



UNIVERSITY *of* VIRGINIA

Plan de salud de la Universidad de Virginia

Descripción resumida del plan

Para afiliados al Plan de salud de la Universidad de Virginia

En vigencia a partir del 1 de enero de 2024

Beneficios de su plan de salud de la UVA

El Plan de Salud de la Universidad de Virginia (el Plan de Salud de la UVA o el Plan) ofrece tres opciones de planes médicos para brindar atención integral para usted y sus dependientes elegibles. Usted elige la cobertura que mejor se adapte a sus necesidades y las de su familia.

Utilice este libro para obtener la información que necesita cuando requiera servicios médicos de rutina, enfrente una enfermedad o lesión grave o necesite abastecerse de un medicamento con receta. Encontrará información sobre quién es elegible, qué está cubierto y qué no, cómo presentar una reclamación y qué sucede cuando usted deja de ser elegible para cobertura.

El Plan de Salud de la UVA, ofrecido por la Universidad de Virginia (la Universidad), es administrado por Aetna Life Insurance Company e incluye un programa de medicamentos recetados administrado por Aetna. Si tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese con los números que aparecen en su tarjeta de identificación o consulte “Contactos” en este libro, en la página 3.

Cobertura médica de un vistazo

El Plan de Salud de la UVA brinda cobertura de salud integral y beneficios de medicamentos recetados. A continuación, se ofrece una descripción general de la manera en que funciona el Plan.

Característica	Descripción general
Sus opciones	<p>El Plan de Salud de la UVA ofrece tres opciones de planes médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Value Health; • Choice Health; y • Basic Health. <p>Todas las opciones brindan cobertura de medicamentos recetados. Si usted está inscrito(a) en Value Health y el código zip de su lugar de trabajo está a más de 50 millas de Charlottesville, quedará inscrito automáticamente en la opción Value Health Fuera del Área.</p>
Cómo funciona el Plan de Salud de la UVA	<p>Cada opción del Plan brinda cobertura para la misma amplia gama de servicios, incluyendo visitas al médico, medicamentos recetados, hospitalizaciones y cirugía. La forma en que el Plan paga los beneficios depende de su opción de Plan, de si el servicio está cubierto por el Plan y de si recibe atención de un proveedor dentro o fuera de la red.</p>
Las redes del Plan de Salud de la UVA	<p>Tiene la libertad de elegir cualquier médico u otro proveedor de atención de la salud, dentro o fuera de la red de Aetna. Con la opción Value Health, usted recibe el nivel más alto de cobertura cuando utiliza un proveedor de la red de proveedores de la UVA.</p> <p>Para encontrar un proveedor dentro de la red, visite www.aetna.com/docfind/custom/uva.</p>

Característica	Descripción general
<p><i>Qué características son comunes entre las diferentes opciones de Plan</i></p>	<p>Las opciones del Plan comparten muchas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cubren la misma amplia gama de servicios, incluyendo medicamentos recetados; ▪ Los servicios de atención preventiva (dentro de la red) están cubiertos al 100% sin deducible; ▪ Para la mayoría de los servicios, usted debe satisfacer un deducible anual antes de que comience a aplicarse la cobertura. Luego, usted y el Plan comparten el costo de los servicios cubiertos (coseguro) hasta el máximo de gastos de bolsillo; ▪ Una vez que usted alcance el máximo de gastos de bolsillo del Plan, el Plan paga los servicios cubiertos en su totalidad durante el resto del año; y ▪ Usted puede elegir cobertura para usted y sus dependientes elegibles. <p>Además, Aetna es el Administrador del plan para servicios médicos y beneficios de medicamentos recetados.</p>
<p><i>¿Qué está cubierto?</i></p>	<p>El Plan ofrece cobertura del 100% para atención preventiva y vacunas elegibles dentro de la red y no es necesario que usted cumpla primero con su deducible anual.</p> <p>Usted está cubierto para recibir atención elegible dentro y fuera de la red para una amplia gama de servicios de atención de la salud, incluyendo visitas al médico, atención de urgencias y emergencias, hospitalización, servicios de atención de la salud a domicilio y salud conductual.</p>
<p><i>El costo de su cobertura</i></p>	<p>Usted comparte el costo de la cobertura a través de contribuciones de nómina o primas mensuales y el costo de la atención a través de deducibles, copagos y coseguros. En general, cuanto más pague por la cobertura mediante contribuciones de nómina o primas mensuales, menos pagará por el costo de los servicios de atención de la salud que reciba.</p>
<p><i>Acerca del programa de medicamentos recetados</i></p>	<p>Los beneficios de farmacia, administrados por Aetna, son parte del Plan de Salud de la UVA y los medicamentos recetados están cubiertos como cualquier otro gasto médico cubierto.</p> <p>El Plan paga beneficios por medicamentos recetados surtidos en una farmacia de la UVA, una farmacia UVA de medicamentos especializados u otras farmacias participantes de Aetna. Puede obtener sus medicamentos en una farmacia minorista o a través de la farmacia de servicio por correo CVS Caremark. Los medicamentos especializados deben surtirse en la Farmacia de medicamentos especializados de la UVA.</p>

Contactos

Cuando tenga preguntas o necesite más información, estos son algunos de los recursos disponibles para usted.

Recurso	Situación	Cómo establecer contacto
RRHH de la UVA	<p>Comuníquese con RRHH de la UVA cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tenga un evento de vida calificado Necesite informar un cambio en su nombre, dirección o número de teléfono 	<p>Llame al: 434-243-3344</p> <p>Correo electrónico: askHR@virginia.edu</p>
Equipo de defensores de Aetna One	<p>Comuníquese con su equipo de Aetna One Advocate cuando tenga:</p> <ul style="list-style-type: none"> Preguntas sobre los beneficios médicos del Plan o una pregunta sobre una reclamación Preguntas sobre los beneficios de medicamentos recetados del Plan 	<p>Llame al: 800-987-9072</p> <p>Visite: www.aetna.com</p>
Sitio web para miembros de Aetna	<p>Utilice su sitio web seguro para miembros cuando necesite:</p> <ul style="list-style-type: none"> Información sobre elegibilidad o saber el estado de una reclamación Una tarjeta de identificación de reemplazo Copias de formularios de reclamación Acceso a herramientas que le ayudarán a administrar la atención de su salud 	<p>Visite: www.aetna.com</p>
Portal de la red Aetna	<p>Utilice el sitio web de búsqueda de proveedores de Aetna para encontrar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Proveedores dentro de la red de Aetna Paquete de información para nuevos afiliados Herramienta de selección de planes y estimación de costos Institutes of Excellence, Institutes of Quality, Red Nacional de Vacunas de Aetna 	<p>Visite: www.aetna.com/docfind/custom/uva</p>
Farmacia UVA de medicamentos especializados	<p>Comuníquese con nosotros cuando tenga:</p> <ul style="list-style-type: none"> Preguntas sobre los beneficios de medicamentos especializados Dónde encontrar una farmacia UVA de medicamentos especializados 	<p>Llame al: 434 297 5500</p>

Contenido

BENEFICIOS DE SU PLAN DE SALUD DE LA UVA	1
COBERTURA MÉDICA DE UN VISTAZO	1
CONTACTOS	3
ACERCA DE ESTE RESUMEN	9
SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES	10
DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PARTICIPANTE.....	10
SUS RESPONSABILIDADES COMO PARTICIPANTE DEL PLAN	10
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN	11
QUIÉN ES ELEGIBLE	11
<i>Empleados activos</i>	11
<i>Becarios postdoctorales</i>	12
<i>Dependientes</i>	12
<i>Niños adoptados</i>	13
<i>Niños nacidos de madre sustituta subrogada</i>	13
<i>Órdenes de manutención médica infantil calificadas</i>	13
CÓMO INSCRIBIRSE	14
<i>Nuevos empleados</i>	14
<i>Inscripción abierta</i>	14
CAMBIOS POR EVENTOS DE VIDA CALIFICADOS	14
<i>Derechos especiales de inscripción</i>	16
<i>Documentación requerida para un evento de vida calificado</i>	16
<i>Documentación requerida que confirma la relación del cónyuge o dependiente</i>	18
FINALIZACIÓN DEL PERÍODO PARA ELEGIR LAS OPCIONES DE INSCRIPCIÓN	21
<i>Nuevos empleados</i>	21
<i>Inscripción abierta</i>	21
<i>Eventos de vida calificados e inscripciones especiales</i>	21
CUÁNDO COMIENZA LA COBERTURA	21
¿QUÉ PASA SI DEJO LA UNIVERSIDAD Y LUEGO REGRESO?	22
CÓMO PAGA USTED LA COBERTURA	22
<i>Contribuciones antes de impuestos y seguridad social</i>	22
<i>Primas para becarios posdoctorales</i>	22
<i>Primas para empleados asalariados</i>	23
CUÁNDO TERMINA LA COBERTURA	23
PERMISOS DE AUSENCIA	24
<i>Ley de permisos de ausencia por motivos de familia, médicos y militares</i>	24
<i>Permiso de ausencia Militar USERRA</i>	24
<i>Permisos de ausencia remunerado y no remunerado</i>	24
COBERTURA CONTINUA PARA UN NIÑO DISCAPACITADO	25
COBERTURA CONTINUA DEL PLAN BAJO COBRA	25
<i>Elección y pago de la cobertura COBRA</i>	26
<i>Requisitos de notificación</i>	27
<i>Notificación de sus derechos en el marco de COBRA</i>	28
<i>Cambios de dirección</i>	29
CUÁNDO TERMINA COBRA	29

