



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-800-735-8947 o visite <https://aetna.com>. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 937-454-1744 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible total</u> ?	Dentro de la <u>red</u> : individual \$1,000/familiar \$2,000. Fuera de la <u>red</u> : individual \$2,000/familiar \$4,000.	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , cada miembro debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de los gastos del <u>deducible</u> pagada por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Dentro de la <u>red</u> : atención preventiva; visitas al consultorio del especialista y del médico de atención primaria; visitas al consultorio para atención prenatal; visitas al consultorio para servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias; exámenes de la vista preventivos y servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios, aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí. <u>Medicamentos con receta médica</u> (RX): individual \$200. No hay otros <u>deducibles</u> específicos.	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica de <u>deducible</u> , antes de que este <u>plan</u> comience a pagar estos servicios.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la <u>red</u> médica: individual \$5,250/familiar \$10,500. Fuera de la <u>red</u> : individual \$10,500/familiar \$21,000. <u>Medicamentos con receta médica</u> : dentro de la <u>red</u> : individual \$2,900/familiar \$8,800; fuera de la <u>red</u> : sin límite.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Primas, cargos de <u>facturación de saldo</u> , atención médica que este <u>plan</u> no cubre y sanciones por no obtener la <u>autorización previa</u> para los servicios.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores</u> de la <u>red</u> , visite <a href="http://www.aetna.com/docfind">www.aetna.com/docfind</a> o llame al 1-800-370-4526.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una <u>factura</u> de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .



Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del proveedor</b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$30 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$30 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará el <u>plan</u> .
<b>Si se realiza un examen</b>	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b>  Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en <a href="http://www.caremark.com">www.caremark.com</a>	Medicamentos genéricos	\$200 de <u>deducible</u> /persona (no se aplica para pedidos por correo); \$10 de <u>copago</u> /medicamento con receta médica (al por menor); \$20 de <u>copago</u> /medicamento con receta médica (pedidos por correo). No se aplica el <u>deducible</u> médico.	\$200 de <u>deducible</u> /persona; 50 % de <u>coseguro</u> , \$50 como mínimo para farmacias al por menor. El servicio de pedidos por correo no está cubierto. No se aplica el <u>deducible</u> médico.	Los beneficios de <u>medicamentos con receta médica</u> son administrados por CVS Caremark. Para conocer las exclusiones y las limitaciones del <u>plan</u> en detalle, consulte la descripción resumida del <u>plan</u> para Iron Workers District Council of Southern Ohio & Vicinity Benefit Trust que se encuentra en <a href="https://iwtrustfund.com">https://iwtrustfund.com</a> .
	Medicamentos de marca del <u>formulario</u>	\$200 de <u>deducible</u> /persona (no se aplica para pedidos por correo); \$30 de <u>copago</u> /medicamento con receta médica (al por menor); \$70 de <u>copago</u> /medicamento con receta médica (pedidos por correo). No se aplica el <u>deducible</u> médico.	\$200 de <u>deducible</u> /persona; 50 % de <u>coseguro</u> , \$50 como mínimo para farmacias al por menor. El servicio de pedidos por correo no está cubierto. No se aplica el <u>deducible</u> médico.	Limitado a un suministro de 30 días de medicamentos que no son de mantenimiento (al por menor).  Los medicamentos de mantenimiento están limitados a dos suministros de 30 días (al por menor). Luego, tendrá que pasar a un suministro de 90 días (al por menor o pedidos por correo).

