel de profesionales médicos independientes, tales como enfermeros/as practicantes, autorizados en el estado en el que está ubicada la clínica;
- Mantener un expediente médico para cada paciente;
- Proporcionar un programa de control de calidad continuo;
- Tener por lo menos un médico de turno en todo momento;
- Tener a un médico que establece el protocolo de las políticas, los lineamientos y las decisiones clínicas; y
- No ser una sala de emergencias ni un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital.

Resúmenes de beneficios y cobertura



El documento de resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage) (SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo se distribuirían los costos entre usted y el plan para los servicios médicos cubiertos. **NOTA: Se proporcionará información sobre el costo de este plan (llamado la prima) por separado. Esto es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, www.HealthReformPlanSBC.com o llame al 1- 800-370-4526. Para ver las definiciones generales de términos comunes, tales como, monto permitido, facturación por saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados vea el glosario. Puede ver el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-800-370-4526 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible total</u> ?	<u>Red de UVA</u> : Individuo \$800 / familia \$1,600. <u>Red de Aetna</u> : Individuo \$800 / familia \$1,600. Fuera de la red: Individuo \$1,600 / familia \$3,200.	En general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta cubrir el monto <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de su familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe cubrir su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad de gastos <u>deducibles</u> pagados por toda los miembros de la familia cubra el <u>deducible</u> general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de cubrir su <u>deducible</u> ?	Sí. Las visitas al consultorio dentro de la red y la <u>atención preventiva</u> están cubiertas antes de que cubra su <u>deducible</u>	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso aunque usted no haya cubierto el monto del <u>deducible</u> , pero es posible que sean aplicables un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>distribución de costos</u> y antes de que usted cubra su <u>deducible</u> . Vea una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No hay ningún otro <u>deducible</u> específico.	Usted debe pagara todos los costos de estos servicios hasta cubrir el monto deducible específico antes de que el plan comience a pagar estos servicios.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	<u>Red de UVA</u> : Individuo \$5,500 / Familia \$11,000. <u>Red de Aetna</u> : Individuo \$5,500 / Familia \$11,000. Fuera de la red: Individuo \$11,000 / Familia \$22,000.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es el monto máximo que usted puede pagar en un año de servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de su familia en este <u>plan</u> , ellos deben cubrir sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya cubierto el <u>límite de gastos de bolsillo</u> total de la familia.
¿Qué no se incluye en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de facturación por saldo, y atención médica que no cubre este <u>plan</u> y penalidades por no obtener autorización previa para los servicios.	Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para cubrir el <u>límite de gastos de bolsillo</u>
¿Pagará menos si usa a un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Vea www.aetna.com/docfind o llame al 1-800-987-9072 para obtener una lista de <u>proveedores dentro de la red de UVA</u>	Usted paga menos si usa a un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red de UVA</u> . <u>Proveedor</u> .. Usted paga más si usa a un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red proveedores de Aetna</u> . Usted pagará más si usa a un <u>proveedor fuera de la red</u> y tal vez reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación de saldo</u>). Esté atento. Es posible que su <u>proveedor de la red</u> use a un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (tales análisis de laboratorio). Pregúntele a su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para consultar con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar con el <u>especialista</u> que elija sin una <u>derivación</u>



Todos los costos de copago y **coseguro** que se muestran en esta gráfica son después de que usted cubra su **deducible**, si es que es aplicable un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red de UVA (usted pagará menos)	Proveedor de la red de Aetna (usted pagará más)	Fuera de la red de UVA (usted pagará más)	
Si usted visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<u>Copago</u> de \$25 por visita	<u>Copago</u> de \$40 por visita	<u>Coseguro</u> del 40%	Incluye a internistas, médicos generales, médicos de familia o pediatras.
	Visita al <u>especialista</u>	<u>Copago</u> de \$50 por visita	<u>Copago</u> de \$80 por visita	<u>Coseguro</u> del 40%	Existe un límite de cobertura de 26 visitas de atención quiropráctica y 20 visitas de acupuntura por año calendario
	<u>Atención preventiva/pruebas diagnósticas /inmunización</u>	Sin cargo, excepto que no se cubren los exámenes de la audición	Sin cargo, excepto que no se cubren los exámenes de la audición	No cubierto	Es posible que tenga que pagar por los servicios no preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios son preventivos. Luego vea qué pagará su <u>plan</u> . Es posible que sean aplicables listados de edad y frecuencia.
Si se hace una prueba	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografías, análisis de sangre)	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguno
	Imágenes diagnósticas (TC/TEP, resonancias magnéticas)	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguno
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos genéricos	<u>Copago</u> de \$6 por 30 días; <u>copago</u> de \$14 por 90 días;	<u>Copago</u> de \$6 por 30 días; <u>copago</u> de \$14 por 90 días de pedido por correo;	<u>Copago</u> de \$6 más monto facturado menos la tasa por contrato/30 días	Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista), suministro de 90 días (pedido por correo, red de UVA, farmacias de CVS). No hay cargo por los anticonceptivos para mujeres genéricos autorizados por la FDA dentro de la red. Su costo será más alto si elige medicamentos de marca en lugar de genéricos.
Hay más información sobre la cobertura de medicamentos de venta bajo receta en www.aetnapharmacy.com/standard	Medicamentos de marca preferidos	Después del <u>deducible</u> , <u>coseguro</u> del 20% con un máximo de \$150/30 días, <u>coseguro</u> del 15% con un máximo de \$375 por 90 días	Después del <u>deducible</u> , un <u>coseguro</u> del 20% con un mínimo de \$34 y un máximo de \$150/30 días, <u>coseguro</u> del 15% con un mínimo de \$75/máximo de \$375/ 90 días de pedido por correo	Después del <u>deducible</u> , <u>coseguro</u> del 20% con un mínimo de \$34/máximo de \$150 más el monto facturado menos la tasa por contratación/30 días	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red de UVA (Usted pagará menos)	Proveedor de la red de Aetna (usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
	Medicamentos de marca no preferidos	Después del <u>deducible, coseguro</u> del 20% con un máximo de \$225/30 días, <u>coseguro</u> del 15% con un máximo de \$475/90 días	Después del <u>deducible, un coseguro</u> del 20% con un mínimo de \$68 y un máximo de \$225/30 días, <u>coseguro</u> del 15% con un mínimo de \$150/máximo de \$475/90 días de pedido por correo	Después del <u>deducible, coseguro</u> del 20% con un mínimo de \$68/máximo de \$225 más el monto facturado menos tasa por contrato/30 días	Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista), suministro de 90 días (pedido por correo, red de UVA, farmacias de CVS). No hay costo por los anticonceptivos genéricos para la mujer aprobados por la FDA dentro de <u>la red</u> . Su costo será más alto si elige medicamentos de marca en lugar de genéricos.
	<u>Medicamentos especializados: Genéricos (G), de marca preferidos (P), de marca no preferidos (N)</u>	Después del deducible, G: <u>Coseguro</u> del 20% con un máximo de \$100; T: <u>Coseguro</u> del 20% con un máximo de \$150; N: <u>Coseguro</u> del 20% con un máximo de \$200;	Después del deducible, G: <u>Coseguro</u> del 20% con un máximo de \$100; T: <u>Coseguro</u> del 20% con un máximo de \$150; N: <u>Coseguro</u> del 20% con un máximo de \$200;	No cubierto	Cubre un suministro de hasta 30 días. <u>Los medicamentos especializados</u> se deben surtir en la farmacia UVA Specialty. Los medicamentos especializados de distribución limitada se pueden obtener a través de la farmacia CVS Specialty. Se exige elegir el medicamento genérico.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tasa de las instalaciones (p.ej., centro de cirugía ambulatoria)	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguno
	Honorarios de médicos/cirujanos	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguno
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	<u>Coseguro</u> del 25%	<u>Coseguro</u> del 25%	<u>Coseguro</u> del 25%	Sin cobertura para el uso no urgente.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura para transporte no urgente.
	<u>Atención urgente</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura para el uso no urgente.
Si es internado en un hospital	Tasa de las instalaciones (p.ej., habitación de hospital)	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Se requiere autorización previa para la atención fuera de la red
	Honorarios de médicos/cirujanos	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Consultorio: <u>Copago</u> de \$25 por visita, otros servicios ambulatorios: 20% de <u>coseguro</u>	Consultorio: <u>Copago</u> de \$40 por visita, otros servicios ambulatorios: 20% de <u>coseguro</u>	Servicios de consultorio y otros servicios ambulatorios: <u>Coseguro</u> del 40%	Ninguno
	Servicios para pacientes internados	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Se requiere autorización previa para la atención fuera de la red

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Proveedor de la red de UVA (usted pagará menos)	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
			Proveedor de la red de Aetna (usted pagará más)	Fuera de la red de UVA (usted pagará más)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	No se cobra por los servicios de rutina	No se cobra por los servicios de rutina	Coseguro del 40%	La distribución de costos no es aplicable a ciertos <u>servicios preventivos</u> . La atención de maternidad puede incluir análisis y servicios descritos en otra parte en el SBC (es decir, ultrasonido.) Es posible que se requiera autorización previa para la atención recibida fuera de la red.
	Servicios profesionales de trabajo de parto/parto	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	
	Servicios de instalaciones de trabajo de parto/parto	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Atención médica en el hogar</u>	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	90 visitas por año calendario. Se requiere autorización previa para la atención fuera de la red
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Copago de \$40 por visita	Copago de \$40 por visita	Coseguro del 40%	La cobertura se limita a 40 visitas por año calendario de terapia física y ocupacional combinadas, 40 visitas por año calendario de terapia del habla.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Copago de \$40 por visita	Copago de \$40 por visita	Coseguro del 40%	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	180 días por año calendario. Se requiere autorización previa para la atención fuera de la red.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Límite de 1 <u>equipo médico durable</u> para el mismo propósito o uno similar. Excluye las reparaciones por uso indebido/abuso.
	<u>Servicios paliativos</u>	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Se requiere autorización previa para la atención fuera de la red
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
	Examen dental pediátrico	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que generalmente su plan NO cubre (Revise su póliza o documento del plan para mayor información y una lista de cualquier otro servicio excluido.)

- Cirugía cosmética
- Atención dental (adultos y pediátrica)
- Anteojos (adultos y pediátricos)
- Audífonos
- Cuidado de largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU.
- Enfermería particular
- Atención oftalmológica de rutina (adultos y pediátricos)
- Cuidado de rutina de los pies
- Programas para bajar de peso: Excepto por los servicios preventivos requeridos

Otros servicios cubiertos (Estos servicios pueden tener limitaciones. Esta no es una lista completa. Por favor vea su documento del plan.)

- Acupuntura: 20 visitas por año calendario.
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica: 26 visitas por año calendario
- Tratamiento de la esterilidad: se limita solo al diagnóstico y tratamiento de la afección médica subyacente.
- Inseminación artificial, inducción de la ovulación y tecnología reproductiva de avanzada: Máximo de por vida de \$15,000.

Sus derechos de continuar la cobertura:

Hay organismos que pueden ayudarlo si desea continuar su cobertura después de que termine. La información de contacto de estos organismos es:

- Para obtener más información sobre sus derechos de continuar la cobertura, comuníquese con el plan llamando al 1-800-370-4526.
- Si su cobertura de salud grupal está sujeta a la ley ERISA, también puede comunicarse con la Administración de Seguridad de los Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o en <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
- Para los planes de salud grupal del gobierno no federal, también puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información para el Consumidor y Supervisión de Seguros (Center for Consumer Information and Insurance Oversight), llamando al 1-877-267-2323 x 61565 o en www.cciio.cms.gov
- Si su cobertura es un plan de una iglesia, estos planes no están cubiertos por las normas de continuación de la cobertura de la ley federal COBRA. Si la cobertura está asegurada, los individuos deben comunicarse con el regulador de seguros de su estado para averiguar sus posibles derechos de continuar con la cobertura bajo la ley estatal.

Es posible que también tenga otras opciones de cobertura, incluyendo la opción de comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro de Salud (Health Insurance Marketplace). Para obtener más información del Mercado de Seguro de Salud visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de presentación de quejas y apelaciones:

Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por una denegación de un reclamo. Este tipo de queja se denomina una reclamación o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la explicación de beneficios que recibirá para ese reclamo médico. Sus documentos del plan también proveen información completa de cómo presentar un reclamo, una apelación o una reclamación por cualquier razón a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, esta notificación o asistencia, comuníquese con

- Aetna directamente llamando al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación médica, o llamando a nuestro número gratuito general: 1-800-370-4526.
- Si su cobertura de salud grupal está sujeta a la ley ERISA, también puede comunicarse con la Administración de Seguridad de los Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o en <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>

Para los planes de salud grupal del gobierno no federal, también puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información para el Consumidor y Supervisión de Seguros (Center for Consumer Information and Insurance Oversight), llamando al 1-877-267-2323 x 61565 o en www.cciio.cms.gov

Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. La información de contacto está en: <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>

¿Este plan proporciona una cobertura esencial mínima? Sí.

En general, la cobertura esencial mínima incluye planes, seguro de salud disponibles a través del Mercado de Seguro de Salud u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertos tipos de otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima tal vez no sea elegible para el crédito impositivo por la prima

¿Este plan cumple las normas de valor mínimo? Sí.

Si su plan no cumple con las normas de valor mínimo es posible que se elegible para recibir un crédito impositivo para la prima para ayudarlo a pagar por un plana través del Mercado de Seguro de Salud.

Para ver ejemplos de cómo puede cubrir los costos de una situación médica de ejemplo este plan, vea la siguiente sección.

Sobre los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan puede cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden ser diferentes, dependiendo de la atención que reciba, los precios que cobran sus proveedores, y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de distribución de costos (deducibles copagos y coseguro) y en los servicios excluidos bajo el plan. Use esta información para comparar la porción de costos que usted puede pagar bajo diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados solo en una cobertura individual.

Peg está por tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en un hospital)

- El deducible general del plan \$800
- Copago de especialista \$50
- Coseguro del hospital (instalaciones) 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye servicios tales como: Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*) Servicios profesionales de trabajo de parto/parto Servicios de las instalaciones de parto/trabajo de parto Pruebas diagnósticas(*ultrasonidos y análisis de sangre*) Consulta con el especialista (*anestesia*)

Costo total de ejemplo	\$12,800
<u>Distribución de costos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$800
<u>Copagos</u>	\$74
<u>Coseguro</u>	\$2,001
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es	\$2,935

Manejo 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 \$800
- Copago de especialista \$50
- Coseguro del hospital (instalaciones) 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye servicios tales como: Visitas al consultorio del médico de cabecera (*incluyendo educación sobre la enfermedad*) Pruebas diagnósticas(*análisis de sangre*) Medicamentos de venta con receta Equipo médico duradero(*medidor de nivel de glucosa*)

Costo total de ejemplo	\$7,400
<u>Distribución de costos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$900
<u>Copagos</u>	\$426
<u>Coseguro</u>	\$1,089
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55
El total que pagaría Joe es	\$2,470

Fractura simple de Mía
(Visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

- El deducible general del plan \$800
- Copago de especialista \$50
- Coseguro del hospital (instalaciones) 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye servicios tales como: Atención en la sala de emergencias (*incluyendo los insumos médicos*) Prueba diagnóstica(*radiografía*) Equipo médico duradero(*muletas*) Servicios de rehabilitación(*terapia física*)

Costo total de ejemplo	\$1,900
<u>Distribución de costos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$800
<u>Copagos</u>	\$280
<u>Coseguro</u>	\$311
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mía es	\$1,391

El plan sería responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.