SUS OPCIONES DE COBERTURA MÉDICA EN LA UVA	29
TABLA DE BENEFICIOS DE VALUE HEALTH	30
TABLA DE BENEFICIOS VALUE HEALTH FUERA DEL ÁREA	34
TABLA DE BENEFICIOS CHOICE HEALTH	39
TABLA DE BENEFICIOS DE BASIC HEALTH	43
TABLA DE BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS: PARA VALUE HEALTH Y CHOICE HEALTH	48
TABLA DE BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS: PARA BASIC HEALTH	50
CÓMO FUNCIONA LA COBERTURA MÉDICA	52
CUENTA DE AHORRO PARA LA SALUD (HSA) CON COBERTURA BASIC HEALTH	52
<i>Elegibilidad</i>	53
LA RED DE PROVEEDORES	53
PRECERTIFICACIÓN	54
<i>Cuándo necesitará precertificar la atención</i>	54
<i>Si usted no precertifica</i>	55
<i>Precertificación en radiología de alta tecnología</i>	56
EN UNA EMERGENCIA	56
<i>Ejemplos de emergencias médicas</i>	56
RECURSOS AVANZADOS PARA TRATAR ENFERMEDADES	57
TRASPLANTES Y ATENCIÓN ESPECIAL DE LA SALUD	57
COBERTURA DURANTE VIAJES AL EXTRANJERO	58
<i>Salir del país durante 90 días o más</i>	58
<i>Al salir del país por menos de 90 días</i>	58
<i>Cómo comunicarse con Aetna cuando viaja fuera de los Estados Unidos</i>	58
PROGRAMAS ESPECIALES	59
<i>Programas de descuento</i>	59
<i>Programas de gestión de la salud</i>	59
HERRAMIENTAS	60
<i>Directorio de proveedores médicos en línea</i>	60
<i>Sitio web para miembros de Aetna</i>	60
<i>Línea de apoyo Informed Health®</i>	61
<i>Tarjetas de identificación</i>	61
COORDINACIÓN CON OTROS PLANES	61
SI USTED TIENE OTRA COBERTURA	61
COORDINACIÓN CON MEDICARE	63
<i>Cuándo este plan es el primario</i>	64
<i>Enfermedad renal en etapa terminal</i>	64
<i>Cuándo Medicare es primario</i>	64
<i>Cuándo termina la elegibilidad para el plan</i>	65
<i>Cómo afecta Medicare los beneficios de su plan</i>	65
LO QUE ESTÁ CUBIERTO	66
CUIDADOS PREVENTIVOS	66
<i>Exámenes físicos de rutina</i>	66
<i>Servicios de despistaje y asesoramiento</i>	66
<i>Exámenes de obstetricia y ginecología de rutina</i>	67
<i>Exámenes de rutina para el despistaje de cáncer</i>	67
VISITAS Y CLÍNICAS SIN CITA PREVIA	68

<i>Visitas a la oficina de consulta</i>	68
<i>Visitas domiciliarias</i>	68
<i>Clínicas sin cita previa</i>	68
TELEMEDICINA.....	69
TELADOC	69
PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y MATERNIDAD	69
<i>Servicios de anticoncepción</i>	69
<i>Esterilización voluntaria</i>	70
<i>Servicios de infertilidad básicos</i>	70
<i>Gastos integrales de infertilidad y tecnología reproductiva avanzada (ART)</i>	70
<i>Cuidados del embarazo</i>	72
<i>Centro de maternidad</i>	72
<i>Apoyo, asesoramiento y suministros para la lactancia materna</i>	72
ATENCIÓN HOSPITALARIA	73
<i>Pruebas previas a la admisión</i>	74
CIRUGÍA	74
<i>Anestesia</i>	75
<i>Cirugía bariátrica</i>	75
<i>Cirugía bucal</i>	75
<i>Cirugía ambulatoria</i>	76
<i>Cirugía reconstructiva</i>	77
<i>Tratamiento de afirmación de género</i>	77
TRASPLANTES	78
<i>La Red Institutes of Excellence</i>	79
ALTERNATIVAS A LA ATENCIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	79
<i>Centro de enfermería especializada</i>	79
<i>Atención médica domiciliaria</i>	80
<i>Cuidados para enfermos terminales</i>	80
ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS	82
<i>Atención de emergencias</i>	82
<i>Atención de urgencias</i>	82
<i>Ambulancia</i>	82
OTROS GASTOS CUBIERTOS.....	83
<i>Acupuntura</i>	83
<i>Trastorno del espectro autista</i>	84
<i>Quimioterapia</i>	84
<i>Equipos, suministros y educación para diabéticos</i>	84
<i>Diagnóstico por Radiografía de y exámenes de laboratorio</i>	85
<i>Equipos médicos y quirúrgicos duraderos</i>	85
<i>Servicios de intervención temprana</i>	85
<i>Servicios experimentales o de investigación</i>	86
<i>Terapias genéticas, celulares y otras terapias innovadoras (GCIT)</i>	86
<i>Prótesis auditivas</i>	87
<i>Exámenes de audición</i>	88
<i>Terapia de infusión</i>	88
<i>Asesoramiento nutricional</i>	89
<i>Generación de imágenes complejas para pacientes ambulatorios</i>	89
<i>Servicios de radiología para pacientes ambulatorios</i>	89
<i>Rehabilitación ambulatoria a corto plazo</i>	89
<i>Dispositivos protésicos</i>	90

<i>Radioterapia</i>	91
<i>Manipulación de la columna vertebral</i>	91
DISPOSICIONES DE SALUD PARA LA MUJER	91
<i>La Ley de Protección de la Salud de las Madres y Recién Nacidos</i>	91
<i>La Ley de Derechos de la Mujer sobre la Salud y el Cáncer</i>	92
ATENCIÓN DE SALUD CONDUCTUAL	92
<i>Tratamiento de trastornos mentales</i>	92
<i>Tratamiento de abuso de sustancias</i>	93
LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO.....	94
EXCLUSIONES GENERALES.....	95
TECNOLOGÍA REPRODUCTIVA AVANZADA (ART)	96
ATENCIÓN MÉDICA ALTERNATIVA.....	97
SERVICIOS DE AMBULANCIA	97
ATENCIÓN DE LA SALUD CONDUCTUAL	97
BIOLÓGICO Y BIÓNICO	98
PROCEDIMIENTOS COSMÉTICOS.....	98
ACTOS CRIMINALES.....	99
CUIDADOS DE CUSTODIA Y PROTECCIÓN	99
CUIDADOS DENTALES	100
EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN	100
PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y MATERNIDAD	101
CUIDADO DE LOS PIES.....	101
TERAPIAS BASADAS EN GENES, CELULARES Y OTRAS TERAPIAS INNOVADORAS (GCIT)	101
GOBIERNO Y FUERZAS ARMADAS.....	102
EXÁMENES DE SALUD	102
PRÓTESIS AUDITIVAS	102
EXÁMENES DE AUDICIÓN.....	102
HOGAR Y MOVILIDAD	103
ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA	103
CUIDADOS PARA ENFERMOS TERMINALES	103
TERAPIA DE INFUSIÓN.....	104
CIRUGÍA BUCAL	104
REHABILITACIÓN AMBULATORIA A CORTO PLAZO.....	104
MEDICAMENTOS CON RECETA.....	105
SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUAL.....	106
EXÁMENES FÍSICOS DE RUTINA	107
FUERZA Y RENDIMIENTO	107
PRUEBAS Y TERAPIAS.....	107
TRASPLANTES	107
VIAJES Y TRANSPORTE	108
VISTA, HABLA Y AUDICIÓN	108
SERVICIOS DE CONTROL DE PESO.....	108
PROGRAMA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE AETNA	109
NIVELES DE BENEFICIOS	109
<i>Medicamentos genéricos y de marca</i>	109
<i>¿Qué es el formulario?</i>	110
FARMACIA MINORISTA.....	110
<i>Farmacia preferida</i>	110