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	<u>Medicamentos de especialidad</u> o fuera del <u>formulario</u> de marca	\$200 de <u>deducible</u> /persona (no se aplica para pedidos por correo); 50 % de <u>coseguro</u> con un mínimo de \$50 y máximo de \$100 (al por menor); \$125 de <u>copago</u> /medicamento con receta médica (pedidos por correo); \$90 de <u>copago</u> /medicamento con receta médica (pedidos por correo). No se aplica el <u>deducible</u> médico.	\$200 de <u>deducible</u> /persona; 50 % de <u>coseguro</u> . \$50 como mínimo para farmacias al por menor. El servicio de pedidos por correo no está cubierto. No se aplica el <u>deducible</u> médico.	Los medicamentos preventivos genéricos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), tales como los anticonceptivos o los equivalentes de marca si un genérico es médicamente inapropiado, son sin cargo. Los <u>medicamentos de especialidad</u> se obtienen a través del programa de <u>copagos</u> de PrudentRx. Los <u>medicamentos de especialidad</u> cubiertos que figuran en la lista de <u>medicamentos de especialidad</u> exclusivos del plan y se obtienen en una farmacia CVS Specialty® son sin cargo. Si el <u>medicamento de especialidad</u> que usted toma no está incluido en dicha lista, seguirá pagando el <u>copago</u> de <u>medicamentos de especialidad</u> por cada receta. Si no se inscribe en el programa PrudentRx, pagará un 50 % de <u>coseguro</u> por los <u>medicamentos de especialidad</u> . <u>Límite de gastos de bolsillo</u> para <u>medicamentos con receta médica</u> : de un proveedor dentro de la red: individual \$2,900/familiar \$5,800; fuera de la red: sin límite.
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	30 % de <u>coseguro</u> .	30 % de <u>coseguro</u> .	La atención de emergencia fuera de la red se paga igual que dentro de la <u>red</u> . La atención de emergencia fuera de la red se paga igual que dentro de la <u>red</u> . Traslados que no son de emergencia: sin cobertura, excepto si se autorizan previamente.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	30 % de <u>coseguro</u> .	30 % de <u>coseguro</u> .	
	<u>Atención de urgencia</u>	30 % de <u>coseguro</u> .	30 % de <u>coseguro</u> .	No hay cobertura para atención que no es de urgencia.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Sanción de \$300 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red. Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas al consultorio: \$30 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> ; otros servicios para pacientes ambulatorios: 30 % de <u>coseguro</u> .	Visitas al consultorio y otros servicios para pacientes ambulatorios: 50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.  Sanción de \$300 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	Servicios para pacientes hospitalizados	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin cargo (no se aplica el <u>deducible</u> ).	50 % de <u>coseguro</u> .	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en este resumen (por ejemplo, ecografía). Puede aplicarse una sanción de \$300 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<u>Atención médica en el hogar</u>	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	120 visitas/año calendario. Sanción de \$300 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.  La terapia del habla solo está cubierta para la corrección de un impedimento del habla. 36 visitas/año calendario para fisioterapia y terapia ocupacional, 20 visitas/año calendario para terapia del habla, incluidos los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$30 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> . Pacientes hospitalizados: 30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	
	<u>Servicios de habilitación</u>	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	180 días/año calendario. Sanción de \$300 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	<u>Equipo médico duradero</u>	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Limitado a 1 <u>equipo médico duradero</u> con el mismo objetivo o uno similar. Se excluyen las reparaciones por mal uso o abuso. Se cubre hasta la cantidad máxima permitida para el artículo estándar que constituya un servicio cubierto. Los costos de alquiler no deben superar el precio de compra.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Sanción de \$300 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
<b>Si usted, su cónyuge o sus hijos necesitan atención dental o para la vista</b>	Examen de la vista	\$30 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	1 examen de rutina de la vista/12 meses.
	Anteojos	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Usted debe pagar el 100 % del servicio, incluso si lo recibe de un <u>proveedor dentro de la red</u> .
	Control dental	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Usted debe pagar el 100 % del servicio, incluso si lo recibe de un <u>proveedor dentro de la red</u> .

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

<b>Servicios que su plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura.</li> <li>• Cirugía cosmética.</li> <li>• Atención dental (adultos y niños).</li> <li>• Anteojos (niños).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos.</li> <li>• Atención a largo plazo.</li> <li>• Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento para la infertilidad.</li> <li>• Atención de rutina para los pies.</li> <li>• Programas para la pérdida de peso.</li> <li>• Atención de rutina para la vista, excepto examen de la vista.</li> </ul>

<b>Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica: Máximo de \$10,000 de por vida.</li> <li>• Cuidado quiropráctico: 12 manipulaciones de la columna vertebral por año calendario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento para la infertilidad: Limitado al diagnóstico y al tratamiento de la afección médica subyacente.</li> <li>• Enfermería particular (solo está cubierta en el hogar).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de emergencia para viajes fuera de los EE. UU. o Canadá.</li> </ul>