Tecnología de asistencia

Es posible que las personas que usan tecnología de asistencia no puedan acceder plenamente a la siguiente información. Para obtener asistencia, llame al 866-393-0002.

Teléfono inteligente o tableta

Para ver los documentos usando su teléfono inteligente o tableta se necesita la aplicación gratuita WinZip. Posiblemente esté disponible en su tienda de aplicaciones.

Prohibición de discriminación

Aetna cumple con las leyes de derechos civiles federales y no discrimina ilícitamente, excluye ni trata a las personas de forma diferente por razones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Proporcionamos asistencia/servicios gratuitos para las personas con discapacidades y las personas que necesitan asistencia lingüística.

Si necesita a un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducciones u otros servicios, llame al número que aparece en su tarjeta de identificación.

Si cree que no hemos cumplido con nuestro deber de proporcionar estos servicios o hemos discriminado a alguien por pertenecer a las clases protegidas indicadas anteriormente, también puede presentar una queja al coordinador de derechos civiles comunicándose con:

Civil Rights Coordinator (Coordinador de derechos civiles),

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de HMO de CA: P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779), 1-800-648-7817, TTY: 711,

Fax: 859-425-3379 (clientes de HMO de CA: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una reclamación de derechos civiles al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de EE. UU, portal de la Oficina de Quejas de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o a: U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.), 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamando al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna es la marca usada para productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, incluyendo Aetna Life Insurance Company, los planes de Coventry Health Care y sus afiliados.

Teléfono para sordomudos (TTY): 711

Asistencia de idiomas:

Para obtener asistencia de idiomas en su idioma, llame al 1-800-370-4526 gratuitamente.

Albano: Për asistencë në gjuhën shqipe telefononi falas në 1-800-370-4526.

Amhárico: ለቋንቋ እገዛ በ አማርኛ በ 1-800-370-4526 በነጻ ይደውሉ

Árabe: 1-800-370-4526 للمساعدة في (اللغة العربية)، الرجاء الاتصال على الرقم المجاني

Armenio: Lteqvlh gnlgwpternawb wɔwlygnlɔjwnl (hawjɛrɛn) qwnqhl 1-800-370-4526 առանց գնով: Bahasa

Indonesio: Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-800-370-4526 tanpa dikenakan biaya. Bantú-

Kirundi: Niba urondera uwugufasha mu Kirundi, twakure kuri iyi numero 1-800-370-4526 ku busa

Bengali-Bangla: বাংলায় ভাষা সহায়তার জন্য িবনামুেলেষ্ 1-800-370-4526-েত কল করন।

Lenguas bisayas: Alang sa pag-abag sa pinulongan sa (Binisayang Sinugboanon) tawag sa 1-800-370-4526 nga walay bayad.

Birmano: ငွေတန်ကျခံရမလိုဘဲ (မြန်မာဘာသာစကား)ဖြင့် ဘာသာစကားအကူအညီရယူရန် 1-800-370-4526 ကို ခေါ်ဆိုပါ။

Catalán: Per rebre assistència en (català), truqui al número gratuït 1-800-370-4526.

Chamorro: Para ayuda gi fino' (Chamoru), ágang 1-800-370-4526 sin gástu.

Cheroquí: ᎠᎩᎠᎵ ᎠᎵᎠᎵᎠᎵ ᎠᎵᎠᎵᎠᎵ ᎠᎵᎠᎵ (CWY) ᎠᎵᎠᎵᎠᎵ 1-800-370-4526 ᎠᎵᎠᎵ ᎠᎵᎠᎵᎠᎵ ᎠᎵᎠᎵᎠᎵ ᎠᎵᎠᎵᎠᎵ.

Chino: 欲取得繁體中文語言協助，請撥打 1-800-370-4526，無需付費。

Choctaw: (Chahta) anumpa ya apela a chi l paya hinla 1-800-370-4526.

Cushita: Gargaarsa afaan Oromiffa hiikuu argachuuf lakkokkofsa bilbilaa 1-800-370-4526 irratti bilisaan bilbilaa.

Holandés: Bel voor tolk- en vertaaldiensten in het Nederlands gratis naar 1-800-370-4526.

Francés: Pour une assistance linguistique en français appeler le 1-800-370-4526 sans frais.

Criollo francés: Pou jwenn asistans nan lang Kreyòl Ayisyen, rele nimewo 1-800-370-4526 gratis.

Alemán: Benötigen Sie Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache? Rufen Sie uns kostenlos unter der Nummer 1-800-370-4526 an.

Griego: Για γλωσσική βοήθεια στα Ελληνικά καλέστε το 1-800-370-4526 χωρίς χρέωση.

Guyaratí: જરાતીમાં ભાષામાં સહાય માટે કોઈ પણ ખર્ચ વગર 1-800-370-4526 પર કોલ કરો.

Hawaiano: No ke kōkua ma ka 'ōlelo Hawai'i, e kahea aku i ka helu kelepona 1-800-370-4526. Kāki 'ole 'ia kēia kōkua nei.

- Hindi: हिन्दी में भाषा सहायता के लिए, 1-800-370-4526 पर मुफ्त कॉल करें।
- Hmong: Yog xav tau kev pab txhais lus Hmoob hu dawb tau rau 1-800-370-4526.
- Ibo: Maka enyemaka asụsụ na Igbo kpọọ 1-800-370-4526 na akwụghị ụgwọ ọ bụla llocano -Para iti tulong ti pagsasao iti pagsasao tawagan ti 1-800-370-4526 nga awan ti bayadanyo.
- Italiano: Per ricevere assistenza linguistica in italiano, può chiamare gratuitamente 1-800-370-4526.
- Japonés: 日本語で援助をご希望の方は、1-800-370-4526 まで無料でお電話ください。
- Karen: လာဝါမၤစၢလၢကဝါလၢကၢ်အီၣ်အီၣ်ကၢ် ၈၀၀-၃၇၀-၄၅၂၆ လာဝါအီၣ်အီၣ်အီၣ်အီၣ်အီၣ်အီၣ်
- Coreano: 한국어로 언어 지원을 받고 싶으시면 무료 통화번호인 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.
- Kru-Bassa: Bε`m`ké gbo-kpá-kpá dyé pídyi dé Bǎsǎw`wuḍuñ wɛɛ, dá 1-800-370-4526
- Kurdo: برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-800-370-4526 به خورایی یه یونیدی بکهن.
- Laociano: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາລາວ, ກະລຸນາໂທຫາ 1-800-370-4526 ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໂທ.
- Maratí: कोणत्याह शुल्का शवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी, 1-800-370-4526 वर फोन करा.
- Marshalés: Ñan bōk jipañ ilo Kajin Majol, kallok 1-800-370-4526 ilo ejjelok wōnān.
- Micronesio Pohnpei: Ohng palien sawas en soun kawewe ni omw lokaia Ponape koahl 1-800-370-4526 ni sohte isais.
- Mon Jemer, Camboyano: សម្រាប់ជំនួយភាសាជា ភាសាខ្មែរ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-370-4526 ដោយឥតគិតថ្លៃ។
- Navajo: T'áá shi shizaad k'ehjí bee shíká a'doowol ninízingo Diné k'ehjí koji' t'áá jíík'e hólné' 1-800-370-4526
- Nepalí: (नेपाल) मा शुल्क भाषा सहायता पाउनका लागि 1-800-370-4526 मा फोन ोस् ।
गनर्ह Nilotic-Dinka - Tën kuwoɲy ë thok ë Thuonjäŋ col 1-800-370-4526 kecın ayöc.
- Noruego: For språkassistanse på norsk, ring 1-800-370-4526 kostnadsfritt.
- Punyabí: ਪੰ ਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਤਾਮਾਈ ਮਹਾਇਤਾ ਲਈ, 1-800-370-4526 'ਤੇ ਮੁਫਤ ਕਾਲ ਕਰੋ।
- Holandés de Pennsylvania: Fer Hilfe in Deutsch, ruf: 1-800-370-4526 aa. Es Aaruf koschtet nix.
- Persa: برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-800-370-4526 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. انگلیسی
- Polaco: Aby uzyskać pomoc w języku polskim, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-800-370-4526.
- Portugués: Para obter assistência linguística em português ligue para o 1-800-370-4526 gratuitamente.
- Rumano: Pentru asistență lingvistică în românește telefonați la numărul gratuit 1-800-370-4526

- Ruso: Чтобы получить помощь русскоязычного переводчика, позвоните по бесплатному номеру 1-800-370-4526.
- Samoano: Mo fesoasoani tau gagana I le Gagana Samoa vala'au le 1-800-370-4526 e aunoa ma se totogi.
- Serbocroata: Za jezičnu pomoć na hrvatskom jeziku pozovite besplatan broj 1-800-370-4526.
- Español: Para obtener asistencia lingüística en español, llame sin cargo al 1-800-370-4526.
- Fulfulde sudanés: Fii yo on hebu balal e ko yowitii e haala Pular noddee e oo numero dfoo 1-800-370-4526. Njodi woo fawaaki on.
- Swahili: Ukihitaji usaidizi katika lugha ya Kiswahili piga simu kwa 1-800-370-4526 bila malipo.
- Siríaco: ܟܠܘܢܐ ܕܡܫܝܚܐ ܕܡܪܝܩܐ ܕܥܪܒܐ ܕܟܪܝܫܬܐ ܕܟܪܝܫܬܐ ܕܟܪܝܫܬܐ ܕܟܪܝܫܬܐ ܕܟܪܝܫܬܐ ܕܟܪܝܫܬܐ 1-800-370-4526 ܕܟܪܝܫܬܐ.
- Tagalo: Para sa tulong sa wika na nasa Tagalog, tawagan ang 1-800-370-4526 nang walang bayad.
- Télugu: 1-800-370-4526 కి కాల్ చేయండి. (పాత్రం పంపించినట్లయితే)
- Tailandés: สำหรับความช่วยเหลือ ทางด้านภาษาเป็น ภาษาไทย โทร 1-800-370-4526 ฟรี ค่าใช้จ่าย
- Tongano: Kapau 'oku fiema'u hā tokoni 'i he lea faka-Tonga telefoni 1-800-370-4526 'o 'ikai hā ʻōtōngi.
- Lengua trukesa: Ren ánnisin chiakú ren (Kapasen Chuuk) kopwe kékkéeri 1-800-370-4526 nge esapw kamé ngonuk.
- Turco: (Dil) çağrısı dil yardım için. Hiçbir ücret ödemedен 1-800-370-4526.
- Ucraniano: Щоб отримати допомогу перекладача української мови, зателефонуйте за безкоштовним номером 1-800-370-4526.
- Urdu: بلاقیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، 1-800-370-4526 پر بات کریں۔
- Vietnamita: **Đé được hỗ trợ ngôn ngữ bằng (ngôn ngữ), hãy gọi miễn phí đến số 1-800-370-4526.**
- Yiddish: פאר שפראך הילף אין אידיש רופט 1-800-370-4526 פון אפצאל.
- Yoruba: Fún ìrànlọwọ nípa èdè (Yorùbá) pe 1-800-370-4526 láí san owó kankan rárá.



El documento de resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage) (SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo se distribuirían los costos entre usted y el plan para los servicios médicos cubiertos. **NOTA: Se proporcionará información sobre el costo de este plan (llamado la prima) por separado. Esto es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, www.HealthReformPlanSBC.com o llame al 1- 800-370-4526. Para ver las definiciones generales de términos comunes, tales como monto permitido, facturación por saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados vea el glosario. Puede ver el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-800-370-4526 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> total?	<u>Dentro de la red</u> : Individuo \$800 / familia \$1,600. Fuera de la red: Individuo \$1,600 / familia \$3,200.	En general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta cubrir el monto <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de cubrir su <u>deducible</u> ?	Sí. <u>La atención preventiva</u> está cubierta antes de que usted cubra su <u>deducible</u>	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso aunque usted no haya cubierto el monto del <u>deducible</u> , pero es posible que sean aplicables un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>distribución de costos</u> y antes de que usted cubra su <u>deducible</u> . Vea una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No hay ningún otro <u>deducible</u> específico.	No es necesario que cubra los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite</u> bolsillo para este <u>plan</u> ?	<u>Dentro de la red</u> : Individuo \$5,500 / Familia \$11,000. Fuera de la red: Individual \$11,000 / Familia \$22,000.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es el monto máximo que usted puede pagar en un año de servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de su familia en este <u>plan</u> ellos deben cubrir sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya cubierto el <u>límite de gastos de bolsillo</u> total de la familia.
¿Qué no se incluye en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Las primas</u> , los cargos de facturación de saldo, la atención médica que no cubre este <u>plan</u> y las penalidades por no obtener la autorización previa de los servicios.	Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para cubrir el <u>límite de gastos de bolsillo</u>
¿Pagará menos si usa a un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Vea http://www.aetna.com/docfind o llame al 1-800-987-9072 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> no designados.	Este plan usa una red de proveedores. Usted pagará menos si usa a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si usa a un <u>proveedor fuera de la red</u> y tal vez reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación de saldo</u>). Esté atento. Es posible que su <u>proveedor de la red</u> use a un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (tales análisis de laboratorio). Pregúntele a su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para consultar con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar con el <u>especialista</u> que elija sin una <u>derivación</u>