<i>Farmacia no preferida</i>	110
MEDICAMENTOS RECETADOS PEDIDOS POR CORREO.....	110
PROGRAMA MAINTENANCE CHOICE CON OPCIÓN DE EXCLUSIÓN VOLUNTARIA	111
PREVIA AUTORIZACIÓN	111
PROGRAMA DE GESTIÓN DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS	112
PROGRAMA DE TERAPIA ESCALONADA	112
PROGRAMA DE GESTIÓN DE CANTIDADES	112
LISTA DE MEDICAMENTOS PREVENTIVOS.....	113
PROGRAMA AMPLIADO DE ASESORAMIENTO DE CONSEJEROS FARMACÉUTICOS	113
MEDICAMENTOS CUBIERTOS.....	113
LO QUE NO CUBRE EL PROGRAMA DE MEDICAMENTOS RECETADOS	114
RECLAMACIONES Y APELACIONES ANTE AETNA.....	115
CONVENIENCIA DE MANTENER REGISTROS DE GASTOS.....	115
PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES.....	116
<i>Exámenes físicos</i>	116
PLAZOS PARA EL PROCESAMIENTO DE RECLAMACIONES	116
<i>Reclamaciones de atención de urgencias</i>	116
<i>Otras reclamaciones (antes y después del servicio)</i>	116
<i>Predeterminaciones</i>	117
<i>Curso de tratamiento continuo</i>	117
RECLAMACIONES DE SALUD: APELACIONES ESTÁNDAR.....	117
<i>Agotamiento del proceso de apelación interna</i>	118
<i>Revisión completa y justa de las determinaciones y apelaciones de reclamaciones</i>	118
RECLAMACIONES DE SALUD: APELACIONES VOLUNTARIAS	119
<i>Revisión externa</i>	119
<i>Solicitud de revisión externa</i>	120
<i>Revisión preliminar</i>	121
<i>Remisión a ERO</i>	121
<i>Revisión externa acelerada</i>	122
<i>Remisión de revisión acelerada a una ERO</i>	122
FIDUCIARIO DE RECLAMACIONES.....	123
RECLAMOS.....	123
RECUPERACIÓN DE PAGOS EN EXCESO (SOBREPAGOS).....	123
INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA.....	124
EL COMPROMISO DEL PLAN DE LA UNIVERSIDAD DE VIRGINIA CON LA PRIVACIDAD	127
<i>Información sujeta a este aviso</i>	127
RESUMEN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN	128
<i>Aviso detallado de las políticas de privacidad del plan: usos y revelaciones del plan</i>	129
SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD.....	131
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA.....	134
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	139
RESÚMENES DE BENEFICIOS Y COBERTURA	163

Acerca de este resumen

Este libro, que incluye las Listas de beneficios del Plan de salud de la UVA, constituye la Descripción resumida del plan (SPD) y el Documento del plan de salud de la UVA.

En este libro, encontrará la información que necesita para comprender los beneficios de su Plan de Salud de la UVA, que incluyen:

- Qué derechos y responsabilidades tiene usted en el marco del Plan;
- Quién es elegible para cobertura;
- Cómo inscribirse y cuándo se le permite cambiar la cobertura que ha elegido;
- Cuándo comienza y termina la cobertura;
- Lo que cubre y no cubre el Plan;
- Cómo presentar una reclamación o apelar una decisión de reclamación; y
- Definiciones de términos clave.

Además, asegúrese de consultar la “Información administrativa” en la página 124 para obtener información clave sobre la administración del Plan y el “Resumen de las prácticas de privacidad del plan” en la página 128 para obtener información sobre las políticas de privacidad de la Universidad. Finalmente, este libro incluye el Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) de la Ley de cuidados de la salud a precios accesibles para cada opción del Plan.

Lea atentamente esta SPD y consúltela cuando sea necesario para comprender cómo funcionan sus beneficios médicos. La SPD es el documento vinculante para la Administración del Plan en cualquier proceso de apelación. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Aetna al número que aparece en su tarjeta de identificación o consulte “Contactos” en la página 3.

Este libro describe las disposiciones del Plan de Salud de la Universidad de Virginia (Plan de Salud de la UVA) a partir del 1 de enero de 2024. La Universidad de Virginia se reserva el derecho a cambiar, modificar, suspender o cancelar cualquiera o todos los beneficios del Plan de Salud de la UVA, en su totalidad o en parte, en cualquier momento y por cualquier motivo, a su entera discreción.

La Universidad de Virginia adopta este Documento del Plan como una descripción del Plan de Salud de la UVA. Este Documento del Plan reemplaza cualquier declaración anterior de coberturas de salud del Plan, a partir del 1 de enero de 2024. Si alguna de las disposiciones de este Plan fuera contraria a cualquier ley a la que estuviere sujeta, dicha disposición quedará modificada por medio del presente documento con el fin de ajustarse a dicha ley.

Tenga en cuenta que al adoptar y mantener el Plan de salud de la UVA, la Universidad de Virginia no ha celebrado un contrato de trabajo con ningún empleado o participante del Plan de salud de la UVA. Nada en los documentos legales del Plan de Salud de la UVA o en este libro otorga a ningún empleado o participante del Plan de Salud de la UVA el derecho a trabajar en la Universidad de Virginia ni a interferir con el derecho de la Universidad de Virginia a despedir a cualquier empleado en cualquier momento.

Ciertos nombres de empresas, productos y servicios mencionados en este documento pueden ser marcas comerciales de sus respectivas empresas.

Sus derechos y responsabilidades

Declaración de derechos del participante

- Usted tiene derecho a recibir información sobre el Plan de Salud de la UVA, los servicios, profesionales y proveedores del Plan, y sobre sus derechos y responsabilidades como participante del Plan.
- Usted tiene derecho a toda consideración de confidencialidad con respecto a sus propias reclamaciones de atención médica.
- Usted tiene derecho a esperar que su proveedor le informe sobre su enfermedad y tratamiento y que le explique o interprete la información, según sea necesario.
- Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su plan de atención antes y durante el transcurso del tratamiento.
- Usted tiene derecho a recibir beneficios por servicios médicamente necesarios que están cubiertos por el Plan de Salud de la UVA.
- Usted tiene derecho a respuestas rápidas y corteses a preguntas relacionadas con el acceso a la atención, los beneficios médicos y las reclamaciones médicas.
- Usted tiene derecho a saber cuáles son sus beneficios de atención de la salud y a que se le proporcione esta información en un idioma que pueda comprender.
- Usted tiene derecho a presentar una apelación para la reconsideración de una decisión o reclamaciones sobre el Plan o la atención brindada por los proveedores participantes de la red. Además, tiene derecho a que se le proporcione un proceso definido para tramitar reclamaciones y apelaciones. Consulte “Reclamaciones y apelaciones ante Aetna” en la página 115 en esta Descripción resumida del plan para conocer ese proceso.

Sus responsabilidades como participante del plan

Usted es responsable de hacer preguntas cuando no comprenda la información o las instrucciones.

- Usted es responsable de saber si procura atención por parte de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red. Si tiene alguna pregunta, debe comunicarse con el Administrador de reclamaciones al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.
- Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red, usted será responsable de asegurarse de que el Administrador de reclamaciones haya autorizado los servicios, si es necesario, y de saber si están aprobados como fuera o como dentro de la red para que usted pueda recibir los beneficios a su nivel máximo.
- Usted es responsable de verificar con el Administrador de reclamaciones que un proveedor haya obtenido la precertificación necesaria.
- Usted es responsable de garantizar que los miembros de su familia conozcan los procedimientos correctos para acceder a la atención antes de obtener beneficios a través del Plan de Salud de la UVA.
- Usted es responsable de realizar todos los pagos necesarios de costos compartidos a los proveedores según lo exigido y descrito en la Tabla de beneficios correspondiente de esta Descripción resumida del plan.
- Usted es responsable de notificar a Recursos Humanos de la UVA sobre cualquier cambio en la información de contacto o la elegibilidad de los dependientes completando los cambios a través del portal de beneficios en línea. Si usted o sus dependientes tuvieran previsto residir fuera de los Estados Unidos

durante más de 90 días, usted debe enviar el Formulario de inscripción en país extranjero a Recursos Humanos de la UVA.

- Usted es responsable de suministrar a sus proveedores la información completa necesaria para recibir atención de la salud, incluyendo información precisa sobre su cobertura actual de atención de la salud, y de acatar el plan de tratamiento acordado.
- Usted es responsable de proporcionar a RRHH de la UVA información relacionada con otras coberturas de seguro de salud que usted o su cónyuge o dependientes cubiertos puedan tener.
- Usted es responsable de completar su inscripción en línea dentro de los 30 días posteriores a la determinación de elegibilidad o 60 días después de los eventos calificados de mitad de año para inscribirse o realizar cambios en el Plan. Si usted pasa por alto el período de inscripción para los nuevos beneficios, su estatus para esos beneficios pasará al estatus de "asegurado renunció a dichos beneficios".
- Usted es responsable de proporcionar documentación y de responder preguntas destinadas a verificar su elegibilidad a solicitud del Administrador del Plan.
- Usted es responsable de informar a RRHH de la UVA cuando sus dependientes ya no sean elegibles para inscribirse en el plan de salud. También es responsable de reembolsar al Plan el costo de cualquier reclamación no elegible pagada por el Plan para dependientes elegibles o no elegibles.

Elegibilidad e inscripción

Esta sección describe quién es elegible para cobertura, cómo inscribirse para la cobertura y cuándo la cobertura entra en vigencia.