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es:

- Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-800-370-4526.
- Si su cobertura de salud de grupo está sujeta a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), también puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- Para planes de salud de grupo gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 (interno 61565) o visitar [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).
- Si está cubierto por un plan de la iglesia, tenga en cuenta que dichos planes no están cubiertos por las normas de continuidad de cobertura de la ley federal COBRA. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con el regulador de seguros del estado para conocer los posibles derechos de continuidad de la cobertura según la ley estatal.

Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con:

- Si su cobertura de salud de grupo está sujeta a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), puede comunicarse con Aetna, directamente, al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación médica, o al número general 1-800-370-4526. También puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- Para planes de salud de grupo gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 (interno 61565) o visitar [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).
- Asimismo, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. La información de contacto se encuentra en <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>.

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.**

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

**¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? No.**

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

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

**Acerca de estos ejemplos de cobertura:**



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

**Peg va a tener un bebé**  
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$1,000
- Copago de especialista \$30
- Coseguro del hospital 30 %  
(establecimiento)
- Otro coseguro 30 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

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

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$1,000
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$3,200

*Lo que no está cubierto*

Límites o exclusiones	\$70
-----------------------	------

**El total que Peg pagaría es 4,270**

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**  
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El deducible general del plan \$1,000
- Copago de especialista \$30
- Coseguro del hospital 30 %  
(establecimiento)
- Otro coseguro 30 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

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

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$100
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguro</u>	\$0

*Lo que no está cubierto*

Límites o exclusiones	\$4,300
-----------------------	---------

**El total que Joe pagaría es \$4,700**

**Fractura simple de Mía**  
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$1,000
- Copago de especialista \$30
- Coseguro del hospital 30 %  
(establecimiento)
- Otro coseguro 30 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

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

**En este ejemplo, Mía pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$1,000
<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coseguro</u>	\$300

*Lo que no está cubierto*

Límites o exclusiones	\$10
-----------------------	------

**El total que Mía pagaría es \$1,510**

Nota: Con estos números se supone que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si participa en dicho programa, es posible que sus costos sean menores. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, llame al 1-800-370-4526.

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

### Tecnología de asistencia

Las personas que usan tecnología de asistencia quizás no puedan tener acceso completo a la siguiente información. Para obtener asistencia, llame al 1-800-370-4526.

### Teléfono inteligente o tableta

Para ver los documentos desde su teléfono inteligente o tableta, se requiere la aplicación gratuita WinZip. Puede estar disponible en App Store.

### Aviso sobre la no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina de forma ilícita, excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad, identidad de género u orientación sexual.

Brindamos asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades y que necesitan asistencia de idiomas.

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Si cree que no hemos brindado estos servicios o que lo hemos discriminado de alguna manera por pertenecer a una de las clases protegidas mencionadas más arriba, puede comunicarse con el coordinador de derechos civiles y presentar una queja formal:

Civil Rights Coordinator

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de HMO de California: P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779)

1-800-648-7817, TTY: 711

Fax: 859-425-3379 (clientes de HMO de California: 860-262-7705), [CRCoordinator@aetna.com](mailto:CRCoordinator@aetna.com)

También puede presentar una queja sobre derechos civiles en el portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ingresando en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede hacerlo por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