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en esta gráfica son después de que usted cubra su **deducible**, si es que es aplicable un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si usted visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<u>Copago</u> de \$25 por visita	<u>Coseguro</u> del 40%	<p>Incluye a internistas, médicos generales, médicos de familia o pediatras.</p> <p>La cobertura se limita a 26 visitas de atención quiropráctica y 20 visitas de acupuntura por año calendario</p> <p>Es posible que tenga que pagar por los servicios no preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios son preventivos. Luego vea qué pagará su <u>plan</u>.</p>
	Visita al <u>especialista</u>	<u>Copago</u> de \$50 por visita	<u>Coseguro</u> del 40%	
	<u>Atención preventiva/pruebas diagnósticas /inmunización</u>	Sin cargo, excepto que no se cubren los exámenes de la audición	No cubierto	
Si se hace una prueba	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografías, análisis de sangre)	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguno
	Imágenes diagnósticas (TC/TEP, resonancias magnéticas)	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguno
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la <u>cobertura de medicamentos de venta con receta</u> disponible en www.aetnapharmacy.com/standard	Medicamentos genéricos	<u>Copago</u> de \$6 por 30 días; <u>copago</u> de \$14 por 90 días de pedido por correo	<u>Copago</u> de \$6 más monto facturado menos la tasa por contrato/30 días	<p>Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista), suministro de 90 días (pedido por correo, farmacias de UVA, farmacias de CVS). No hay cargo por los anticonceptivos para mujeres genéricos autorizados por la FDA <u>dentro de la red</u>. Su costo será más alto si elige medicamentos de marca en lugar de genéricos.</p>
	Medicamentos de marca preferidos	Después del <u>deducible</u> un <u>coseguro</u> del 20% con un mínimo de \$34/ y un máximo de \$150 por 30 días, un <u>coseguro</u> del 15% con un mínimo del \$75 y un máximo de \$375 por 90 días de pedido por correo	Después del <u>deducible</u> , <u>coseguro</u> del 20% con un mínimo de \$34/máximo de \$150 más el monto facturado menos la tasa por contratación/30 días	
	Medicamentos de marca no preferidos	Después del <u>deducible</u> , <u>coseguro</u> del 20% con un mínimo de \$68 y un máximo de \$225/30 días <u>coseguro</u> del 15% con un mínimo de \$150/máximo de \$475/ 90 días de pedido por correo	Después del <u>deducible</u> , <u>coseguro</u> del 20% con un mínimo de \$68/máximo de \$225 más el monto facturado menos la tasa por contrato/30 días	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor dentro de la red (Usted pagará más)	
	<u>Medicamentos especializados: Genéricos (G), de marca preferidos (P), de marca no preferidos (N)</u>	Después del deducible, G: <u>Coseguro</u> del 20% con un máximo de \$100; T: <u>Coseguro</u> del 20% con un máximo de \$150; N: <u>Coseguro</u> del 20% con un máximo de \$200;	No cubierto	Cubre un suministro de hasta 30 días. <u>Los medicamentos especializados se deben surtir en la farmacia UVA Specialty.</u> Los medicamentos especializados de distribución limitada se pueden obtener a través de la farmacia CVS Specialty. Se exige elegir el medicamento genérico.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tasa de las instalaciones (p.ej., centro de cirugía ambulatoria)	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguno
	Honorarios de médicos/cirujanos	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguno
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	<u>Coseguro</u> del 25%	<u>Coseguro</u> del 25%	Sin cobertura para usos no urgentes.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura para transporte no urgente.
	<u>Atención urgente</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura para usos no urgentes
Si es internado en un hospital	Tasa de las instalaciones (p.ej., habitación de hospital)	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Se requiere autorización previa para la atención fuera de la red.
	Honorarios de médicos/cirujanos	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Consultorio: Copago de \$25 por visita, otros servicios ambulatorios: <u>Coseguro</u> del 20%	Servicios de consultorio y otros servicios ambulatorios: <u>Coseguro</u> del 40%	Ninguno
	Servicios para pacientes internados	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Se requiere autorización previa para la atención fuera de la red.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	No se cobra por los servicios de rutina	<u>Coseguro</u> del 40%	<u>La distribución de costos no es aplicable a ciertos servicios preventivos.</u> La atención de maternidad puede incluir análisis y servicios descritos en otra parte en el SBC (es decir, ultrasonido.) Es posible que se requiera autorización previa para la atención fuera de la red.
	Servicios profesionales de trabajo de parto/parto	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	
	Servicios de instalaciones de trabajo de parto/parto	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Atención médica en el hogar</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	90 visitas por año calendario. Se requiere autorización previa para la atención fuera de la red.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>Copago</u> de \$40 por visita	<u>Coseguro</u> del 40%	Se limita a 40 visitas por año calendario de terapia física y ocupacional combinadas, 40 visitas por año calendario de terapia del habla.
	<u>Servicios de habilitación</u>	<u>Copago</u> de \$40 por visita	<u>Coseguro</u> del 40%	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	La cobertura se limita a 180 días por año calendario. Es posible que se requiera autorización previa para la atención fuera de la red.
	<u>Equipo médico duradero</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Límite de 1 <u>equipo médico durable</u> para el mismo propósito o uno similar. Excluye las reparaciones por uso indebido/abuso.
	<u>Servicios paliativos</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Se requiere autorización previa para la atención fuera de la red.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No cubierto	No cubierto	No cubierto
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	No cubierto
	Examen dental pediátrico	No cubierto	No cubierto	No cubierto

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Cirugía cosmética
- Atención dental (adultos y pediátrica)
- Anteojos (adultos y pediátricos)
- Audífonos
- Cuidado de largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU.
- Enfermería particular
- Atención oftalmológica de rutina (adultos y pediátricos)
- Cuidado de rutina de los pies
- Programas para bajar de peso: Excepto por los servicios preventivos requeridos

Otros servicios cubiertos (Estos servicios pueden tener limitaciones. Esta no es una lista completa. Por favor vea su documento del plan.)

- Acupuntura: 20 visitas por año calendario.
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica: 26 visitas por año calendario.
- Tratamiento de la esterilidad: se limita solo al diagnóstico y tratamiento de las afecciones médicas subyacentes.
- Inseminación artificial, inducción de la ovulación y tecnología reproductiva de avanzada: Máximo de por vida de \$15,000.

Sus derechos de continuar la cobertura:

Hay organismos que pueden ayudarlo si desea continuar su cobertura después de que termine. La información de contacto de estos organismos es:

- Para obtener más información sobre sus derechos de continuar la cobertura, comuníquese con el plan llamando al 1-800-370-4526.
- Si su cobertura de salud grupal está sujeta a la ley ERISA, también puede comunicarse con la Administración de Seguridad de los Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o en <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
- Para los planes de salud grupal del gobierno no federal, también puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información para el Consumidor y Supervisión de Seguros (Center for Consumer Information and Insurance Oversight), llamando al 1-877-267-2323 x 61565 o en www.cciio.cms.gov
- Si su cobertura es un plan de una iglesia, estos planes no están cubiertos por las normas de continuación de la cobertura de la ley federal COBRA. Si la cobertura está asegurada, los individuos deben comunicarse con el regulador de seguros de su estado para averiguar sus posibles derechos de continuar con la cobertura bajo la ley estatal.

Es posible que también tenga otras opciones de cobertura, incluyendo la opción de comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro de Salud (Health Insurance Marketplace). Para obtener más información del Mercado de Seguro de Salud visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de presentación de quejas y apelaciones:

Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por una denegación de un reclamo. Este tipo de queja se denomina una reclamación o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la explicación de beneficios que recibirá para ese reclamo médico. Sus documentos del plan también proveen información completa de cómo presentar un reclamo, una apelación o una reclamación por cualquier razón a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, esta notificación o asistencia, comuníquese con

- Aetna directamente llamando al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación médica, o llamando a nuestro número gratuito general: 1-800-370-4526.
- Si su cobertura de salud grupal está sujeta a la ley ERISA, también puede comunicarse con la Administración de Seguridad de los Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o en <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
- Para los planes de salud grupal del gobierno no federal, también puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información para el Consumidor y Supervisión de Seguros (Center for Consumer Information and Insurance Oversight),

llamando al 1-877-267-2323 x 61565 o en www.cciio.cms.gov

- Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. La información de contacto está en: <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>

¿Este plan proporciona una cobertura esencial mínima? Sí.

En general, la cobertura esencial mínima incluye planes, seguro de salud disponibles a través del Mercado de Seguro de Salud u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertos tipos de otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima tal vez no sea elegible para el crédito impositivo por la prima

¿Este plan cumple las normas de valor mínimo? Sí.

Si su plan no cumple con las normas de valor mínimo es posible que se elegible para recibir un crédito impositivo para la prima para ayudarlo a pagar por un plan a través del Mercado de Seguro de Salud.

Para ver ejemplos de cómo puede cubrir los costos de una situación médica de ejemplo este plan, vea la siguiente sección.

Sobre los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan puede cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden ser diferentes, dependiendo de la atención que reciba, los precios que cobran sus proveedores, y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de distribución de costos (deducibles copagos y coseguro) y en los servicios excluidos bajo el plan. Use esta información para comparar la porción de costos que usted puede pagar bajo diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados solo en una cobertura individual.

Peg está por tener un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en un hospital)

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$800
■ <u>Coseguro de especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro del hospital (instalaciones)</u>	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%
■ El <u>deducible general del plan</u>	\$800

Este EJEMPLO incluye servicios tales como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*) Servicios profesionales de trabajo de parto/parto Servicios de las instalaciones de parto/trabajo de parto Pruebas diagnósticas (*ultrasonidos y análisis de sangre*) Consulta con el especialista (*anestesia*)

Costo total de ejemplo	\$12,800
<i>Distribución de costos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$800
<u>Copagos</u>	\$74
<u>Coseguro</u>	\$2,001
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es	\$2,935

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

■ <u>Coseguro de especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro del hospital (instalaciones)</u>	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%
■ El <u>deducible general del plan</u>	\$800
■ <u>Coseguro de especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro del hospital (instalaciones)</u>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios tales como:

Visitas al consultorio del médico de cabecera (*incluyendo educación sobre la enfermedad*) Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*) Medicamentos de venta con receta Equipo médico duradero (*medidor de nivel de glucosa*)

Costo total de ejemplo	\$7,400
<i>Distribución de costos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$900
<u>Copagos</u>	\$426
<u>Coseguro</u>	\$1,089
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55
El total que pagaría Joe es	\$2,470

Fractura simple de Mía (Visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

■ Otro <u>coseguro</u>	20%
------------------------	-----

Este EJEMPLO incluye servicios tales como:

Atención en la sala de emergencias (*incluyendo los insumos médicos*) Prueba diagnóstica (*radiografía*) Equipo médico duradero (*muletas*) Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total de ejemplo	\$1,900
<i>Distribución de costos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$800
<u>Copagos</u>	\$280
<u>Coseguro</u>	\$311
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mía es	\$1,391

El plan sería responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.

Tecnología de asistencia

Es posible que las personas que usan tecnología de asistencia no puedan acceder plenamente a la siguiente información. Para obtener asistencia, llame al 866-393-0002.

Teléfono inteligente o tableta

Para ver los documentos usando su teléfono inteligente o tableta se necesita la aplicación gratuita WinZip. Posiblemente esté disponible en su tienda de aplicaciones.

Prohibición de discriminación

Aetna cumple con las leyes de derechos civiles federales y no discrimina ilícitamente, excluye ni trata a las personas de forma diferente por razones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Proporcionamos asistencia/servicios gratuitos para las personas con discapacidades y las personas que necesitan asistencia lingüística.

Si necesita a un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducciones u otros servicios, llame al número que aparece en su tarjeta de identificación.

Si cree que no hemos cumplido con nuestro deber de proporcionar estos servicios o hemos discriminado a alguien por pertenecer a las clases protegidas indicadas anteriormente, también puede presentar una queja al coordinador de derechos civiles comunicándose con:

Civil Rights Coordinator (Coordinador de derechos civiles),

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de HMO de CA: P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779), 1-800-648-7817, TTY: 711,

Fax: 859-425-3379 (clientes de HMO de CA: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una reclamación de derechos civiles al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de EE. UU, portal de la Oficina de Quejas de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o a: U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.), 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamando al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna es la marca usada para productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, incluyendo Aetna Life Insurance Company, los planes de Coventry Health Care y sus afiliados.

Teléfono para sordomudos (TTY): 711

Asistencia de idiomas:

Para obtener asistencia de idiomas en su idioma, llame al 1-800-370-4526 gratuitamente.

Albano: Për asistencë në gjuhën shqipe telefononi falas në 1-800-370-4526.

Amhárico: ለቋንቋ እገዛ በ አማርኛ በ 1-800-370-4526 በነጻ ይደውሉ

Árabe: 1-800-370-4526 للمساعدة في (اللغة العربية)، الرجاء الاتصال على الرقم المجاني

Armenio: Lեզվի ցուցաբերած աջակցություն (հայերեն) զանգի 1-800-370-4526 առանց վնասի: Bahasa

Indonesio: Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-800-370-4526 tanpa dikenakan biaya. Bantú-

Kirundi: Niba urondera uwugufasha mu Kirundi, twakure kuri iyi numero 1-800-370-4526 ku busa

Bengali-Bangla: বাংলায় ভাষা সহায়তার জন্য িবনামুলে 1-800-370-4526-তে কল করুন।

Lenguas bisayas: Alang sa pag-abag sa pinulongan sa (Binisayang Sinugboanon) tawag sa 1-800-370-4526 nga walay bayad.

Birmano: ငွေတန်ကျခံရမလိုဘဲ (မြန်မာဘာသာစကား)ဖြင့် ဘာသာစကားအကူအညီရယူရန် 1-800-370-4526 ကို ခေါ်ဆိုပါ။

Catalán: Per rebre assistència en (català), truqui al número gratuït 1-800-370-4526.

Chamorro: Para ayuda gi fino' (Chamoru), ágang 1-800-370-4526 sin gástu.

Cheroquí: ᎠᎩᎪᏉ ᎧᏈᎦᎢ ᎧᏈᎦᎢ ᎠᎩᎪᏉ ᎧᏈᎦᎢ ᎠᎩᎪᏉ ᎧᏈᎦᎢ ᎠᎩᎪᏉ ᎧᏈᎦᎢ 1-800-370-4526 ᎠᎩᎪᏉ ᎧᏈᎦᎢ ᎧᏈᎦᎢ ᎧᏈᎦᎢ ᎧᏈᎦᎢ

Chino: 欲取得繁體中文語言協助，請撥打 1-800-370-4526，無需付費。

Choctaw: (Chahta) anumpa ya apela a chi l paya hinla 1-800-370-4526.

Cushita: Gargaarsa afaan Oromiffa hiikuu argachuuf lakkokkofsaa bilbilaa 1-800-370-4526 irratti bilisaan bilbilaa.

Holandés: Bel voor tolk- en vertaaldiensten in het Nederlands gratis naar 1-800-370-4526.

Francés: Pour une assistance linguistique en français appeler le 1-800-370-4526 sans frais.

Criollo francés: Pou jwenn asistans nan lang Kreyòl Ayisyen, rele nimewo 1-800-370-4526 gratis.

Alemán: Benötigen Sie Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache? Rufen Sie uns kostenlos unter der Nummer 1-800-370-4526 an.

Griego: Για γλωσσική βοήθεια στα Ελληνικά καλέστε το 1-800-370-4526 χωρίς χρέωση.

Guyaratí: જરાતીમાં ભાષામાં સહાય માટે કોઈ પણ ખર્ચ વગર 1-800-370-4526 પર કોલ કરો.