Quién es elegible

Empleados activos

Usted es elegible para inscribirse en el Plan si es empleado de la Universidad y usted es:

- Un empleado a tiempo completo;
- Un empleado a tiempo parcial para quien estén previstas al menos 20 horas de trabajo por semana;
- Un empleado a tiempo parcial de un centro médico para quien estén previstas al menos 20 horas de trabajo por semana; o

Un empleado asalariado de una división académica o de un centro médico que haya promediado al menos 30 horas de servicio por semana durante su período de medición inicial o estándar de 12 meses:

- El período de medición inicial para los empleados asalariados comienza en la fecha de contratación y se prolonga por 12 meses (período de medición único).
- El período de medición estándar para los empleados asalariados es el período de 12 meses entre el 3 de octubre y el 2 de octubre (medido cada año de empleo).

Si usted es elegible para el Plan de Salud de la UVA según los criterios anteriores, un período administrativo inmediatamente posterior al período de medición correspondiente le brinda su ventana de inscripción para beneficios de salud. Se le ofrecerá cobertura durante el período de estabilidad de 12 meses inmediatamente posterior al período administrativo.

Tenga en cuenta lo siguiente

Los empleados subcontratados y contratados no pueden acogerse al Plan.

Los empleados elegibles que estén de permiso de ausencia deben consultar “Permisos de ausencia” en la página 24 para obtener detalles de la cobertura.

Becarios postdoctorales

Usted es elegible para inscribirse en el Plan si es un becario postdoctoral con un nombramiento postdoctoral en la Universidad de Virginia.

Dependientes

- Usted puede inscribir a sus dependientes elegibles si proporciona documentación que confirme su elegibilidad. Sus dependientes elegibles son:
- Su cónyuge legalmente reconocido en el Estado de Virginia que no tenga acceso a una cobertura de atención de la salud asequible de valor mínimo a través de su empleador. Si todas las opciones de salud del empleador son HMO y su cónyuge vive fuera de las áreas de servicio definidas por las HMO, su cónyuge es elegible para ser dependiente de su cobertura de salud.
 - Sus hijos dependientes hasta el final del mes en el que cumplan 26 años, incluyendo:
 - Sus hijos por nacimiento o adopción;
 - Niños colocados con usted para adopción;
 - Niños de quienes usted es el padre legal a través de un contrato de gestación subrogada;
 - Hijastros; y
 - Niños adoptivos.
- Hijos solteros y dependientes de quienes usted es el tutor legal con custodia permanente, a menos que cualquiera de los padres biológicos del niño también viva con usted, excepto cuando los padres biológicos sean menores de edad que compartan la custodia con usted.

Estos dependientes legales son elegibles hasta el final del mes en el que cumplan 26 años, si la custodia se otorgó antes de que el niño cumpliera 18 años, el niño vive en casa y está declarado como dependiente en su declaración de impuestos sobre la renta.

La cobertura para un hijo discapacitado dependiente puede continuar más allá del final del mes en el que cumpla 26 años si:

- El niño queda permanente y totalmente discapacitado;
- La discapacidad comenzó antes de que el niño cumpliera 26 años;
- Los formularios de solicitud para el estatus de discapacidad se solicitan a Aetna (el administrador de reclamaciones), se completan, se devuelven y se aprueban ANTES de que el dependiente cumpla 26 años;
- El niño no está casado(a), vive con usted a tiempo completo en una relación regular entre padre e hijo, no tiene un trabajo de tiempo completo elegible para recibir beneficios y está declarado en su declaración de impuestos; y
- El niño ha mantenido una cobertura continua bajo un plan patrocinado por el empleador del empleado o del otro padre natural/adoptivo desde que comenzó la discapacidad.

¿Qué pasa si mi cónyuge y yo trabajamos para la Universidad de Virginia?

Nadie puede estar cubierto al mismo tiempo como empleado y como dependiente en el Plan de Salud de la UVA, y ningún dependiente puede estar cubierto por más de un empleado. Si usted y su cónyuge son empleados elegibles, usted tiene estas opciones:

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

Niños adoptados

La cobertura para su hijo adoptado legalmente entra en vigencia en la fecha en que el niño es adoptado o colocado con usted para adopción si solicita cobertura para el niño por escrito dentro de los 60 días posteriores a la colocación.

Si deja pasar este plazo de 60 días, deberá esperar hasta el próximo período de inscripción abierta para presentar la solicitud y la documentación correspondientes. El cambio se hará efectivo el primero del año siguiente.

Niños nacidos de madre sustituta subrogada

La cobertura para su hijo legal nacido de madre sustituta subrogada entra en vigencia en la fecha en que nace el niño si solicita cobertura para el niño por escrito dentro de los 60 días posteriores al nacimiento.

Si deja pasar este plazo de 60 días, deberá esperar hasta el próximo período de inscripción abierta para presentar la solicitud y la documentación correspondientes. El cambio se hará efectivo el primero del año siguiente.

Órdenes de manutención médica infantil calificadas

Una orden de manutención médica calificada para niños (QMCSO) es una orden judicial que exige que un padre brinde beneficios de atención de la salud a uno o más niños. La cobertura del Plan se puede extender a un niño cubierto por una QMCSO si:

- Su hijo cumple con la definición de dependiente elegible según el Plan; y
- La Universidad determina que la orden está “calificada”.

La cobertura bajo QMCSO no entra en vigencia hasta después de la fecha en que su cobertura entre en vigencia.

Los afiliados que no reúnan los requisitos y/o sus dependientes afiliados que no reúnan los requisitos serán rescindidos con efecto retroactivo a su fecha de inscripción. El participante deberá reembolsar el costo de cualquier reclamación no elegible pagada por el Plan para usted y/o sus dependientes y podría ser objeto de medidas disciplinarias que podrían incluir el despido.

Auditoría de elegibilidad de dependientes

Todos los dependientes recién inscritos y elegibles que soliciten inscripción en el Plan de Salud de la UVA deben proporcionar documentación para confirmar su relación con el empleado. La documentación obligatoria se detalla en el sitio web de Recursos Humanos de la UVA en <https://hr.virginia.edu/>. El Plan tiene la obligación y el derecho de auditar la elegibilidad de los dependientes cada cierto tiempo para garantizar que el Plan se administre de conformidad con la Descripción resumida del Plan.

Cómo inscribirse

La participación en el Plan normalmente no es automática; usted debe inscribirse para tener la cobertura de su elección. Usted y sus dependientes pueden inscribirse:

- Dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que usted sea elegible para cobertura;
- Durante el período de inscripción abierta; o
- Dentro de los 60 días posteriores a un evento de vida calificado.

Los empleados asalariados de divisiones académicas y centros médicos pueden inscribirse dentro del Período administrativo de salarios asociado con su período de medición de 12 meses.

Recordatorios importantes de inscripción

Todas las solicitudes de inscripción de cónyuges o hijos deben incluir documentación que confirme la elegibilidad de los dependientes.

Nuevos empleados

Como nuevo empleado, usted debe inscribirse dentro de los 30 días posteriores 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 próximo período de inscripción abierta, a menos que tenga un evento de vida calificado.

Inscripción abierta

Durante el período de inscripción abierta, usted tiene la oportunidad de revisar sus necesidades de cobertura para el próximo año y cambiar sus opciones de cobertura, si es necesario. Las opciones que elija durante el lapso de inscripción abierta estarán vigentes para el siguiente año calendario.

Cambios por eventos de vida calificados

Durante el año calendario, puede agregar o cancelar dependientes solo cuando tenga un evento de vida calificado. Debe enviar una solicitud por escrito a RRHH de la UVA o a través de Workday si usted es un empleado activo para cualquier cambio antes o dentro de los 60 días posteriores al evento de vida calificado. El cambio entrará en vigencia el primero del mes siguiente a la recepción de la solicitud o petición de Workday y de la documentación requerida (consulte “Documentación requerida” en la página 16) pero no antes de la fecha del evento. Si deja pasar este plazo de 60 días, deberá esperar hasta el próximo período de inscripción abierta para presentar la solicitud y la documentación correspondientes. El cambio se hará efectivo el primero del año siguiente.

Si omite a sus dependientes porque ya no son elegibles para inscribirse en su Plan, la cobertura de ellos finalizará a partir de la fecha descrita en “Cuándo termina la cobertura” en la página 23. Usted será responsable de reembolsar al Plan cualquier pago realizado por el Plan por reclamaciones presentadas para sus dependientes no elegibles con fechas de servicio posteriores a las fechas de finalización de su cobertura. Estos reembolsos podrán deducirse de su cheque de pago.

Los participantes con dependientes no elegibles inscritos en su póliza o quienes deban pagar reembolsos por el costo de cualquier reclamación no elegible pagada por el Plan para usted o sus dependientes podrían ser objeto de medidas disciplinarias que podrían incluir el despido.

Cualquier prima retroactiva reembolsada a los empleados por dependientes no elegibles debe haberse pagado dentro del mismo año calendario en que se notificó la inelegibilidad a RRHH de la UVA. Se perderán las primas retroactivas pagadas en años calendario anteriores.