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

TTY: 711

**Servicio de acceso a idiomas:**

- Albanian - Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi 1-800-370-4526.
- Amharic - የቋንቋ አገልግሎቶችን ያስገኙ ለማግኘት፣ በ 1-800-370-4526 ይደውሉ።
- Arabic - للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم 1-800-370-4526
- Armenian - Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք 1-800-370-4526 հեռախոսահամարով:
- Bahasa Indonesia - Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-800-370-4526 tanpa dikenakan biaya.
- Bantu-Kirundi - Kugira uronke serivisi z'indimi atakiguzi, hamagara 1-800-370-4526.
- Bengali-Bangala - আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পবিকষা পপকে হকয এই নম্বকি পেবযক ান েরুন: 1-800-370-4526 ।
- Bisayan-Visayan - Ngadto maakses ang mga serbisyo sa pinulongan alang libre, tawagan sa 1-800-370-4526.
- Burmese - သင့်အနေဖြင့် အခကြေးငွေ မပေးရဲဘဲ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိနိုင်ရန် 1-800-370-4526 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။
- Catalan - Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per vostè, telefoni al 1-800-370-4526.
- Chamorro - Para un hago' i setbision lengguåhi ni dibåtde para hågu, ågang 1-800-370-4526.
- Cherokee - ႪႮႠ ႮႮႠ 1-800-370-4526.
- Chinese - 如欲使用免費語言服務，請致電 1-800-370-4526.
- Choctaw - Anumpa tohsholi I toksvli ya peh pilla ho ish I paya hinla, I paya 1-800-370-4526.
- Cushite - Tajaajiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili 1-800-370-4526.
- Dutch - Voor gratis toegang tot taaldiensten, bell 1-800-370-4526.
- French - Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-800-370-4526.
- French Creole - Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-800-370-4526.
- German - Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-800-370-4526 an.
- Greek - Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-800-370-4526.
- Gujarati - તમારેકોઇ જાતના ખર્ચવિના ભાષાની સેવિઓની પહોર માટે, કોલ કરો1-800-370-4526.

- Hawaiian - No ka wala'au 'ana me ka lawelawe 'ōlelo e kahea aku i kēia helu kelepona 1-800-370-4526. Kāki 'ole 'ia kēia kōkua nei.
- Hindi - आपकेलिए बिना ककसी कीमत केभाषा सेवाओंका उपयोग करनेकेलिए,1-800-370-4526 पर कॉल करें।
- Hmong - Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-800-370-4526.
- Igbo - Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ 1-800-370-4526
- Ilocano - Tapno maaksesyo dagiti serbisio maipapan iti pagsasao nga awan ti bayadanyo, tawagan ti 1-800-370-4526.
- Indonesian - Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, hubungi 1-800-370-4526.
- Italian - Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-800-370-4526.
- Japanese - 言語サービスを無料でご利用いただくには、1-800-370-4526 までお電話ください。
- Karen - လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကိၣ်အတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖဲးတၢ်မၤတဖၣ်လၢတအိၣ်ဒီးအပူၤလၢကတၢၢ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး 1-800-370-4526 တက့ၢ်.
- Korean - 무료 언어 서비스를 이용하려면 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.
- Kru-Bassa - M̄ dyi wuḍu-dù kà kò dò bě dyi moú n̄ ni Pidyí ní, níí, dá nòbà nià kɛ: 1-800-370-4526
- Kurdish - 1-800-370-4526 بۆ دەسپێرێتگەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەبێ تێچوون بۆ تۆ، پەڕیوەندی بکە بە ژمارە 1-800-370-4526
- Laotian - ຄຳຂໍ້ໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໃບຫາcປີ 1-800-370-4526
- Marathi - कोणत्याही शक्तीकालशवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी,, 1-800-370-4526 वर फोन करा.
- Marshallese - Nan etal nan jikin jiban ikijen Kajin ilo an ejelok onen nan kwe, kirlok 1-800-370-4526.
- Micronesian- Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih 1-800-370-4526.
- Pohnpeyan - 1-800-370-4526 ដើម្បីទទួលបានសេវាភាសាសាដៃលក់កិច្ចសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-370-4526 ។
- Mon-Khmer, Cambodian - T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowoł doo bǎqǎh ílínígóó kojí' hólne' 1-800-370-4526.
- Navajo - निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न 1-800-370-4526 मा टेलिफोन गर्नुहोस् ।
- Nepali - Të koor yin weëř de thokic ke cín wëu kor keek tēnɔŋ yin. Ke col koc ye koc kuony ne nomba 1-800-370-4526.
- Nilotic-Dinka - For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring 1-800-370-4526.
- Norwegian - Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-800-370-4526.
- Pennsylvania Dutch - برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-800-370-4526 تماس بگیرید .
- Persian - Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć 1-800-370-4526.
- Polish - Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-800-370-4526.
- Portuguese -