Hawaiano: No ke kōkua ma ka 'ōlelo Hawai'i, e kahea aku i ka helu kelepona 1-800-370-4526. Kāki 'ole 'ia kēia kōkua nei.

- Hindi: हन्दिी में भाषा सहायता के लिए, 1-800-370-4526 पर मुफ्त कॉल करें।
- Hmong: Yog xav tau kev pab txhais lus Hmoob hu dawb tau rau 1-800-370-4526.
- Ibo: Maka enyemaka asụsụ na Igbo kpọọ 1-800-370-4526 na akwụghị ụgwọ ọ bụla Ilocano -Para iti tulong ti pagsasao iti pagsasao tawagan ti 1-800-370-4526 nga awan ti bayadanyo. Italiano: Per ricevere assistenza linguistica in italiano, può chiamare gratuitamente 1-800-370-4526.
- Japonés: 日本語で援助をご希望の方は、1-800-370-4526 まで無料でお電話ください。
- Karen: လာတာမစားတာကလေးကုန်အင်္ဂါ ကျိန် ၈-800-370-4526 လာတာအင်္ဂါဒီးတာလာဘိညာဉ်လာဘိစုဘာဉ်
- Coreano: 한국어로 언어 지원을 받고 싶으시면 무료 통화번호인 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.
- Kru-Bassa: Bε´m`ké gbo-kpá-kpá dyé pídyi dé Bāsɔ́-wuḍuṹn wɛɛ, dá 1-800-370-4526
- Kurdo: برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-800-370-4526 به خۆرای یه یونیدی بکهن.
- Laociano: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາລາວ, ກະລຸນາໂທຫາ1-800-370-4526 ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໂທ.
- Maratí: कोणत्याह शुल्का शवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी, 1-800-370-4526 वर फोन करा.
- Marshalés: Ñan bōk jipañ ilo Kajin Majol, kallok 1-800-370-4526 ilo ejjelok wōnān.
- Micronesio Pohnpei: Ohng palien sawas en soun kawewe ni omw lokaia Ponape koahl 1-800-370-4526 ni sohte isais.
- Mon Jemer, Camboyano: សម្រាប់ជំនួយភាសាជា ភាសាខ្មែរ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-370-4526 ដោយឥតគិតថ្លៃ។
- Navajo: T'áá shi shizaad k'ehjí bee shíká a'doowol ninízingo Diné k'ehjí koji' t'áá jíik'e hólné' 1-800-370-4526
- Nepalí: (नेपाल) मा नःशुल्क भाषा सहायता पाउनका लागि 1-800-370-4526 मा ोस् ।
- फोन गर्नह Nilotic-Dinka - Tën kuwoɲy ë thok ë Thuwoɲjäɲ cɔl 1-800-370-4526 keciin ayöc. Noruego: For språkassistanse på norsk, ring 1-800-370-4526 kostnadsfritt.
- Punyabí: ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭਾਸ਼ਾਈ ਮਦਦ ਲਈ, 1-800-370-4526 'ਤੇ ਮੁਫਤ ਕਾਲ ਕਰੋ।
- Holandés de Pennsylvania: Fer Hefje in Deutsch, ruf: 1-800-370-4526 aa. Es Aaruf koschtet nix.
- Persa: برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-800-370-4526 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. انگلیسی
- Polaco: Aby uzyskać pomoc w języku polskim, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-800-370-4526.
- Portugués: Para obter assistência linguística em português ligue para o 1-800-370-4526 gratuitamente.
- Rumano: Pentru asistență lingvistică în românește telefonați la numărul gratuit 1-800-370-4526

- Ruso: Чтобы получить помощь русскоязычного переводчика, позвоните по бесплатному номеру 1-800-370-4526.
- Samoano: Mo fesoasoani tau gagana I le Gagana Samoa vala'au le 1-800-370-4526 e aunoa ma se totogi.
- Serbocroata: Za jezičnu pomoć na hrvatskom jeziku pozovite besplatan broj 1-800-370-4526.
- Español: Para obtener asistencia lingüística en español, llame sin cargo al 1-800-370-4526.
- Fulfulde sudanés: Fii yo on hebu balal e ko yowitii e haala Pular noddee e oo numero dfoo 1-800-370-4526. Njodi woo fawaaki on.
- Swahili: Ukihitaji usaidizi katika lugha ya Kiswahili piga simu kwa 1-800-370-4526 bila malipo.
- Siríaco: ܟܠܥܘܠܐ ܟܠܥܘܠܐ ܟܠܥܘܠܐ ܟܠܥܘܠܐ ܟܠܥܘܠܐ ܟܠܥܘܠܐ ܟܠܥܘܠܐ ܟܠܥܘܠܐ ܟܠܥܘܠܐ ܟܠܥܘܠܐ ܟܠܥܘܠܐ ܟܠܥܘܠܐ 1-800-370-4526 ܟܠܥܘܠܐ.
- Tagalo: Para sa tulong sa wika na nasa Tagalog, tawagan ang 1-800-370-4526 nang walang bayad.
- Télugu: అన్ని దేశాలకు ఉచితంగా సహాయం కోసం 1-800-370-4526 నెంబర్‌ను కాల్ చేయండి.
(అన్ని దేశాలకు)
- Tailandés: สำหรับความช่วยเหลือ ทางด้านภาษาเป็น ภาษาไทย โทร 1-800-370-4526 ฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย
- Tongano: Kapau 'oku fiema'u hā tokoni 'i he lea faka-Tonga telefoni 1-800-370-4526 'o 'ikai hā ʻōtōngi.
- Lengua trukesa: Ren ánnisin chiakú ren (Kapasen Chuuk) kopwe kékékéeri 1-800-370-4526 nge esapw kamé ngonuk.
- Turco: (Dil) çağrısı dil yardım için. Hiçbir ücret ödemedен 1-800-370-4526.
- Ucraniano: Щоб отримати допомогу перекладача української мови, зателефонуйте за безкоштовним номером 1-800-370-4526.
- Urdu: بلاقیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، 1-800-370-4526 پر بات کریں۔
- Vietnamita: Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng (ngôn ngữ), hãy gọi miễn phí đến số 1-800-370-4526.
- Yiddish: פאר שפראך הילף אין אידיש רופט 1-800-370-4526 פון אפצאל.
- Yoruba: Fún ìrànlọwọ nípa èdè (Yorùbá) pe 1-800-370-4526 láí san owó kankan rárá.



El documento de **resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage) (SBC)** lo ayudará a elegir un plan de **salud**. El SBC le muestra cómo se distribuirían los costos entre usted y el **plan** para los servicios médicos cubiertos. **NOTA: Se proporcionará información sobre el costo de este plan (llamado la prima) por separado. Esto es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, www.HealthReformPlanSBC.com o llame al 1- 800-370-4526. Para ver las definiciones generales de términos comunes, tales como monto permitido, facturación por saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados vea el glosario. Puede ver el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-800-370-4526 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible total</u> ?	Dentro de la red: Individuo \$500 / Familia \$1,000. Fuera de la red: Individuo \$1,500 / Familia \$3.000.	En general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta cubrir el monto <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de su familia en el <u>plan</u> cada miembro de la familia debe cubrir su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad de gastos <u>deducibles</u> pagados por toda los miembros de la familia cubra el <u>deducible</u> general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de cubrir su <u>deducible</u> ?	Sí. La <u>atención preventiva</u> dentro de la red se cubre antes de que usted satisfaga su <u>deducible</u>	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso aunque usted no haya cubierto el monto del <u>deducible</u> , pero es posible que sean aplicables un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>distribución de costos</u> y antes de que usted cubra su <u>deducible</u> . Vea una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No hay ningún otro <u>deducible</u> específico.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta cubrir el monto <u>deducible</u> específico antes de que el plan comience a pagar estos servicios.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la red: Individuo \$5,500 / Familia \$11,000. Fuera de la red: Individual \$11,000 / Familia \$22,000.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es el monto máximo que usted puede pagar en un año de servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , ellos deben satisfacer sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya satisfecho el <u>límite de gastos de bolsillo</u> total de la familia.
¿Qué no se incluye en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Las primas</u> , los cargos de facturación de saldo, la atención médica que no cubre este <u>plan</u> y las penalidades por no obtener autorización previa de los servicios.	Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para cubrir el <u>límite de gastos de bolsillo</u>
¿Pagará menos si usa a un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Vea www.aetna.com/docfind o llame al 1-800-987-9072 para obtener una lista de <u>proveedores</u> dentro de la red de UVA	Paga menos si usa a un <u>proveedor</u> de la <u>red de proveedores</u> de UVA. Paga más si usa a un <u>proveedor</u> dentro de la red de <u>proveedores de Aetna</u> . Usted pagará más si usa a un <u>proveedor fuera de la red</u> y tal vez reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación de saldo</u>). Esté atento. Es posible que su <u>proveedor de la red</u> use a un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (tales como los análisis de laboratorio). Pregúntele a su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para consultar con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar con el <u>especialista</u> que elija sin una <u>derivación</u>



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en esta gráfica son después de que usted cubra su **deducible**, si es que es aplicable un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si usted visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<u>Coseguro</u> del 15%	<u>Coseguro</u> del 35%	Incluye a internistas, médicos generales, médicos de familia o pediatras.
	<u>Visita al especialista</u>	<u>Coseguro</u> del 15%	<u>Coseguro</u> del 35%	La cobertura se limita a 26 visitas de atención quiropráctica y 20 visitas de acupuntura por año calendario
	<u>Atención preventiva/pruebas diagnósticas/inmunización</u>	Sin cargo, excepto que no se cubren los exámenes de la audición	No cubierto	Es posible que tenga que pagar por los servicios no preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios son preventivos. Luego vea qué pagará su <u>plan</u> . Se aplican listados de edad y frecuencia.
Si se hace una prueba	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografías, análisis de sangre)	<u>Coseguro</u> del 15%	<u>Coseguro</u> del 35%	Ninguno
	Imágenes diagnósticas (TC/TEP, resonancias magnéticas)	<u>Coseguro</u> del 15%	<u>Coseguro</u> del 35%	Ninguno
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la <u>cobertura de medicamentos de venta con receta</u> disponible en www.aetnapharmacy.com/standard	Medicamentos genéricos	<u>Copago</u> de \$6 por 30 días; <u>copago</u> de \$14 por 90 días de pedido por correo	<u>Copago</u> de \$6 más monto facturado menos la tasa por contrato/30 días	Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista), suministro de 90 días (pedido por correo, farmacias de UVA, farmacias de CVS). No hay cargo por los anticonceptivos para mujeres dentro del vademécum autorizados por la FDA <u>dentro de la red</u> . Su costo será más alto si elige medicamentos de marca en lugar de genéricos.
	Medicamentos de marca preferidos	Después del <u>deducible</u> , <u>coseguro</u> del 20% con un mínimo de \$34 y un máximo de \$150/30 días _ <u>coseguro</u> del 15% con un mínimo de \$75/máximo de \$375/ 90 días de pedido por correo	Después del <u>deducible</u> , <u>coseguro</u> del 20% con un mínimo de \$34/máximo de \$150 más el monto facturado menos la tasa por contratación/30 días	
	Medicamentos de marca no preferidos	Después del <u>deducible</u> un <u>coseguro</u> del 20% con un mínimo de \$68/ y un máximo de \$225 por 30 días, un <u>coseguro</u> del 15% con un mínimo del \$150 y un máximo de \$475 por 90 días de pedido por correo.	Después del <u>deducible</u> , <u>coseguro</u> del 20% con un mínimo de \$68/máximo de \$225 más el monto facturado menos la tasa por contratación/30 días	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor dentro de la red (Usted pagará más)	
	<u>Medicamentos especializados: Genéricos (G), de marca preferidos (P), de marca no preferidos (N)</u>	Después del deducible, G: <u>Coseguro</u> del 20% con un máximo de \$100; T: <u>Coseguro</u> del 20% con un máximo de \$150; N: <u>Coseguro</u> del 20% con un máximo de \$200;	No cubierto	Cubre un suministro de hasta 30 días. <u>Los medicamentos especializados se deben surtir en UVA Specialty.</u> Los medicamentos especializados de distribución limitada se pueden obtener en farmacias CVS Specialty. Se exige elegir el medicamento genérico.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tasa de las instalaciones (p.ej., centro de cirugía ambulatoria)	<u>Coseguro</u> del 15%	<u>Coseguro</u> del 35%	Ninguno
	Honorarios de médicos/cirujanos	<u>Coseguro</u> del 15%	<u>Coseguro</u> del 35%	Ninguno
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura si el uso no es urgente.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	<u>Coseguro</u> del 15%	<u>Coseguro</u> del 15%	Sin cobertura si el transporte no es urgente
	<u>Atención urgente</u>	<u>Coseguro</u> del 15%	<u>Coseguro</u> del 15%	Sin cobertura si el uso no es urgente
Si es internado en un hospital	Tasa de las instalaciones (p.ej., habitación de hospital)	<u>Coseguro</u> del 15%	<u>Coseguro</u> del 35%	Se requiere autorización previa para la atención fuera de la red
	Honorarios de médicos/cirujanos	<u>Coseguro</u> del 15%	<u>Coseguro</u> del 35%	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Servicios de consultorio y otros servicios ambulatorios: <u>Coseguro</u> del 15%	Servicios de consultorio y otros servicios ambulatorios: <u>Coseguro</u> del 35%	Se requiere autorización previa para la atención fuera de la red.
	Servicios para pacientes internados	<u>Coseguro</u> del 15%	<u>Coseguro</u> del 35%	Se requiere autorización previa para la atención fuera de la red
Si está embarazada	Visitas al consultorio	No se cobra por los servicios de rutina	<u>Coseguro</u> del 35%	<u>La distribución de costos no es aplicable a ciertos servicios preventivos.</u> La atención de maternidad puede incluir análisis y servicios descritos en otra parte en el SBC (es decir, ultrasonido.) Es posible que se requiera autorización previa para la atención fuera de la red.
	Servicios profesionales de trabajo de parto/parto	<u>Coseguro</u> del 15%	<u>Coseguro</u> del 35%	
	Servicios de instalaciones de trabajo de parto/parto	<u>Coseguro</u> del 15%	<u>Coseguro</u> del 35%	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Atención médica en el hogar</u>	<u>Coseguro</u> del 15%	<u>Coseguro</u> del 35%	90 visitas por año calendario. Se requiere autorización previa para la atención fuera de la red
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>Coseguro</u> del 15%	<u>Coseguro</u> del 35%	La cobertura se limita a 40 visitas por año calendario por la terapia física

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor dentro de la red (Usted pagará más)	
	<u>Servicios de habilitación</u>	<u>Coseguro</u> del 15%	<u>Coseguro</u> del 35%	y ocupacional combinadas, 40 visitas por año calendario de terapia del habla.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	<u>Coseguro</u> del 15%	<u>Coseguro</u> del 35%	180 días por año calendario. Se requiere autorización previa para la atención fuera de la red
	<u>Equipo médico duradero</u>	<u>Coseguro</u> del 15%	<u>Coseguro</u> del 35%	Límite de 1 <u>equipo médico durable</u> para el mismo propósito o uno similar. Excluye las reparaciones por uso indebido/abuso.
	<u>Servicios paliativos</u>	<u>Coseguro</u> del 15%	<u>Coseguro</u> del 35%	Se requiere autorización previa para la atención fuera de la red
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No cubierto	No cubierto	No cubierto
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	No cubierto
	Examen dental pediátrico	No cubierto	No cubierto	No cubierto

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Cirugía cosmética
- Atención dental (adultos y pediátrica)
- Anteojos (adultos y pediátricos)
- Audífonos
- Cuidado de largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU.
- Enfermería particular
- Atención oftalmológica de rutina (adultos y pediátricos)
- Cuidado de rutina de los pies
- Programas para bajar de peso: Excepto por los servicios preventivos requeridos

Otros servicios cubiertos (Estos servicios pueden tener limitaciones. Esta no es una lista completa. Por favor vea su documento del plan.)