<i>Cuándo tiene un evento de vida calificado</i>
El cambio de cobertura que solicite debe guardar concordancia con el evento de vida calificado y debe deberse a él.
Se debe enviar documentación para confirmar los eventos calificados (consulte “Documentación requerida para eventos de vida calificados” en la página 17). También se debe presentar documentación que confirme la elegibilidad de los dependientes.
Las solicitudes en línea por parte de empleados activos deben realizarse a través de Workday para empleados de centros académicos y médicos.
Un evento de vida calificado no le permite cambiar de una opción de Plan a cualquier otra opción de Plan.

Los siguientes son ejemplos de eventos de vida calificados y los cambios de inscripción que permiten. Para obtener más información, consulte “Documentación requerida ” en la página 16 o visite <https://hr.virginia.edu/>.

Evento de vida calificado	Cambios de inscripción permitidos
<i>Usted se casa</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inscribir a su cónyuge y otros dependientes elegibles; o ▪ Cancelar la cobertura usted mismo(a)
<i>Usted tiene un hijo por nacimiento o adopción, o agrega un hijastro o hijo de crianza a su familia</i>	Inscribir al niño y a otros dependientes elegibles
<i>Usted se divorcia, se anula su matrimonio o muere un dependiente cubierto</i>	Cancelar la cobertura de su excónyuge o dependiente fallecido
<i>Su hijo cubierto alcanza la edad máxima de cobertura</i>	Cancelar la cobertura para su hijo
<i>Como resultado de un cambio en la relación laboral de su cónyuge o dependiente, la cobertura de atención de la salud está disponible bajo el plan de su cónyuge o dependiente.</i>	Cancelar la cobertura para usted y sus dependientes que se inscriban en el plan de su cónyuge o dependiente
<i>Como resultado de un cambio en la relación laboral de su cónyuge o dependiente, la cobertura de atención de la salud según el plan de su cónyuge o dependiente se pierde o el costo de la cobertura aumentará significativamente</i>	Agregar cobertura para usted y/o cualquier dependiente elegible que haya perdido la otra cobertura
<i>Usted se muda dentro o fuera del área de servicio del Plan</i>	Ninguno
<i>Usted pasa a ser elegible para Medicare o Medicaid</i>	Cancelar la cobertura usted mismo(a)

Derechos especiales de inscripción

Hay ciertos Eventos de vida calificados que le otorgan Derechos de inscripción especiales:

- Para nacimiento, adopción o colocación para adopción, puede inscribirse usted mismo(a), al nuevo niño y a cualquier otro dependiente elegible que aún no esté en su póliza. Si usted presenta una solicitud para agregar al niño dentro de los 60 días posteriores al evento, la cobertura para el niño es retroactiva a la fecha de nacimiento o adopción, y el cambio de prima, si corresponde, entra en vigencia el primero del mes en que se produzca el evento. La adición de otros dependientes a su póliza se hará efectiva el primero del mes posterior a la fecha del evento.
- Para el matrimonio, usted puede inscribirse usted mismo(a), su nuevo cónyuge y cualquier otro dependiente elegible que aún no esté en su póliza, si presenta la solicitud dentro de los 60 días posteriores al evento. La cobertura entra en vigencia el primero del mes siguiente a la recepción de la solicitud de inscripción y la documentación en RRHH de la UVA o a través de Workday, pero no antes de la fecha del evento.
- Una ley federal conocida como HIPAA otorga un derecho de inscripción especial adicional cuando se cancela la cobertura no COBRA debido a la pérdida de elegibilidad para la cobertura de salud grupal o cuando se agota la cobertura COBRA. En función de estos eventos, usted puede inscribirse, inscribir a su cónyuge y/o a sus dependientes que hayan perdido otra cobertura dentro de los 60 días posteriores al evento. La cobertura entra en vigencia el primero del mes siguiente a la recepción de la solicitud de inscripción y la documentación en RRHH de la UVA o a través de Workday, pero no antes de la fecha del evento.
- La pérdida de elegibilidad para S-CHIP/Medicaid o la prestación de asistencia con las primas por parte de S-CHIP/Medicaid es un derecho de inscripción especial adicional. Usted puede inscribirse usted mismo(a), a su cónyuge y/o a sus dependientes que hayan perdido la elegibilidad para la cobertura de S-CHIP o Medicaid o que hayan pasado a ser elegibles para recibir asistencia estatal que brinda ayuda para pagar la cobertura del Plan dentro de los 60 días posteriores a la fecha del evento. La cobertura entra en vigencia el primero del mes siguiente a la recepción de la solicitud de inscripción y la documentación en RRHH de la UVA, pero no antes de la fecha del evento. Comuníquese con RRHH de la UVA a través de Workday con su documentación para obtener ayuda con esta inscripción especial.

Documentación requerida para un evento de vida calificado

Usted deberá enviar documentación a RRHH de la UVA con su solicitud para que se verifique su evento de vida calificado. Aquí se ofrece un resumen de la documentación que debe proporcionar para cada evento de vida calificado.

Evento de vida calificado	Documentos requeridos
<i>Si usted se casa</i>	Una copia de un certificado de matrimonio emitido por el estado recibido después de la fecha de la ceremonia con la fecha de archivo registrada.
<i>Si usted se divorcia o se anula su matrimonio</i>	Una copia de partes de los documentos judiciales (por ejemplo, sentencia de divorcio o anulación) con: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombres de ambas partes; ▪ Fecha de divorcio; y ▪ Sello o firma del juez.
<i>El nacimiento de un niño</i>	Una copia del acta de nacimiento o carta de nacimiento que demuestre que el empleado es padre/madre.
<i>La adopción o colocación en adopción de un niño</i>	Una copia de la orden de adopción aprobada por el tribunal, orden de colocación o certificado de nacimiento modificado que muestre el nombre del empleado como padre/madre.

Evento de vida calificado	Documentos requeridos
<p><i>Su situación laboral en la UVA cambia y afecta su inscripción en el Plan de Salud de la UVA</i></p>	<p>No se requiere documentación cuando un empleado de la UVA tiene los siguientes cambios de estatus laboral: Aumento de horas de tiempo parcial a tiempo completo; Reducción de horas; o Inicio o regreso de un permiso de ausencia no remunerado.</p>
<p><i>Se termina la relación laboral de su cónyuge o niño y se pierde la cobertura</i></p>	<p>Un documento del empleador con membrete del empleador que indique la fecha de terminación de la relación laboral y la fecha en que terminó la cobertura de salud.</p>
<p><i>Su cónyuge o niño tiene un cambio de relación laboral que afecta la inscripción de beneficios por motivos de elegibilidad</i></p>	<p>Un documento del empleador con membrete del empleador, que indique la fecha en que su cónyuge o niño pasó a ser elegible o no para cobertura de salud y la fecha en que comenzó o terminó la cobertura.</p>
<p><i>Su cónyuge o niño comenzó o regresó de un permiso de ausencia sin goce de sueldo y se pierde o se gana cobertura</i></p>	<p>Un documento del empleador con membrete del empleador, que indique la fecha en que su cónyuge o hijo comenzó o terminó un permiso de ausencia sin goce de sueldo y la fecha en que comenzó o terminó la cobertura de salud.</p>
<p><i>Deja de ser necesario que usted proporcione cobertura para dependientes</i></p>	<p>Envíe una Orden del Departamento de Servicios Sociales para confirmar que ya no es responsable de brindar cobertura del plan de salud a su(s) niño(s).</p>
<p><i>Se produce un cambio de custodia legal.</i></p>	<p>Proporcione una copia de un documento judicial que muestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El nombre del empleado o cónyuge como parte responsable; ▪ Fecha del cambio de elegibilidad; ▪ Nombre(s) del(los) niño(s) menor(es); y ▪ Sello o firma del juez.
<p><i>Usted (o su dependiente) deja de tener derecho a cobertura patrocinada por el gobierno</i></p>	<p>Proporcione documentos gubernamentales que demuestren el derecho a, o la pérdida de elegibilidad para programas patrocinados por el gobierno como Medicaid, S-CHIP o TRICARE.</p>
<p><i>Se produce un cambio de cobertura o costo de más del 20% en la otra cobertura de su cónyuge o niño</i> <i>Nota: Si la cobertura de salud del cónyuge sigue siendo asequible según la ACA y sigue siendo de valor mínimo, este no es un evento de vida con calificación suficiente.</i></p>	<p>Proporcione documentos del empleador que demuestren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La fecha de entrada en vigencia de los cambios; y ▪ Los cambios en el costo y/o cobertura (incluyendo información sobre el costo/cobertura anteriores y el costo/cobertura posteriores para confirmar el tipo y el cambio porcentual).
<p><i>Su cónyuge o niño fallece</i></p>	<p>Proporcione una copia del certificado de defunción u obituario.</p>

Documentación requerida que confirma la relación del cónyuge o dependiente

Si agrega un cónyuge o un dependiente a su cobertura, también debe proporcionar documentación que confirme su relación con usted. Aquí se ofrecen detalles sobre la documentación obligatoria de la relación con usted.