- Acupuntura: 20 visitas por año calendario.
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica: 26 visitas por año calendario.
- Tratamiento de la esterilidad: se limita solo al diagnóstico y tratamiento de la afección médica subyacente.
- Inseminación artificial, inducción de la ovulación y tecnología reproductiva de avanzada: Máximo de por vida de \$15,000.

Sus derechos de continuar la cobertura:

Hay organismos que pueden ayudarlo si desea continuar su cobertura después de que termine. La información de contacto de estos organismos es:

- Para obtener más información sobre sus derechos de continuar la cobertura, comuníquese con el plan llamando al 1-800-370-4526.
- Si su cobertura de salud grupal está sujeta a la ley ERISA, también puede comunicarse con la Administración de Seguridad de los Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o en <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
- Para los planes de salud grupal del gobierno no federal, también puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información para el Consumidor y Supervisión de Seguros (Center for Consumer Information and Insurance Oversight), llamando al 1-877-267-2323 x 61565 o en www.cciio.cms.gov
- Si su cobertura es un plan de una iglesia, estos planes no están cubiertos por las normas de continuación de la cobertura de la ley federal COBRA. Si la cobertura está asegurada, los individuos deben comunicarse con el regulador de seguros de su estado para averiguar sus posibles derechos de continuar con la cobertura bajo la ley estatal.

Es posible que también tenga otras opciones de cobertura, incluyendo la opción de comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro de Salud (Health Insurance Marketplace). Para obtener más información del Mercado de Seguro de Salud, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de presentación de quejas y apelaciones:

Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por una denegación de un reclamo. Este tipo de queja se denomina una reclamación o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la explicación de beneficios que recibirá para ese reclamo médico. Sus documentos del plan también proveen información completa de cómo presentar un reclamo, una apelación o una reclamación por cualquier razón a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, esta notificación o asistencia, comuníquese con:

- Aetna directamente llamando al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación médica, o llamando a nuestro número gratuito general: 1-800-370-4526.
- Si su cobertura de salud grupal está sujeta a la ley ERISA, también puede comunicarse con la Administración de Seguridad de los Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o en <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
- Para los planes de salud grupal del gobierno no federal, también puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información para el Consumidor y Supervisión de Seguros (Center for Consumer Information and Insurance Oversight), llamando al 1-877-267-2323 x 61565 o en www.cciio.cms.gov
- Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. La información de contacto está en: <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>

¿Este plan proporciona una cobertura esencial mínima? Sí.

En general, la cobertura esencial mínima incluye planes, seguro de salud disponibles a través del Mercado de Seguro de Salud u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertos tipos de otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima tal vez no sea elegible para el crédito impositivo por la prima

¿Este plan cumple las normas de valor mínimo? Sí.

Si su plan no cumple con las normas de valor mínimo es posible que sea elegible para recibir un crédito impositivo para la prima para ayudarlo a pagar por un plana través del Mercado de Seguro de Salud.

Para ver ejemplos de cómo puede cubrir los costos de una situación médica de ejemplo este plan, vea la siguiente sección.

Sobre los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan puede cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden ser diferentes, dependiendo de la atención que reciba, los precios que cobran sus proveedores, y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de distribución de costos (deducibles copagos y coseguro) y en los servicios excluidos bajo el plan. Use esta información para comparar la porción de costos que usted puede pagar bajo diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados solo en una cobertura individual.

Peg está por tener un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en un hospital)

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$500
■ <u>Coseguro de especialista</u>	15%
■ <u>Coseguro del hospital (instalaciones)</u>	15%
■ Otro <u>coseguro</u>	15%

Este EJEMPLO incluye servicios tales como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*) Servicios profesionales de trabajo de parto/parto Servicios de las instalaciones de parto/trabajo de parto
Pruebas diagnósticas (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
Consulta con el especialista (*anestesia*)

Costo total de ejemplo	\$12,800
<i>Distribución de costos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$24
<u>Coseguro</u>	\$1,260
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es	\$1,844

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$500
■ <u>Coseguro de especialista</u>	15%
■ <u>Coseguro del hospital (instalaciones)</u>	15%
■ Otro <u>coseguro</u>	15%

Este EJEMPLO incluye servicios tales como:

Visitas al consultorio del médico de cabecera (*incluyendo educación sobre la enfermedad*)
Pruebas diagnóstica (*análisis de sangre*)
Medicamentos de venta con receta
Equipo médico duradero (*medidor de nivel de glucosa*)

Costo total de ejemplo	\$7,400
<i>Distribución de costos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$600
<u>Copagos</u>	\$186
<u>Coseguro</u>	\$1,009
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55
El total que pagaría Joe es	\$1,850

Fractura simple de Mía (Visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$500
■ <u>Coseguro de especialista</u>	15%
■ <u>Coseguro del hospital (instalaciones)</u>	15%
■ Otro <u>coseguro</u>	15%

Este EJEMPLO incluye servicios tales como:

Atención en la sala de emergencias (*incluyendo los insumos médicos*)
Prueba diagnóstica (*radiografía*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total de ejemplo	\$1,900
<i>Distribución de costos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$193
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mía es	\$693

El plan sería responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.

Tecnología de asistencia

Es posible que las personas que usan tecnología de asistencia no puedan acceder plenamente a la siguiente información. Para obtener asistencia, llame al 866-393-0002.

Teléfono inteligente o tableta

Para ver los documentos usando su teléfono inteligente o tableta se necesita la aplicación gratuita WinZip. Posiblemente esté disponible en su tienda de aplicaciones.

Prohibición de discriminación

Aetna cumple con las leyes de derechos civiles federales y no discrimina ilícitamente, excluye ni trata a las personas de forma diferente por razones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Proporcionamos asistencia/servicios gratuitos para las personas con discapacidades y las personas que necesitan asistencia lingüística.

Si necesita a un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducciones u otros servicios, llame al número que aparece en su tarjeta de identificación.

Si cree que no hemos cumplido con nuestro deber de proporcionar estos servicios o hemos discriminado a alguien por pertenecer a las clases protegidas indicadas anteriormente, también puede presentar una queja al coordinador de derechos civiles comunicándose con:

Civil Rights Coordinator (Coordinador de derechos civiles),

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de HMO de CA: P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779), 1-800-648-7817, TTY: 711,

Fax: 859-425-3379 (clientes de HMO de CA: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una reclamación de derechos civiles al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de EE. UU, portal de la Oficina de Quejas de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o a: U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.), 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamando al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna es la marca usada para productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, incluyendo Aetna Life Insurance Company, los planes de Coventry Health Care y sus afiliados.

Teléfono para sordomudos (TTY): 711

Asistencia de idiomas:

Para obtener asistencia de idiomas en su idioma, llame al 1-800-370-4526 gratuitamente.

- Albano: Për asistencë në gjuhën shqipe telefononi falas në 1-800-370-4526.
- Amhárico: ለቋንቋ እገዛ በ አማርኛ በ 1-800-370-4526 በነጻ ይደውሉ
- Árabe: 1-800-370-4526 للمساعدة في (اللغة العربية)، الرجاء الاتصال على الرقم المجاني
- Armenio: Lեզվի ցուցաբերած աջակցություն (հայերեն) զանգի 1-800-370-4526 առանց գնով: Bahasa
- Indonesio: Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-800-370-4526 tanpa dikenakan biaya. Bantú-
- Kirundi: Niba urondera uwugufasha mu Kirundi, twakure kuri iyi numero 1-800-370-4526 ku busa
- Bengali-Bangla: বাংলায় ভাষা সহায়তার জন্য বিনামূল্যে 1-800-370-4526-তে কল করুন।
- Lenguas bisayas: Alang sa pag-abag sa pinulongan sa (Binisayang Sinugboanon) tawag sa 1-800-370-4526 nga walay bayad.
- Birmano: ငွေတန်ကျခံရမလိုဘဲ (မြန်မာဘာသာစကား)ဖြင့် ဘာသာစကားအကူအညီရယူရန် 1-800-370-4526 ကို ခေါ်ဆိုပါ။
- Catalán: Per rebre assistència en (català), truqui al número gratuït 1-800-370-4526.
- Chamorro: Para ayuda gi fino' (Chamoru), ágang 1-800-370-4526 sin gástu.
- Cheroqui: ᎠᎩᎠᎵ ᎠᎵᎠᎵᎠᎵ ᎠᎵᎠᎵᎠᎵ ᎠᎵᎠᎵ (C̣WY) ᎠᎵᎠᎵᎠᎵ 1-800-370-4526 ᎠᎵᎠᎵ ᎠᎵᎠᎵ ᎠᎵᎠᎵ ᎠᎵᎠᎵ ᎠᎵᎠᎵ.
- Chino: 欲取得繁體中文語言協助，請撥打 1-800-370-4526，無需付費。
- Choctaw: (Chahta) anumpa ya apela a chi l paya hinla 1-800-370-4526.
- Cushita: Gargaarsa afaan Oromiffa hiikuu argachuuf lakkokkofsa bilbilaa 1-800-370-4526 irratti bilisaan bilbilaa.
- Holandés: Bel voor tolk- en vertaaldiensten in het Nederlands gratis naar 1-800-370-4526.
- Francés: Pour une assistance linguistique en français appeler le 1-800-370-4526 sans frais.
- Criollo francés: Pou jwenn asistans nan lang Kreyòl Ayisyen, rele nimewo 1-800-370-4526 gratis.
- Alemán: Benötigen Sie Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache? Rufen Sie uns kostenlos unter der Nummer 1-800-370-4526 an.
- Griego: Για γλωσσική βοήθεια στα Ελληνικά καλέστε το 1-800-370-4526 χωρίς χρέωση.
- Guyaratí: જરાતીમાં ભાષામાં સહાય માટે કોઈ પણ ખર્ચ વગર 1-800-370-4526 પર કોલ કરો.
- Hawaiano: No ke kōkua ma ka 'ōlelo Hawai'i, e kahea aku i ka helu kelepona 1-800-370-4526. Kāki 'ole 'ia kēia kōkua nei.

Ruso: Чтобы получить помощь русскоязычного переводчика, позвоните по бесплатному номеру 1-800-370-4526.

Samoano: Mo fesoasoani tau gagana I le Gagana Samoa vala'au le 1-800-370-4526 e aunoa ma se totogi.

Serbocroata: Za jezičnu pomoć na hrvatskom jeziku pozovite besplatan broj 1-800-370-4526.

Español: Para obtener asistencia lingüística en español, llame sin cargo al 1-800-370-4526.

Fulfulde sudanés: Fii yo on hebu balal e ko yowitii e haala Pular noddee e oo numero dfoo 1-800-370-4526. Njodi woo fawaaki on.

Swahili: Ukihitaji usaidizi katika lugha ya Kiswahili piga simu kwa 1-800-370-4526 bila malipo.

Siríaco: 1-800-370-4526

Tagalo: Para sa tulong sa wika na nasa Tagalog, tawagan ang 1-800-370-4526 nang walang bayad.

Télugu: 1-800-370-4526

(

Tailandés: สำหรับความช่วยเหลือ ทางด้านภาษาเป็น ภาษาไทย โทร 1-800-370-4526

Tongano: Kapau 'oku fiema'u hā tokoni 'i he lea faka-Tonga telefoni 1-800-370-4526 'o 'ikai hā ʻōtōngi.

Lengua trukesas: Ren ánnisin chiakú ren (Kapasen Chuuk) kopwe kékkéeri 1-800-370-4526 nge esapw kamé ngonuk.

Turco: (Dil) çağırısı dil yardım için. Hiçbir ücret ödemedен 1-800-370-4526.

Ucraniano: Щоб отримати допомогу перекладача української мови, зателефонуйте за безкоштовним номером 1-800-370-4526.

Urdu: 1-800-370-4526 سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے . پر بات کریں۔

Vietnamita: Được hỗ trợ ngôn ngữ bằng (ngôn ngữ), hãy gọi miễn phí đến số 1-800-370-4526.

Yiddish: פאר שפראך הילף אין אידיש רופט 1-800-370-4526 פון אפצאל.

Yoruba: Fún ìrànጧwọ nípa èdè (Yorùbá) pe 1-800-370-4526 láí san owó kankan rárá.



El documento de resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage) (SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo se distribuirían los costos entre usted y el plan para los servicios médicos cubiertos. **NOTA: Se proporcionará información sobre el costo de este plan (llamado la prima) por separado. Esto es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, www.HealthReformPlanSBC.com o llame al 1- 800-370-4526. Para ver las definiciones generales de términos comunes, tales como monto permitido, facturación por saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados vea el glosario. Puede ver el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-800-370-4526 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible total</u> ?	<u>Dentro de la red</u> : empleado solamente \$2,000; empleado+familia \$4,000. Fuera de la red: empleado solamente \$6,000; empleado + familia \$12,000.	En general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta cubrir el monto <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de su familia en la póliza, se debe satisfacer el <u>deducible</u> total de la familia antes de que el <u>plan</u> comience a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de cubrir su <u>deducible</u> ?	Sí. La <u>atención preventiva</u> dentro de la <u>red</u> se cubre antes de que usted satisfaga su <u>deducible</u>	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso aunque usted no haya cubierto el monto del <u>deducible</u> , pero es posible que sean aplicables un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>distribución de costos</u> y antes de que usted cubre su <u>deducible</u> . Vea una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No es necesario que cubra los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	<u>Dentro de la red</u> : empleado solamente \$4,000; empleado+familia \$8,000. Fuera de la red: empleado solamente \$8,000; empleado+ familia: \$16,000.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es el monto máximo que usted puede pagar en un año de servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de su familia en este <u>plan</u> , ellos deben cubrir sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya cubierto el <u>límite de gastos de bolsillo</u> total de la familia.
¿Qué no se incluye en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Las primas</u> , cargos de facturación de saldo, penalidades por no obtener autorización previa para los servicios y la atención médica que no cubre este <u>plan</u> .	Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para cubrir el <u>límite de gastos de bolsillo</u>
¿Pagará menos si usa a un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Vea www.aetna.com/docfind o llame al 1-800-987-9072 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u>	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si usa a un <u>proveedor</u> que está en la <u>red del plan</u> . Pagará más si usa a un <u>proveedor de fuera de la red</u> y tal vez reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación de saldo</u>). Esté atento. Es posible que su <u>proveedor de la red</u> use a un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como los análisis de laboratorio). Pregúntele a su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para consultar con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar con el <u>especialista</u> que elija sin una <u>derivación</u>



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en esta gráfica son después de que usted cubra su **deducible**, si es que es aplicable un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		En la red de UVA (usted pagará menos)	Fuera de la red de UVA (usted pagará más)	
Si usted visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Incluye a internistas, médicos generales, médicos de familia o pediatras.
	Visita al <u>especialista</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Existe un límite de cobertura de 26 visitas de atención quiropráctica y 20 visitas de acupuntura por año calendario.
	<u>Atención preventiva/pruebas diagnósticas</u> <u>/Inmunización</u>	Sin cargo	No cubierto	Es posible que tenga que pagar por los servicios no preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios son preventivos. Luego vea qué pagará su <u>plan</u> . Es posible que se apliquen listados de edad y frecuencia.
Si se hace una prueba	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografías, análisis de sangre)	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguno
	Imágenes diagnósticas (TC/TEP, resonancias magnéticas)	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguno
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la <u>cobertura de medicamentos de venta con receta</u> disponible en www.aetnapharmac.com/standard	Medicamentos genéricos	<u>Coseguro</u> del 20%	Después del deducible, coseguro del 20%, más el monto facturado, menos la tasa bajo contrato/30 días	Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista), suministro de 90 días (pedido por correo, farmacias de UVA, farmacias de CVS). No hay cargo por los anticonceptivos para mujeres genéricos autorizados por la FDA <u>dentro de la red</u> . Su costo será más alto si elige medicamentos de marca en lugar de genéricos.
	Medicamentos de marca preferidos	<u>Coseguro</u> del 20%	Después del deducible, coseguro del 20%, más el monto facturado, menos la tasa bajo contrato/30 días	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
	Medicamentos de marca no preferidos	<u>Coseguro</u> del 20%	Después del deducible, coseguro del 20%, más el monto facturado, menos la tasa bajo contrato/30 días	Cubre un suministro de hasta 30 días (minorista), suministro de 90 días (pedido por correo, farmacias de UVA, farmacias de CVS). No hay cargo por los anticonceptivos para mujeres genéricos autorizados por la FDA <u>dentro de la red</u> . Su costo será más alto si elige medicamentos de marca en lugar de genéricos.
	<u>Medicamentos especializados</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	No cubierto	Cubre un suministro de hasta 30 días. <u>Los medicamentos especializados</u> se deben surtir en la farmacia UVA Specialty. Los medicamentos especializados de distribución limitada se pueden surtir en la farmacia CVS Specialty. Se exige elegir medicamento genéricos.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tasa de las instalaciones (p.ej., centro de cirugía ambulatoria)	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguno
	Honorarios de médicos/cirujanos	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguno
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	<u>Coseguro</u> del 25%	<u>Coseguro</u> del 25%	No hay cobertura para el uso que no es de emergencia.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	Coseguro del 40% para transporte que no es de emergencia.
	<u>Atención urgente</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	No hay cobertura para el uso que no es urgente.
Si es internado en un hospital	Tasa de las instalaciones (p.ej., hab. de hospital)	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Se requiere autorización previa para la atención fuera de la red.
	Honorarios de médicos/cirujanos	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Servicios de consultorio y otros ambulatorios: <u>coseguro</u> del 20%	Servicios de consultorio y otros ambulatorios: <u>coseguro</u> del 40%	Ninguno
	Servicios para pacientes internados	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Se requiere autorización previa para la atención fuera de la red.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	No se cobra por los servicios de rutina	<u>Coseguro</u> del 40%	<u>La distribución de costos</u> no es aplicable a ciertos <u>servicios preventivos</u> . La atención de maternidad puede incluir análisis y servicios descritos en otra parte en el SBC (es decir, ultrasonido.) Tal vez se deba obtener autorización previa para la atención obtenida fuera de la red.
	Servicios profesionales de trabajo de parto/parto	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	
	Servicios de instalaciones de trabajo de parto/parto	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro red de UVA (usted pagará menos)	Proveedor fuera red de UVA (usted pagará más)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Atención médica en el hogar</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Se limita a 90 visitas por año calendario. Se requiere autorización previa para la atención fuera de la red.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Se limita a 40 visitas por año calendario de terapia física y ocupacional combinadas, 40 visitas por año calendario de terapia del habla, incluyendo servicios de hospital ambulatorios. Incluye tratamiento del autismo y atrasos de desarrollo.
	<u>Servicios de habilitación</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Se limita a 180 días por año calendario. Se requiere autorización previa para la atención fuera de la red.
	<u>Equipo médico duradero</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Se limita a 1 <u>equipo médico duradero</u> para el mismo propósito o uno similar. Excluye las reparaciones por uso indebido/abuso.
	<u>Servicios paliativos</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Se requiere autorización previa para la atención fuera de la red.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No cubierto	No cubierto	No cubierto.
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	No cubierto.
	Examen dental pediátrico	No cubierto	No cubierto	No cubierto.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Cirugía cosmética
- Atención dental (adultos y pediátrica)
- Anteojos (adultos y pediátricos)
- Audífonos
- Cuidado de largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU.
- Enfermería particular
- Atención oftalmológica de rutina (adultos y pediátricos)
- Cuidado de rutina de los pies
- Programas para bajar de peso: Excepto por los servicios preventivos requeridos

Otros servicios cubiertos (Estos servicios pueden tener limitaciones. Esta no es una lista completa. Por favor vea su documento del plan.)

- Acupuntura: 20 visitas por año calendario.
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica: 26 visitas por año calendario.
- Tratamiento de la esterilidad: se limita solo al diagnóstico y tratamiento de las afecciones médicas subyacentes
- Inseminación artificial, inducción de la ovulación y tecnología reproductiva de avanzada: Máximo de por vida de \$15,000.

Sus derechos de continuar la cobertura:

Hay organismos que pueden ayudarlo si desea continuar su cobertura después de que termine. La información de contacto de estos organismos es:

- Para obtener más información sobre sus derechos de continuar la cobertura, comuníquese con el plan llamando al 1-800-370-4526.
- Si su cobertura de salud grupal está sujeta a la ley ERISA, también puede comunicarse con la Administración de Seguridad de los Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o en <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
- Para los planes de salud grupal del gobierno no federal, también puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información para el Consumidor y Supervisión de Seguros (Center for Consumer Information and Insurance Oversight), llamando al 1-877-267-2323 x 61565 o en www.cciio.cms.gov
- Si su cobertura es un plan de una iglesia, estos planes no están cubiertos por las normas de continuación de la cobertura de la ley federal COBRA. Si la cobertura está asegurada, los individuos deben comunicarse con el regulador de seguros de su estado para averiguar sus posibles derechos de continuar con la cobertura bajo la ley estatal.

Es posible que también tenga otras opciones de cobertura, incluyendo la opción de comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro de Salud (Health Insurance Marketplace). Para obtener más información del Mercado de Seguro de Salud, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de presentación de quejas y apelaciones:

Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por una denegación de un reclamo. Este tipo de queja se denomina una reclamación o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la explicación de beneficios que recibirá para ese reclamo médico. Sus documentos del plan también proveen información completa de cómo presentar un reclamo, una apelación o una reclamación por cualquier razón a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, esta notificación o asistencia, comuníquese con

- Aetna directamente llamando al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación médica, o llamando a nuestro número gratuito general: 1-800-370-4526.
- Si su cobertura de salud grupal está sujeta a la ley ERISA, también puede comunicarse con la Administración de Seguridad de los Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o en <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>

Para los planes de salud grupal del gobierno no federal, también puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información para el Consumidor y Supervisión de Seguros (Center for Consumer Information and Insurance Oversight), llamando al 1-877-267-2323 x 61565 o en www.cciio.cms.gov

- Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. La información de contacto está en: <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>

¿Este plan proporciona una cobertura esencial mínima? Sí.

En general, la cobertura esencial mínima incluye planes, seguro de salud disponibles a través del Mercado de Seguro de Salud u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertos tipos de otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima tal vez no sea elegible para el crédito impositivo por la prima.

¿Este plan cumple las normas de valor mínimo? Sí.

Si su plan no cumple con las normas de valor mínimo es posible que sea elegible para recibir un crédito impositivo para la prima para ayudarlo a pagar por un plan a través del Mercado de Seguro de Salud.

Para ver ejemplos de cómo puede cubrir los costos de una situación médica de ejemplo este plan, vea la siguiente sección.

Sobre los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan puede cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden ser diferentes, dependiendo de la atención que reciba, los precios que cobran sus proveedores, y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de distribución de costos (deducibles copagos y coseguro) y en los servicios excluidos bajo el plan. Use esta información para comparar la porción de costos que usted puede pagar bajo diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados solo en una cobertura individual.

Peg está por tener un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en un hospital)

■ <u>El deducible general del plan</u>	\$2,000
■ <u>Coseguro de especialista</u>	20%
■ <u>Coseguro del hospital (instalaciones)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios tales como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*) Servicios profesionales de trabajo de parto/parto Servicios de las instalaciones de parto/trabajo de parto
Pruebas diagnósticas (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
Consulta con el especialista (*anestesia*)

Costo total de ejemplo	\$12,800
<i>Distribución de costos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$2,000
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$2,527
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es	\$4,587

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

■ <u>El deducible general del plan</u>	\$2,000
■ <u>Coseguro de especialista</u>	20%
■ <u>Coseguro del hospital (instalaciones)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios tales como:

Visitas al consultorio del médico de cabecera (*incluyendo educación sobre la enfermedad*)
Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
Medicamentos de venta con receta
Equipo médico duradero (*medidor de nivel de glucosa*)

Costo total de ejemplo	\$7,400
<i>Distribución de costos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$2,000
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$1,437
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55
El total que pagaría Joe es	\$3,492

Fractura simple de Mía (Visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

■ <u>El deducible general del plan</u>	\$2,000
■ <u>Coseguro de especialista</u>	20%
■ <u>Coseguro del hospital (instalaciones)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios tales como:

Atención en la sala de emergencias (*incluyendo los insumos médicos*)
Prueba diagnóstica (*radiografía*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total de ejemplo	\$1,900
<i>Distribución de costos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$1,900
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mía es	\$1,900

El plan sería responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.

Tecnología de asistencia

Es posible que las personas que usan tecnología de asistencia no puedan acceder plenamente a la siguiente información. Para obtener asistencia, llame al 866-393-0002.

Teléfono inteligente o tableta

Para ver los documentos usando su teléfono inteligente o tableta se necesita la aplicación gratuita WinZip. Posiblemente esté disponible en su tienda de aplicaciones.

Prohibición de discriminación

Aetna cumple con las leyes de derechos civiles federales y no discrimina ilícitamente, excluye ni trata a las personas de forma diferente por razones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Proporcionamos asistencia/servicios gratuitos para las personas con discapacidades y las personas que necesitan asistencia lingüística.

Si necesita a un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducciones u otros servicios, llame al número que aparece en su tarjeta de identificación.

Si cree que no hemos cumplido con nuestro deber de proporcionar estos servicios o hemos discriminado a alguien por pertenecer a las clases protegidas indicadas anteriormente, también puede presentar una queja al coordinador de derechos civiles comunicándose con:

Civil Rights Coordinator (Coordinador de derechos civiles),

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de HMO de CA: P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779), 1-800-648-7817, TTY: 711,

Fax: 859-425-3379 (clientes de HMO de CA: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una reclamación de derechos civiles al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de EE. UU, portal de la Oficina de Quejas de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o a: U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.), 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamando al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna es la marca usada para productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, incluyendo Aetna Life Insurance Company, los planes de Coventry Health Care y sus afiliados.

Teléfono para sordomudos (TTY): 711

Asistencia de idiomas:

Para obtener asistencia de idiomas en su idioma, llame al 1-800-370-4526 gratuitamente.

Albano: Për asistencë në gjuhën shqipe telefononi falas në 1-800-370-4526.

Amhárico: ለቋንቋ እገዛ በ አማርኛ በ 1-800-370-4526 በነጻ ይደውሉ

Árabe: 1-800-370-4526 للمساعدة في (اللغة العربية)، الرجاء الاتصال على الرقم المجاني

Armenio: Lեզվի ցուցաբերած աջակցության (հայերեն) զանգի 1-800-370-4526 առանց գնով: Bahasa

Indonesio: Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-800-370-4526 tanpa dikenakan biaya. Bantú-

Kirundi: Niba urondera uwugufasha mu Kirundi, twakure kuri iyi numero 1-800-370-4526 ku busa

Bengali-Bangla: বাংলায় ভাষা সহায়তার জন্য িবনামূেল্ষ 1-800-370-4526-েত কল করন।

Lenguas bisayas: Alang sa pag-abag sa pinulongan sa (Binisayang Sinugboanon) tawag sa 1-800-370-4526 nga walay bayad.

Birmanó: ငွေကုန်ကျခံရမလိုဘဲ (မြန်မာဘာသာစကား)ဖြင့် ဘာသာစကားအကူအညီရယူရန် 1-800-370-4526 ကို ခေါ်ဆိုပါ။

Catalán: Per rebre assistència en (català), truqui al número gratuït 1-800-370-4526.

Chamorro: Para ayuda gi fino' (Chamoru), ágang 1-800-370-4526 sin gástu.

Cheroqui: ᎠᎩᎠᎵ ᎠᎵᎠᎵᎠᎵ ᎠᎵᎠᎵᎠᎵ ᎠᎵᎠᎵᎠᎵ ᎠᎵᎠᎵᎠᎵ (C̣WY) ᎠᎵᎠᎵᎠᎵᎠᎵ 1-800-370-4526 ᎠᎵᎠᎵ ᎠᎵᎠᎵᎠᎵ ᎠᎵᎠᎵᎠᎵ ᎠᎵᎠᎵᎠᎵ.

Chino: 欲取得繁體中文語言協助，請撥打 1-800-370-4526，無需付費。

Choctaw: (Chahta) anumpa ya apela a chi l paya hinla 1-800-370-4526.

Cushita: Gargaarsa afaan Oromiffa hiikuu argachuuf lakkokkofsa bilbilaa 1-800-370-4526 irratti bilisaan bilbilaa.

Holandés: Bel voor tolk- en vertaaldiensten in het Nederlands gratis naar 1-800-370-4526.

Francés: Pour une assistance linguistique en français appeler le 1-800-370-4526 sans frais.