Dependientes	Definición de elegibilidad	Documentación requerida
Cónyuge	El matrimonio debe ser reconocido como legal en la Mancomunidad de Virginia. NOTA: Los excónyuges no serán elegibles, incluso si poseen una orden judicial.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia del certificado de matrimonio emitido por el estado recibido después de la fecha de la ceremonia con la fecha de archivo registrada, y ▪ Copia de la primera página de la declaración de impuestos federales más reciente del empleado que muestre al dependiente como "Cónyuge" en la lista correspondiente. Coloque marcas para destacar toda la información financiera y los primeros cinco dígitos de todos los números de Seguro Social.
Hijo natural (biológico)	Un niño podrá estar cubierto hasta el final del mes en el que cumpla 26 años.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia del acta de nacimiento o comprobante de nacimiento que demuestre que el empleado es el padre/madre.
Niño adoptado	Un niño podrá estar cubierto hasta el final del mes en el que cumpla 26 años.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia del acta de nacimiento u orden de adopción aprobada por un tribunal que muestre el nombre del empleado. Si se trata de un acuerdo preadoptivo legal, debe ser revisado y aprobado por RRHH de la UVA.

Dependientes	Definición de elegibilidad	Documentación requerida
Hijastro (hijo biológico del cónyuge)	Un hijastro podrá estar cubierto hasta el final del mes en que cumpla 26 años.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia del acta de nacimiento (o acuerdo de adopción) que demuestre que el cónyuge del empleado es el padre/madre, y ▪ Copia del certificado de matrimonio emitido por el estado, recibido después de la fecha de la ceremonia con la fecha de archivo registrada, y que muestre el nombre del empleado y del padre/madre dependiente, y una forma de prueba de propiedad conjunta, y ▪ Copia de la primera página de la declaración de impuestos federales más reciente del empleado que demuestre que el padre/madre del dependiente es "Cónyuge". Coloque marcas para destacar toda la información financiera y los primeros cinco dígitos de todos los números de Seguro Social.
Hijo adoptivo	Un niño adoptivo podrá estar cubierto hasta el final del mes en que cumpla 26 años.	Copia del acta de nacimiento, y Copia de la Orden Judicial Final que otorga la custodia permanente con nombre del empleado como responsable, nombre de los hijos menores y firma del juez que preside, número de orden de manutención y sello.
Otro niño cuya tutela o custodia legal permanente esté a nombre de usted	Un niño cuya custodia permanente haya sido ordenada al empleado (y/o al cónyuge legal del empleado) por parte de un tribunal podrá estar cubierto hasta el final del mes en el que cumpla 26 años si: <ul style="list-style-type: none"> ▪ El niño es soltero(a), ▪ Residir a tiempo completo con el empleado en una relación regular entre padres e hijos, ▪ Es declarado como dependiente en la declaración de impuestos sobre la renta federales del empleado, y ▪ La custodia se otorgó antes de que el niño cumpliera 18 años. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia del acta de nacimiento, y ▪ Copia de la Orden Judicial Firme en la que se otorga la custodia permanente con nombre del empleado o cónyuge como parte responsable, nombre de los niños menores y firma del juez que preside, número de orden de manutención y sello.

Dependientes	Definición de elegibilidad	Documentación requerida
<p>Otro hijo: Excepción</p>	<p>Si el empleado (o el cónyuge del empleado) comparte la custodia permanente de un niño que es "otro hijo" con su hijo menor de edad, quien es el padre/madre del "otro hijo - excepción", entonces ese "otro hijo" también puede estar cubierto si el otro hijo, el hijo menor de edad (quien es el padre/madre) y el cónyuge del empleado (si corresponde):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos viven en el mismo hogar que el empleado, ▪ Ambos hijos son solteros, ▪ Ambos hijos están declarados como dependientes en la declaración de impuestos federales del empleado, y ▪ Un tribunal ha ordenado que el empleado o su cónyuge asuman la custodia permanente conjunta. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia del acta de nacimiento del otro niño que muestre el nombre del menor como padre/madre del otro niño, y ▪ Copia del acta de nacimiento (o acuerdo de adopción) del menor, que muestre el nombre del empleado, y ▪ Copia de la Orden Judicial Firme que otorga la custodia con los nombres del empleado o cónyuge y su hijo menor de edad como partes responsables, nombre del "otro hijo" y firma del juez que preside, número de orden de manutención y sello.
<p>Niño adulto discapacitado</p>	<p>Los hijos adultos del empleado que estén discapacitados debido a una afección de salud física o mental pueden tener una cobertura que se prolongue más allá del final del mes en el que cumplan 26 años si:</p> <p>Están permanente y totalmente discapacitados, El niño es soltero(a), Residen a tiempo completo con el empleado (o el otro padre/madre natural/adoptivo), Han sido declarados como dependientes en la declaración de impuestos sobre la renta federales del empleado, Se ha determinado que son discapacitados antes del final del mes en que cumplen 26 años, y Han mantenido una cobertura continua amparados por un plan patrocinado por el empleador del empleado (o del otro padre/madre natural/adoptivo).</p>	<p>Copia del acta de nacimiento o acuerdo de adopción legal que muestre el nombre del empleado, y</p> <p>Otra documentación de certificaciones médicas y de elegibilidad, según sea necesario.</p> <p>En el caso de un empleado nuevo, copia del Certificado HIPAA que demuestre la cobertura anterior patrocinada por el empleador.</p>

Finalización del período para elegir las opciones de inscripción

Durante cualquier período de inscripción, incluyendo la inscripción de nuevos empleados, la inscripción abierta, los cambios por eventos de vida calificados o los períodos de inscripción especial, existe un lapso específico para realizar elecciones/cambios según la Sección 125 del código del IRS según el evento y el período de tiempo enumerados anteriormente. No se pueden permitir otras inscripciones ni cambios hasta que ocurra el próximo lapso de inscripción abierta o un Evento de vida calificado.

Nuevos empleados

Al realizar una elección en Workday, se le brinda la oportunidad de imprimir una confirmación de las opciones que usted eligió. Si la confirmación no refleja las opciones que eligió, notifique inmediatamente a RRHH de la UVA sobre el error, para que puedan corregir la elección inexacta antes de que comiencen las deducciones en su cheque de pago. Todas las elecciones son definitivas hasta que ocurra el próximo lapso de inscripción abierta o un Evento de vida calificado.

Si no se ha hecho ningún intento de elegir beneficios de salud dentro de los 30 días posteriores a la fecha de contratación, se considerará, de forma predeterminada, que usted ha “renunciado” a su cobertura de salud.

Inscripción abierta

Si realiza alguna elección o cambio durante el lapso de inscripción abierta, se le brinda la oportunidad de imprimir una confirmación de las opciones que eligió. Si la confirmación no refleja las opciones que eligió, notifique inmediatamente a RRHH de la UVA sobre el error, para que puedan corregir la elección inexacta. Una vez que se cierre el período de inscripción abierta, todas las elecciones son definitivas hasta que ocurra el próximo lapso de inscripción abierta o Evento Calificado.

Eventos de vida calificados e inscripciones especiales

Al realizar una elección o un cambio, se le brinda la oportunidad de imprimir una confirmación de las opciones que eligió. Si la confirmación no refleja las opciones que eligió, notifique inmediatamente a RRHH de la UVA sobre el error, para que puedan corregir la elección inexacta antes de que comiencen las deducciones en su cheque de pago. Todas las elecciones son definitivas hasta que ocurra el próximo lapso de inscripción abierta o un Evento calificado.

Cuándo comienza la cobertura

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

- Si se inscribe como empleado nuevo cuando es elegible por primera vez, la cobertura comienza en la fecha que usted elija entre la fecha de contratación o el primero del mes siguiente a la fecha de contratación. Si lo(la) contratan el primero del mes, la cobertura comienza de inmediato.
- Si se inscribe cuando pasa a ser elegible por primera vez debido a un evento de “cambio de trabajo” o “transferencia” en la UVA, la cobertura comienza el primero del mes siguiente a la fecha del evento. Si la fecha del evento es el primero del mes, la cobertura comienza inmediatamente.
- Si se inscribe durante el período de inscripción abierta, la cobertura comienza el 1 de enero siguiente.
- Si se inscribe debido a un evento de vida calificado, la cobertura comienza el primero del mes siguiente a la recepción de la solicitud de inscripción y la documentación por parte de RRHH de la UVA, si la inscripción se recibe dentro de los 60 días posteriores al evento, pero no antes de la fecha del evento, excepto en el caso de nacimientos y adopciones. Estos cambios entran en vigencia en la fecha del evento si la inscripción se recibe dentro de los 60 días posteriores al evento, y el cambio de prima, si

corresponde, entra en vigencia el primero del mes en que se produzca el evento. Si deja pasar el plazo de 60 días, deberá esperar hasta el próximo período de inscripción abierta para presentar la solicitud y la documentación correspondientes.

- Para los empleados asalariados de divisiones académicas y centros médicos, la cobertura comienza el primero del mes siguiente al Período administrativo de salarios asociado con su período de medición de 12 meses.