Criollo francés: Pou jwenn asistans nan lang Kreyòl Ayisyen, rele nimewo 1-800-370-4526 gratis.

Alemán: Benötigen Sie Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache? Rufen Sie uns kostenlos unter der Nummer 1-800-370-4526 an.

Griego: Για γλωσσική βοήθεια στα Ελληνικά καλέστε το 1-800-370-4526 χωρίς χρέωση.

Guyaratí: ❖જરાતીમાં ભાષામાં સહાય માટે❖ કોઈ પણ ખર્ચ વગર 1-800-370-4526 પર કોલ કરો.

Hawaiiano: No ke kōkua ma ka 'ōlelo Hawai'i, e kahea aku i ka helu kelepona 1-800-370-4526. Kāki 'ole 'ia kēia kōkua nei.

- Hindi: हिन्दी में भाषा सहायता के लिए, 1-800-370-4526 पर मुफ्त कॉल करें।
- Hmong: Yog xav tau kev pab txhais lus Hmoob hu dawb tau rau 1-800-370-4526.
- Ibo: Maka enyemaka asụsụ na Igbo kpọọ 1-800-370-4526 na akwughị ugwo o bula llocano -Para iti tulong ti pagsasao iti pagsasao tawagan ti 1-800-370-4526 nga awan ti bayadanyo.
- Italiano: Per ricevere assistenza linguistica in italiano, può chiamare gratuitamente 1-800-370-4526.
- Japonés: 日本語で援助をご希望の方は、1-800-370-4526 まで無料でお電話ください。
- Karen: လာဝါမၤစၢလၢကလိၤကၢၣ်အီၣ်အီၣ် ၈၀၀-၃၇၀-၄၅၂၆ လာဝါအီၣ်ဒီးလာဝါကၢၣ်လၢကၢၣ်စၢလၢ
- Coreano: 한국어로 언어 지원을 받고 싶으시면 무료 통화번호인 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.
- Kru-Bassa: ʼBe´m`ké gbo-kpá-kpá dyé pídyi dé ʼBaśwó`wuḍuūn wĕĕ, dá 1-800-370-4526
- Kurdo: برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-800-370-4526 به خۆرای یه یه مەندی بکەن.
- Laociano: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາລາວ, ກະລຸນາໂທຫາ 1-800-370-4526 ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໂທ.
- Maratí: कोणत्याह शुल्का शवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी, 1-800-370-4526 वर फोन करा.
- Marshalés: Ñan bōk jipañ ilo Kajin Majol, kallok 1-800-370-4526 ilo ejjelok wōnān.
- Micronesio Pohnpei: Ohng palien sawas en soun kawewe ni omw lokaia Ponape koahl 1-800-370-4526 ni sohte isais.
- Mon Jemer, Camboyano: សម្រាប់ជំនួយភាសាជា ភាសាខ្មែរ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-370-4526 ដោយឥតគិតថ្លៃ។
- Navajo: T'áá shi shizaad k'ehjí bee shíká a'doowol ninízingo Diné k'ehjí koji' t'áá jíík'e hólné' 1-800-370-4526
- Nepalí: (नेपाल) मा शुल्क भाषा सहायता पाउनका लागि 1-800-370-4526 मा फोन ोस् ।
गनर्ह Nilotic-Dinka - Tën kuwoɔny ë thok ë Thuɔɔnjän cɔl 1-800-370-4526 kecɪn ayöc.
- Noruego: For språkassistanse på norsk, ring 1-800-370-4526 kostnadsfritt.
- Punyabí: ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭਾਸ਼ਾਈ ਮਦਦ ਲਈ, 1-800-370-4526 'ਤੇ ਮੁਫਤ ਕਾਲ ਕਰੋ।
- Holandés de Pennsylvania: Fer Hilfe in Deutsch, ruf: 1-800-370-4526 aa. Es Aaruf koschtet nix.
- Persa: برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-800-370-4526 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. انگلیسی
- Polaco: Aby uzyskać pomoc w języku polskim, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-800-370-4526.
- Portugués: Para obter assistência linguística em português ligue para o 1-800-370-4526 gratuitamente.
- Rumano: Pentru asistență lingvistică în românește telefonați la numărul gratuit 1-800-370-4526

Ruso: Чтобы получить помощь русскоязычного переводчика, позвоните по бесплатному номеру 1-800-370-4526.

Samoano: Mo fesoasoani tau gagana I le Gagana Samoa vala'au le 1-800-370-4526 e aunoa ma se totogi.

Serbocroata: Za jezičnu pomoć na hrvatskom jeziku pozovite besplatan broj 1-800-370-4526.

Español: Para obtener asistencia lingüística en español, llame sin cargo al 1-800-370-4526.

Fulfulde sudanés: Fii yo on hebu balal e ko yowitii e haala Pular noddee e oo numero dfoo 1-800-370-4526. Njodi woo fawaaki on.

Swahili: Ukihitaji usaidizi katika lugha ya Kiswahili piga simu kwa 1-800-370-4526 bila malipo.

Siríaco: ܟܳܠ ܗܳܘܝܳܬܳܐ ܕܳܘܳܨܳܝܳܐ ܕܳܠܳܘܳܬܳܐ ܕܳܗܳܠܳܐ ܕܳܠܳܘܳܬܳܐ ܕܳܠܳܘܳܬܳܐ ܕܳܠܳܘܳܬܳܐ ܕܳܠܳܘܳܬܳܐ ܕܳܠܳܘܳܬܳܐ ܕܳܠܳܘܳܬܳܐ ܕܳܠܳܘܳܬܳܐ 1-800-370-4526 ܕܳܠܳܘܳܬܳܐ.

Tagalo: Para sa tulong sa wika na nasa Tagalog, tawagan ang 1-800-370-4526 nang walang bayad.

Télugu: దిగువ ప్రశ్నలకు తెలియదయినట్లయితే దిగువ ప్రశ్నలకు ఎలాంటి ఖరీదల లేకుండా 1-800-370-4526 కు కాల్ చేయండి. (చెల్లించండి)

Tailandés: สำหรับความช่วยเหลือ ทางด้านภาษาเป็น ภาษาไทย โทร 1-800-370-4526 ฟรี ไม่มี ค่าใช้จ่าย ค

Tongano: Kapau 'oku fiema'u hā tokoni 'i he lea faka-Tonga telefoni 1-800-370-4526 'o 'ikai hā ōtōngi.

Lengua trukeša: Ren ánnisin chiakú ren (Kapasen Chuuk) kopwe kékkéeri 1-800-370-4526 nge esapw kamé ngonuk.

Turco: (Dil) çağrısı dil yardım için. Hiçbir ücret ödmeden 1-800-370-4526.

Ucraniano: Щоб отримати допомогу перекладача української мови, зателефонуйте за безкоштовним номером 1-800-370-4526.

Urdu: بلاقیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، 1-800-370-4526 پر بات کریں۔

Vietnamita: Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng (ngôn ngữ), hãy gọi miễn phí đến số 1-800-370-4526.

Yiddish: פאר שפראך הילף אין אידיש רופט 1-800-370-4526 פון אפצאל.

Yoruba: Fún ìrànlọ́wọ́ nípa èdè (Yorùbá) pe 1-800-370-4526 láí san owó kankan rárá.

Glosario de cobertura y términos médicos

- Este glosario define muchos términos de uso común, pero no es una lista completa. Estos términos y definiciones del glosario tienen como fin ser educacionales y pueden diferir de los términos y definiciones de su [plan](#) o póliza de [seguro de salud](#). Además, es posible que algunos de estos términos no tengan exactamente el mismo significado cuando se usan en su póliza o [plan](#), y, en todo caso, la póliza o el [plan](#) regirán la decisión. (Vea su resumen de beneficios y cobertura para obtener información sobre cómo obtener una copia de su póliza o documento del [plan](#).)
- El texto [subrayado](#) identifica a los términos definidos en este glosario.
- Vea la página 6 para ver un ejemplo que muestra cómo funcionan juntos los [deducibles](#), [el coseguro](#) y los [límites de gastos de bolsillo](#) en una situación de la vida real.

Monto permitido

Este es el pago máximo que pagará el [plan](#) por un servicio de atención médica cubierto. Puede también denominarse “gasto elegible”, “pago permitido” o “tasa negociada”.

Apelación

Una solicitud de que su asegurador o [plan](#) reconsidere una decisión que deniega un beneficio o pago (ya sea en su totalidad o en parte).

Facturación de saldo

Cuando un [proveedor](#) le factura a usted el saldo restante de una factura que su [plan](#) no cubre. Este monto es la diferencia entre el monto facturado real y el [monto permitido](#). Por ejemplo, si el cargo del proveedor es \$200 y el monto permitido es \$110, el proveedor puede enviarle una factura por los \$90 restantes. Esto ocurre con frecuencia cuando usted usa a un [proveedor fuera de la red \(un proveedor no preferido\)](#). Un [proveedor de la red \(proveedor preferido\)](#) no puede facturarle los servicios cubiertos.

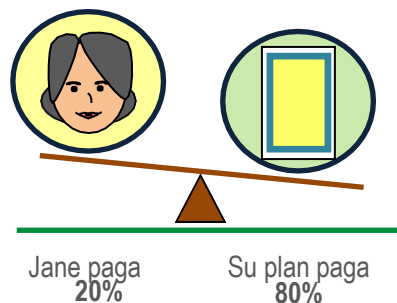
Reclamo

Una solicitud de un beneficio (incluso el reembolso de un gasto de atención médica) que presente usted o su [proveedor](#) de atención médica a su asegurador de salud o [plan](#) por artículos o servicios que usted

Coseguro

Su porción de los costos de un servicio de atención médica cubierto, que se calcula como un porcentaje (por ejemplo el 20%) del [monto permitido](#) por un servicio.

Generalmente, usted paga un coseguro **más** todo [deducible](#) que deba.



(Vea la pág. 6 para ver un ejemplo detallado.)

(Por ejemplo, si el monto permitido por el [seguro de salud](#) o el [plan](#) para una visita al consultorio es \$100 y usted ha satisfecho su [deducible](#), su pago de coseguro del 20% sería \$20. El [seguro de salud](#) o el [plan](#) paga el resto del monto permitido.)

Complicaciones del embarazo

Problemas de salud relacionados con el embarazo, trabajo de parto y parto que requieren atención médica para evitar daños graves a la salud de la madre o del feto. En general las náuseas matutinas y las cesáreas que no son de emergencia no son complicaciones del embarazo.

Copago

Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, en general cuando recibe el servicio (a veces se denomina un “copago”). El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Distribución de costos

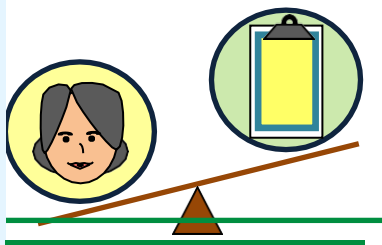
Es la porción de los costos que usted debe pagar de su propio bolsillo por los servicios que cubre un [plan](#) (a veces se denomina “costos de bolsillo”). Algunos ejemplos de la distribución de costos son los [copagos](#), [deducibles](#) y el [coseguro](#). La distribución de costos familiar es la porción del costo pagado a través de [deducibles](#) y [costos de bolsillo](#) que usted y su cónyuge y/o hijos deben pagar de su propio bolsillo. Los otros costos, incluyendo sus [primas](#), las penalidades que deba pagar o el costo de la atención médica que el [plan](#) no cubre en general no se consideran una distribución de costos.

Reducciones de la distribución de costos

Descuentos que reducen el monto que paga usted por ciertos servicios cubiertos por un [plan](#) individual que usted compra a través del [mercado de seguros de salud](#). Usted puede recibir un descuento si sus ingresos son inferiores a una cierta cantidad y usted elige el nivel plateado del plan de salud, o si es miembro de una tribu reconocida a nivel federal, lo cual incluye ser accionista de una corporación en virtud de la Ley de Conciliación de Reclamos de Nativos de Alaska (Alaska Native Claims Settlement Act).

Deducible

Un monto que posiblemente deba usted durante un período de cobertura (en general un año) por los servicios de atención médica cubiertos antes de que su [plan](#) comience a pagar. Un deducible general es aplicable a todos o casi todos los artículos y servicios cubiertos. Un [plan](#) con un deducible general puede también tener deducibles separados aplicables a servicios o grupos de servicios específicos. Un [plan](#) puede también tener solo deducibles separados. (Por ejemplo, si su deducible es \$1000, su plan no pagará nada hasta que usted haya satisfecho su deducible de \$1000 por los servicios de atención médica cubiertos sujetos al deducible.)



Jane paga 100% Su plan paga 0%
(Vea la pág. 6 para ver un ejemplo detallado.)

Prueba diagnóstica

Pruebas para averiguar cuál es su problema de salud. Por ejemplo, una radiografía puede ser una prueba diagnóstica si usted tiene un hueso fracturado.

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)

Equipo y suministros ordenados por un [proveedor](#) de atención médica para todos los días o de uso prolongado. El DME puede incluir equipo de oxígeno, sillas de rueda y muletas.

Problema médico de emergencia

Una enfermedad, lesión, síntoma (incluso dolor grave) o afección lo suficientemente grave para causar un riesgo grave para su salud si no recibe atención médica de inmediato. Si no recibe atención médica inmediata, podría anticipar razonablemente una de las siguientes consecuencias: 1) Su salud correría un riesgo grave; o 2) usted tendría graves problemas con sus funciones orgánicas; o 3) usted sufriría daños graves a alguna parte u órgano de su cuerpo.

Transporte médico de emergencia

Servicios de ambulancia para una [afección médica de emergencia](#). Los tipos de transporte médico de emergencia pueden incluir transporte por aire, tierra o mar. Es posible que su [plan](#) no cubra todos los tipos de transporte médico de emergencia o pague menos por ciertos tipos de transporte.

Atención de sala de emergencias / servicios de emergencia

Servicios para ver si tiene una [afección médica de emergencia](#) y darle tratamiento para que su [afección médica de emergencia](#) no empeore. Estos servicios pueden ser prestados en una sala de emergencias de un hospital autorizado o en otro lugar que provea atención para [afecciones médicas de emergencia](#).

Servicios excluidos

Servicios de atención médica que su [plan](#) no paga ni cubre.

Vademécum

Una lista de los medicamentos que cubre su [plan](#). Un vademécum puede incluir cuál es su porción del costo para cada medicamento. Su [plan](#) puede poner los medicamentos en niveles de [distribución de costos](#) diferentes. Por ejemplo, el vademécum puede tener niveles diferentes para medicamentos genéricos y de marca y se aplica una [distribución de costos](#) distinto para cada uno.

Queja

Una queja que usted comunica a su asegurador de salud o [plan](#).

Servicios de habilitación

Servicios de atención médica que ayudan a una persona a retener, aprender o mejorar sus habilidades y funcionamiento para la vida diaria. Entre los ejemplos de estos servicios están aquellos que se le prestan a un niño que no camina o habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir terapia física u ocupacional, patología del habla y lenguaje, y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos para pacientes internados y/o ambulatorios.

Seguro médico

Un contrato que requiere que un asegurador de salud pague parte o la totalidad de los costos de atención médica a cambio de una [prima](#). Un contrato de seguro de salud también puede denominarse una “póliza” o un “[plan](#).”

Atención médica en el hogar

Servicios y suministros de atención médica que usted recibe en su hogar por órdenes de su médico. Los servicios pueden ser prestados por enfermeros/as, terapeutas, trabajadores sociales u otros [proveedores](#) autorizados de atención médica. La atención de la salud en el hogar en general no incluye asistencia con tareas no médicas, como cocinar, limpiar o manejar.

Servicios paliativos

Servicios para brindar consuelo y apoyo a las personas que están en las últimas etapas de una enfermedad

Hospitalización

Atención en un hospital que requiere su ingreso como paciente internado y usualmente requiere una estadía durante la noche. Es posible que algunos [planes](#) consideren una estadía en el hospital de una noche como atención ambulatoria en lugar de atención con internación.

Atención hospitalaria ambulatoria

Atención en un hospital que usualmente no requiere una estadía durante la noche.

Coseguro dentro de la red

Su porción (por ejemplo, 20%) del [monto permitido](#) por servicios de atención médica cubiertos. Su porción de los costos es en general más baja para los servicios cubiertos dentro de la red.

Copago dentro de la red

Un monto fijo (por ejemplo, \$15) que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos a los [proveedores](#) que firman un contrato con su [seguro de salud](#) o [plan](#). En general, los copagos dentro de la red son menores que los [copagos fuera de la red](#).

Mercado de seguros de salud

Un mercado de [seguro de salud](#) donde los individuos, las familias y las pequeñas empresas pueden obtener información sobre sus opciones de [plan](#); comparar planes basándose en los costos, beneficios y otras características importantes; solicitar y recibir asistencia financiera para pagar las [primas](#) y la [distribución de costos](#) en base a sus ingresos; y elegir un [plan](#) e inscribirse en la cobertura. También denominado un “intercambio”. El mercado de seguros de salud es administrado por el estado en algunos estados y por el gobierno federal en otros. En algunos estados, el mercado de seguros de salud también ayuda a los consumidores elegibles a inscribirse en otros programas, incluso Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Niños (Children’s Health Insurance Program) (CHIP). Disponible en línea, por teléfono y en persona.

Límite máximo de gastos de bolsillo

Monto anual que establece el gobierno federal como el máximo que se le puede exigir que pague a un individuo o familia en [distribución de costos](#) durante el año del [plan](#) por los servicios dentro de la red cubiertos. Es aplicable a la mayoría de los tipos de [planes](#) y seguros de salud. Este monto puede ser más alto que los [límites de gastos de bolsillo](#) indicados para su [plan](#).

Medicamento necesario

Servicios de atención médica o suministros necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, problema de salud o sus síntomas, lo cual incluye la habilitación, y que cumplen con estándares médicos aceptados.

Cobertura esencial mínima

En general la cobertura esencial mínima incluye [planes](#), [seguros de salud](#) disponibles a través del [mercado de seguros de salud](#) u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertos otros tipos de coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima tal vez no sea elegible para el [crédito impositivo por la prima](#).

Estándar de valor mínimo

Un estándar básico para medir el porcentaje de costos permitidos que cubre el [plan](#). Si le ofrecen un [plan](#) del empleador que paga por lo menos el 60% de los costos totales permitidos de los beneficios, el [plan](#) ofrece un valor mínimo y es posible que usted no califique para recibir [créditos impositivos por la prima](#) y [reducciones de distribución de costos](#) para comprar un [plan](#) en el [mercado de seguros de salud](#).

Red

Las instalaciones, los [proveedores](#) y los suministros con los que su asegurador de salud o [plan](#) ha firmado un contrato para proveer servicios de atención médica.

Proveedor de la red (proveedor preferido)

Un [proveedor](#) que tiene un contrato con su [asegurador de salud](#) o [plan](#) y que ha acordado prestar servicios a los miembros de un [plan](#). Usted pagará menos si consulta a un [proveedor](#) que pertenece a la [red](#). También denominado un “proveedor preferido” o “proveedor participante”.

Ortopedia y prótesis

Aparatos ortopédicos para la pierna, el brazo, la espalda y el cuello, piernas, brazos y ojos artificiales y prótesis mamarias externas para después de una mastectomía. Estos servicios incluyen: el ajuste, las reparaciones y los reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambio del estado físico del paciente.

Coseguro fuera de la red

Su porción (por ejemplo el 40%) del [monto permitido](#) para los servicios de atención médica cubiertos que se paga a los [proveedores](#) que no tienen un contrato con su [seguro de salud](#) o su [plan](#). El coseguro fuera de la red generalmente le cuesta más que el [coseguro dentro de la red](#).

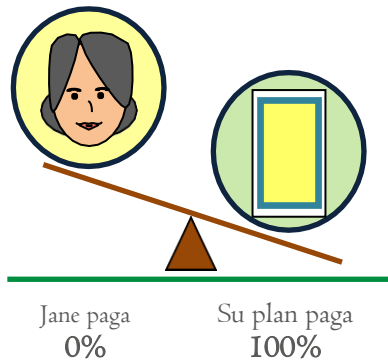
Copago fuera de la red

Un monto fijo (por ejemplo, \$30) que usted paga por los servicios de atención médica a los [proveedores](#) que **no tienen** un contrato con su [seguro de salud](#) o [plan](#). Los copagos fuera de la red suelen ser más altos que los [copagos dentro de la red](#).

Proveedor externo a la red (proveedor no preferido)

Un [proveedor](#) que no tiene un contrato con su [plan](#) para proporcionar servicios. Si su [plan](#) cubre servicios externos a la red, en general pagará más por consultar a un proveedor externo a la red que a un [proveedor preferido](#). Su póliza le explicará cuáles pueden ser esos costos. También se pueden denominar “no preferidos” o “no participantes” en lugar de “proveedor externo a la red”.

Límite de gastos de bolsillo Lo máximo que usted *podría* pagar durante el período de cobertura (en general un año) por su porción de los costos de los servicios cubiertos. Después de satisfacer este límite, en general el [plan](#) pagará el 100% del [monto permitido](#).



(Vea la pág. 6 para ver un ejemplo)

Este límite lo ayuda a

pagar los costos de atención médica. Este límite jamás incluye su [prima](#), los cargos [facturados por saldo](#) ni la atención médica que su [plan](#) no cubre. Algunos [planes](#) no cuentan todos sus [copagos](#), [deducibles](#), pagos de [coseguro](#), pagos por cargos externos a la red, u otros gastos para cubrir el límite.

Plan

La cobertura de salud se le provee directamente (plan individual) o a través de un empleador, un sindicato u otro patrocinador grupal (plan de grupo de empleadores) que proporciona cobertura de ciertos costos de atención médica. También se denomina un “plan de seguro de salud”, una “póliza”, “póliza de seguro de salud”, o “[seguro de salud](#)”.

Autorización previa

La decisión que toma su asegurador de salud o [plan](#) de que un servicio de atención médica, un plan de tratamiento, un [medicamento de venta con receta](#) o un [equipo médico duradero \(DME\)](#) es [medicamento necesario](#). A veces se denomina una “autorización previa”, “aprobación previa”, o “certificación previa”. Su [seguro de salud](#) o [plan](#) puede requerir la autorización previa de ciertos servicios antes de que usted los reciba, excepto en una emergencia. La autorización previa no es una promesa de que su [seguro de salud](#) o [plan](#) cubrirá el costo.

Prima

El monto que debe pagarse por su [seguro de salud](#) o [plan](#). En general, usted y/o su empleador la pagan mensual, trimestral o anualmente.

Créditos impositivos para la prima

Ayuda financiera que disminuye sus impuestos para ayudarlo a usted y a su familia a pagar por un [seguro de salud](#) privado. Usted puede obtener esta ayuda si obtiene su [seguro de salud](#) a través del [mercado de seguros de salud](#) y sus ingresos no superan cierto nivel.

Los pagos anticipados del crédito impositivo pueden usarse de inmediato para disminuir los costos mensuales de su [prima](#).

Cobertura de medicamentos de venta con receta

Cobertura bajo un [plan](#) que ayuda a pagar los [medicamentos de venta con receta](#). Si el [vademécum](#) del plan usa “niveles”, los medicamentos de venta con receta se agrupan por tipo o costo. El monto de la [distribución de costos](#) que pagará usted será diferente para cada “nivel” de los [medicamentos de venta con receta](#) cubiertos.

Médico de cabecera

Un médico, incluyendo un doctor de medicina (M.D.) o un doctor en osteopatía (D.O.) (doctor en osteopatía), que proporciona o coordina una gama de servicios de atención médica para usted.

Proveedor de cabecera

Un médico, incluyendo un doctor de medicina (M.D.) o un doctor en osteopatía (D.O.) (doctor en osteopatía), enfermero/a practicante, enfermero/a clínico especialista o asistente de médico, según se permita bajo la ley estatal y los términos del [plan](#), que proporciona, coordina o lo ayuda a acceder a una gama de servicios de atención médica.

Proveedor

Un individuo o centro que proporciona servicios de atención médica. Algunos ejemplos de un proveedor son un médico, enfermero/a, un quiropráctico, un asistente de médico, un hospital, un centro de cirugía, un centro con enfermería especializada y un centro de rehabilitación. Es posible que el [plan](#) requiera que el proveedor tenga licencia, esté certificado o acreditado del modo exigido por la ley estatal.

Cirugía reconstructiva

Cirugía y tratamiento de seguimiento requeridos para corregir o mejorar una parte del cuerpo a causa de defectos de nacimiento, accidentes, lesiones o afecciones médicas.

Derivación

Una orden de su [médico de cabecera](#) para que usted vea a un [especialista](#) u obtenga ciertos servicios de atención médica. En muchas organizaciones de administración de la salud (HMO), usted debe obtener una derivación antes de obtener servicios de atención médica de alguien que no sea su [médico de cabecera](#). Si no obtiene una derivación primero, es posible que el [plan](#) no pague por los servicios.

Servicios de rehabilitación

Servicios de atención médica que ayudan a una persona a retener, recuperar o mejorar sus habilidades y funcionamiento para la vida diaria que se han perdido o están limitados a causa de una enfermedad, lesión o discapacidad. Estos servicios pueden incluir terapia física u ocupacional, patología del habla y lenguaje y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de entornos con internación y/o ambulatorios.

Pruebas diagnósticas/de detección

Un tipo de [atención preventiva](#) que incluye pruebas y exámenes para detectar la presencia de algo, en general llevados a cabo cuando usted no tiene síntomas, señales o antecedente médicos actuales de una enfermedad o afección

Atención de enfermería especializada

Servicios prestados o supervisados por enfermeros certificados en su hogar o en una residencia de ancianos. La enfermería especializada **no es** lo mismo que los “servicios de atención especializados”, que se refiere a servicios prestados por terapeutas o técnicos (en lugar de enfermeros/as certificados en su hogar o en un hogar para ancianos).

Especialista

Un [proveedor](#) que se concentra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, administrar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

Medicamento especializado

Un tipo de [medicamento de venta con receta](#) que, en general, requiere un manejo especial o control y evaluación constante de un profesional médico, o que es relativamente difícil de surtir. En general, los medicamentos especializados son los más costosos en un [vademécum](#).

UCR (siglas inglesas de usuales, habituales y razonables)

El monto que se paga por un servicio médico en un área geográfica basado en lo que en general cobran los [proveedores](#) dentro del área por el mismo servicio médico o uno similar. El monto UCR a veces se usa para determinar el [monto permitido](#).

Atención urgente

Atención de una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave que necesita [atención en la sala de emergencias](#).

Cómo se distribuyen los costos entre su asegurador y usted: Un ejemplo

Deducible del plan de Jane: \$1,500

Coseguro: 20%

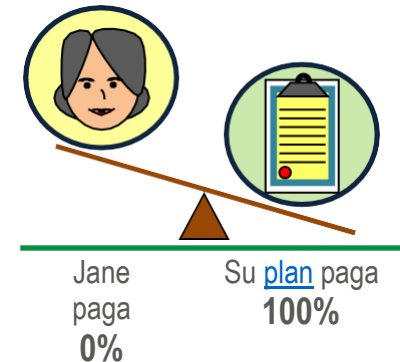
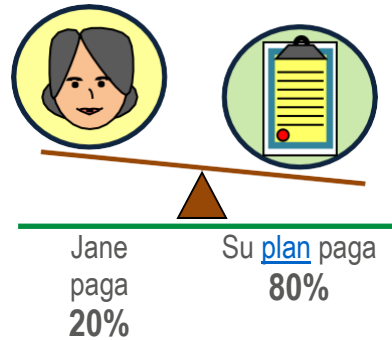
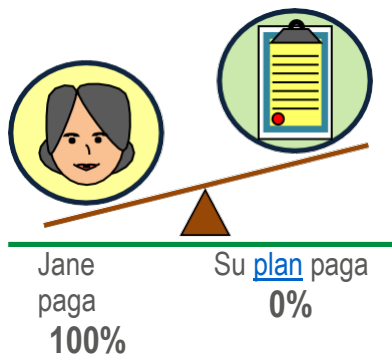
Límite de gastos de bolsillo: \$5,000

1 de enero

Comienzo del período de cobertura

31 de diciembre

Fin del período de cobertura



Jane no ha alcanzado aún su deducible de \$1,500

Su plan no paga ninguno de estos costos.

Costos de visita al consultorio: \$125
Jane paga: \$125
Su plan paga: \$0

Jane alcanza su deducible de \$1,500, comienza el coseguro.

Jane ha consultado con un médico varias veces y ha pagado un total de \$1,500, alcanzando su deducible. Por eso, su plan paga algunos de los costos de su próxima consulta.

Costos de visita al consultorio: \$125
Jane paga: El 20% de \$125 = \$25
Su plan paga: El 80% de \$125 = \$100

Jane llega a su límite de gastos de bolsillo de \$5,000

Jane ha consultado con el médico frecuentemente y ha pagado un total de \$5,000. Su plan paga el costo completo de sus servicios de atención médica cubiertos por el resto del año.

Costos de visita al consultorio: \$125
Jane paga: \$0
Su plan paga: \$125

Declaración de divulgación de conformidad con la PRA: De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona tiene la obligación a responder a una recolección de información a menos que exhiba un número de control de OMB válido. El número de control válido de OMB para esta recolección de información es **0938-1146**. Se calcula que el tiempo promedio necesario para completar esta recolección de información es **0.08** por respuesta, incluyendo el tiempo que se necesita para revisar las instrucciones, buscar en fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión del estimado de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, atención: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