¿Qué pasa si dejo la universidad y luego regreso?

¿Cuándo comenzará su cobertura si regresa a trabajar para la Universidad? Todo depende del momento en que sea recontratado(a).

- Si le vuelven a contratar en un puesto elegible para beneficios dentro de los 31 días posteriores a su salida de la Universidad y estaba inscrito(a) en beneficios al momento de la separación, no tiene interrupción en la cobertura. Debe inscribirse en los mismos beneficios que tenía antes de su separación.
- Si le vuelven a contratar en un puesto elegible para beneficios más de 31 días después de su fecha de terminación, se le tratará como un empleado nuevo. La cobertura comienza el primero del mes siguiente a la fecha de contratación. Si lo(la) contratan el primero del mes, la cobertura comienza de inmediato.

Cómo paga usted la cobertura

Mientras sea un empleado activo, usted comparte el costo de la cobertura del Plan a través de contribuciones de nómina. Su contribución se deduce de su salario antes de impuestos.

Contribuciones antes de impuestos y seguridad social

Las contribuciones antes de impuestos provienen de su salario antes de los impuestos sobre la renta federales, los impuestos FICA (Seguro Social y Medicare) y la mayoría de los impuestos sobre la renta estatales y locales están calculados.

Debido a que sus impuestos se calculan sobre una cantidad menor de ingresos imponibles, usted paga menos impuestos. Esto tiene el efecto de reducir el costo de su cobertura.

Cuando usted reduce el monto de su salario sujeto a los impuestos del Seguro Social, también puede reducir su beneficio del Seguro Social. Sin embargo, cualquier reducción de beneficios debería ser mínima y probablemente quedará más que compensada por la reducción en sus impuestos.

Para obtener información sobre la tributación de beneficios

Consulte a su asesor fiscal si tiene preguntas sobre sus contribuciones a beneficios e impuestos.

Primas para becarios posdoctorales

Cuando es becario postdoctoral, usted es responsable de los pagos de las primas mensuales que no estén cubiertos por su subvención o departamento. Usted puede optar por recibir cupones para pagos de primas mensuales o solicitar a su banco la posibilidad de que efectúe pagos electrónicos mensuales.

Los pagos por cuenta propia vencen el primer día del mes para el cual se solicita la cobertura (el período de cobertura). Si no se recibe el pago completo dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vencimiento, la cobertura se cancelará sin opción a restablecer la cobertura. Si su prima se recibe después de la fecha de vencimiento pero antes del final del período de gracia de 30 días, su cobertura en el marco del Plan se suspenderá a partir del primer día del período de cobertura y luego se restablecerá retroactivamente

(regresando al primer día del período de cobertura) cuando se reciba la prima. Esto significa que cualquier reclamación que presente para obtener beneficios mientras su cobertura esté suspendida podría ser rechazada y es posible que deba volver a presentarse una vez que se restablezca su cobertura. Los reembolsos por los gastos cubiertos en que se incurra solo se realizarán cuando se hayan recibido todos los pagos por cuenta propia exigidos.

Las tarifas de las primas cobradas al grupo de becarios posdoctorales y los beneficios proporcionados en virtud del Plan están sujetos a cambios anualmente. Las tasas de primas y los beneficios generalmente no cambiarán más de una vez al año.

Las solicitudes de terminación de su cobertura o la de sus dependientes se otorgarán de manera prospectiva. No se aceptarán las solicitudes de terminación retroactiva ni los reembolsos de primas asociados.

Primas para empleados asalariados

Como empleado asalariado de una división académica o de un centro médico inscrito en la opción de Basic Health Wage del Plan de Salud de la UVA, sus primas se deducirán de sus cheques de pago. En caso de que su cheque no tenga fondos suficientes para cubrir su prima, RRHH de la UVA le facturará y deberá pagar el saldo adeudado más la prima del mes siguiente mediante cheque o giro postal dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la factura. Los montos adicionales para pagar las primas que se deducen de un cheque de pago futuro dentro de este período de gracia de 30 días para cubrir el saldo adeudado también satisfacen el pago exigido para saldar la prima.

La cobertura finalizará si el saldo adeudado no se paga dentro del período de gracia de 30 días, sin oportunidad de reinscribirse durante este período de estabilidad de doce meses.

Cuándo termina la cobertura

La cobertura del plan para un empleado finaliza el último día del mes en el que ocurra cualquiera de las siguientes situaciones:

- El empleado deja de cumplir con los requisitos de elegibilidad del Plan;
- El Plan se da por rescindido;
- El empleado fallece;
- Termina la relación laboral;
- El empleado no paga ninguna de las contribuciones exigidas para tener cobertura o no paga el reembolso por el pago de reclamaciones no elegibles; o
- El empleado cubre a un dependiente no elegible.

La cobertura para dependientes finaliza el:

- El último día del mes en el que:
 - Termina la cobertura del empleado;
 - El dependiente deja de ser elegible para cobertura de dependientes;
 - El empleado no paga la contribución exigida para la cobertura de dependientes;
 - El dependiente fallece;
 - Finaliza toda la cobertura de dependientes amparados por el Plan;
 - El dependiente queda cubierto como empleado; o

- El hijo dependiente cumple 26 años.
- El último día del segundo mes posterior al mes en que fallece el empleado.

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

Usted será responsable de reembolsar al Plan cualquier pago realizado por el Plan por reclamaciones presentadas para usted o sus dependientes con fechas de servicio posteriores a la fecha de finalización de su cobertura.

Permisos de ausencia

El Plan incluye reglas sobre cómo un permiso de ausencia afecta su cobertura. Las reglas varían según el motivo del permiso de ausencia.

Ley de permisos de ausencia por motivos de familia, médicos y militares

A través de la Ley de Permiso de ausencia médica y familiar (FMLA), usted puede solicitar hasta 12 semanas laborales de permiso de ausencia durante cualquier período de 12 meses por el nacimiento o adopción de un niño, o por una afección de salud grave que le afecte a usted o a un miembro de su familia y hasta a 26 semanas para permiso de ausencia militar calificado. Durante el permiso de ausencia FMLA, la cobertura de su Plan continúa mientras continúe aportando sus contribuciones.

Permiso de ausencia Militar USERRA

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

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

- 24 meses (los términos son similares a COBRA); o
- La fecha en que no regrese a trabajar según lo establecido por USERRA.

Si no continúa la cobertura para usted o sus familiares durante su permiso de ausencia y regresa a trabajar:

- Usted y los miembros de su familia volverán a estar cubiertos el primer día del mes siguiente a la fecha en que regrese a trabajar después de su permiso de ausencia militar, si presenta la solicitud en ese momento (esto requiere que regrese a trabajar según lo establecido por USERRA);
- Cualquier período de espera de elegibilidad que no se complete antes no se acreditará durante su permiso de ausencia.

Se le otorgará crédito por el tiempo que estuvo cubierto por el Plan antes de su permiso de ausencia militar, así como crédito por parte o todo el período de continuación de 24 meses, cuando lo elija.

Usted es responsable de pagar el costo del empleado por la cobertura durante un permiso de ausencia militar. Si no realiza los pagos puntualmente, como se describe en su estado de cuenta, se cancelará su cobertura. Debe pagar el monto facturado en su totalidad; No puede diferir los pagos hasta que regrese a trabajar.

Permisos de ausencia remunerado y no remunerado

Las políticas de la Universidad y el Centro Médico describen diversos tipos de permisos de ausencia para varios tipos de poblaciones de empleados. La elegibilidad para la cobertura de salud, el tiempo durante el cual se ofrece la cobertura de salud y los costos de las primas para el empleado/empleador varían según el tipo de

permiso de ausencia. Para obtener detalles sobre los tipos de permiso de ausencia, las políticas de permiso de ausencia y la cobertura de salud durante el permiso de ausencia, visite <https://hr.virginia.edu/>, Tiempo no trabajado. Usted es responsable de pagar sus primas de salud durante su permiso de ausencia. Si no realiza los pagos puntuales como se describe en sus estados de cuenta, se cancelará su cobertura. Debe pagar el monto facturado en su totalidad; No puede diferir los pagos hasta que regrese a trabajar.

Si su cobertura se cancela o se renuncia a la misma retroactivamente, usted será responsable de reembolsar al Plan cualquier pago realizado por el Plan por reclamaciones presentadas por usted o sus dependientes con fechas de servicio posteriores a la fecha de finalización de su cobertura retroactiva.

Cobertura continua para un niño discapacitado

Cuando normalmente terminaría la cobertura del Plan, sus dependientes discapacitados cubiertos podrían continuar con la cobertura. Esta sección describe cómo su dependiente discapacitado puede continuar con la cobertura después del límite de edad del Plan para dependientes.

Su hijo(a) se considera discapacitado si:

- No puede ganarse la vida debido a una discapacidad física o mental que comienza antes de alcanzar la edad límite para ser dependiente; y
- Depende principalmente de usted para su soporte y manutención.

Usted debe comunicarse con Aetna antes del cumpleaños número 26 de su dependiente discapacitado y solicitar los formularios de solicitud para obtener estatus de discapacidad. Usted y el médico tratante del niño deben completar los formularios que den fe de la discapacidad de su hijo, enviar los formularios y recibir aprobación antes de que su hijo cumpla 26 años. El niño también debe ser soltero(a), vivir con usted el 100% del tiempo en una relación regular entre padres e hijos, ser declarado dependiente en su declaración de impuestos y no tener un trabajo de tiempo completo. La cobertura del niño finalizará cuando ocurra lo primero de lo siguiente:

- Su hijo deja de estar discapacitado;
- Usted no llega a proporcionar pruebas de que la discapacidad persiste;
- No se realiza ninguno de los exámenes obligatorios; o
- La cobertura de su hijo finaliza por un motivo distinto al de alcanzar el límite de edad.

El estatus de incapacidad debe renovarse anualmente. Aetna exigirá pruebas de que la discapacidad continúa para poder volver a certificar la discapacidad de su hijo.

Cobertura continua del plan bajo COBRA

Cuando normalmente terminaría la cobertura del Plan, usted o sus dependientes cubiertos podrían continuar temporalmente con la cobertura en determinadas circunstancias. Esta sección describe cómo usted o sus dependientes cubiertos pueden continuar con la cobertura a través de la Ley de Reconciliación del Presupuesto Consolidado de 1985 (COBRA).

Si su empleo termina por cualquier motivo 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 temporalmente con la cobertura a través de la ley federal conocida como COBRA. Notifique a RRHH de la UVA de inmediato si usted o sus dependientes cubiertos experimentan un "Evento COBRA", tal como se define en el siguiente cuadro. Usted tiene 60 días a partir de la fecha del evento para comunicarse con RRHH de la UVA e inscribirse en COBRA. RRHH de la UVA informará a su administrador de COBRA sobre su

elegibilidad o la de sus dependientes al recibir la notificación que usted envíe. Si usted no informa el Evento COBRA durante este período, perderá su elegibilidad para continuar amparado por COBRA.

Si desea elegir esta cobertura continua, debe hacerlo por escrito al Administrador de COBRA dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la carta de notificación de COBRA enviada por el Administrador de COBRA, o la fecha del evento COBRA que pone fin a su cobertura como empleado activo regular amparado por el Plan, lo que ocurra más tarde. Usted paga el costo total de la cobertura COBRA, más una tarifa administrativa del 2% después de impuestos. El costo total de la cobertura es diferente de la contribución que usted paga mientras trabaja para la Universidad.

El siguiente cuadro enumera los motivos por los cuales la cobertura podría finalizar para usted o su dependiente cubierto. Por cada uno de esos motivos, COBRA especifica el período durante el cual usted podrá continuar con la cobertura de su Plan.

Motivo por el que finalizó la cobertura (“Evento COBRA”)	Período máximo de continuación de COBRA		
	<i>Usted</i>	<i>Su cónyuge</i>	<i>Su niño</i>
<i>Usted pierde cobertura debido a una reducción de la jornada de trabajo</i>	18 meses	18 meses	18 meses
<i>Su empleo fue terminado por cualquier motivo que no sea una mala conducta grave.</i>	18 meses	18 meses	18 meses
<i>Usted o su dependiente cubierto pasan a ser elegibles para los beneficios por incapacidad del Seguro Social cuando perdieron la cobertura del Plan.</i>	29 meses	29 meses	29 meses
<i>Usted se divorcia</i>	N/A	36 meses	36 meses
<i>Usted pasa a tener derecho a Medicare</i>	N/A	36 meses	36 meses
<i>Su hijo ya no es elegible (por ejemplo, cumple 26 años)</i>	N/A	N/A	36 meses

Ser elegible para Medicare al momento de su evento COBRA no le impide elegir la cobertura COBRA para usted.

Elección y pago de la cobertura COBRA

Usted paga el costo total de la cobertura de su Plan cuando elige la cobertura COBRA, más una tarifa administrativa del 2%. Cuando sea elegible para la cobertura COBRA, se le notificará su costo mensual. Si usted pasa a ser elegible para recibir beneficios por incapacidad del Seguro Social, el costo de la cobertura COBRA a partir del mes 19 será el 150% del costo del Plan, más una tarifa administrativa del 2%.

Cuando el Administrador de COBRA del Plan le notifique que es elegible para la cobertura COBRA, tendrá 60 días para elegir esa cobertura. Luego tendrá 45 días adicionales para pagar el costo de su cobertura COBRA, retroactivo a la fecha en que comenzó su cobertura (la fecha de su evento COBRA). Durante el período de elección de 60 días, el Plan, previa solicitud, notificará a los proveedores de atención de la salud sobre su

derecho a elegir la cobertura COBRA, retroactivo a la fecha de su evento COBRA. La cobertura real no comenzará hasta que se reciba su primer pago.

De forma continua, los pagos de las primas vencen el primer día del mes para el próximo período de cobertura. No recibirá recordatorios de primas no pagadas. Si el pago adeudado no se recibe dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vencimiento, la cobertura finalizará. Si el pago de su prima se recibe después de la fecha de vencimiento, pero antes del final del período de gracia de 30 días, su cobertura bajo el Plan se suspenderá a partir del primer día del período de cobertura. Cuando se reciba el pago, la cobertura se restablecerá retroactivamente al primer día del período de cobertura. Esto significa que cualquier reclamación que presente para obtener beneficios mientras su cobertura esté suspendida podría ser rechazada. Si es así, es posible que deba volver a presentar su reclamación una vez que se restablezca la cobertura.

Requisitos de notificación

Evento COBRA	Procedimientos de notificación	Quién debe actuar y cuándo
<i>Si usted termina la relación laboral</i>	El Administrador de COBRA enviará una carta de notificación de COBRA a su última dirección conocida, en la que se le notifica a usted y a sus dependientes su derecho a continuar con la cobertura.	Usted debe enviar una solicitud de COBRA por escrito al Administrador de COBRA dentro de los 60 días siguientes a la fecha de la carta de Notificación o la fecha de terminación de su relación laboral, o la fecha en que, de otro modo, se perdería la cobertura del Plan, si fuera posterior.
<i>Si usted reduce las horas de trabajo</i>	El Administrador de COBRA enviará una carta de notificación de COBRA a su última dirección conocida, en la que se le notifica a usted y a sus dependientes su derecho a continuar con la cobertura.	Usted debe enviar una solicitud de COBRA por escrito al Administrador de COBRA dentro de los 60 días siguientes a la fecha de la carta de Notificación o la fecha de terminación de su relación laboral, o la fecha en que, de otro modo, se perdería la cobertura del Plan, si fuera posterior.
<i>Otros eventos COBRA</i>	El empleado cubierto o beneficiario calificado debe notificar a RRHH de la UVA sobre ciertos eventos COBRA. Esos eventos son los siguientes: Divorcio del empleado o pérdida del estatus de dependiente del hijo según los términos del Plan	Usted debe notificar a RRHH de la UVA dentro de los 60 días posteriores a la fecha del evento COBRA. No notificar dentro de este plazo ocasionará la pérdida de la oportunidad de elegir COBRA.
<i>Aviso específico</i>	El Administrador de COBRA enviará una carta de notificación de COBRA a la última dirección conocida de su excónyuge en caso de divorcio, o a la dirección de usted, en caso de pérdida de elegibilidad de un hijo.	El excónyuge o dependiente no elegible debe elegir COBRA dentro de los 60 días posteriores al evento COBRA (como la fecha del divorcio o la fecha de pérdida de elegibilidad del dependiente) o la fecha de la carta de Notificación, o la fecha en que, de otro modo, se perdería la cobertura del Plan, si esta es posterior. No notificar dentro de este plazo ocasionará la pérdida de la oportunidad de elegir COBRA.

Evento COBRA	Procedimientos de notificación	Quién debe actuar y cuándo
<i>Si usted pretende obtener una prórroga de la cobertura COBRA debido a una discapacidad</i>	Usted debe notificar al Administrador de COBRA	Dentro de los 60 días posteriores a cualquier determinación firme de la Administración del Seguro Social y dentro de los 18 meses posteriores al evento COBRA, usted debe notificar que la persona está discapacitada. Si no se notifica dentro de este plazo, se perderá la oportunidad de solicitar una prórroga.
<i>Si usted ya no está discapacitado(a)</i>	Usted debe notificar al Administrador de COBRA	Dentro de los 30 días posteriores a la notificación por parte de la Administración del Seguro Social, usted debe notificar que la persona ya no está discapacitada.

¿Mi cobertura COBRA será la misma que la cobertura de empleado activo?

Sí. Cualquier cambio realizado en el Plan para empleados activos también se aplicará a usted según COBRA.

Mientras esté cubierto(a) por el Plan según COBRA:

- Usted tiene los mismos derechos que cualquier otro empleado elegible, incluyendo el derecho a cambiar su elección de cobertura durante el período de inscripción abierta.
- Si tiene otro evento COBRA o un evento de vida que califique, como se describe en “Cambios por eventos de vida calificados” en la página 14, usted puede cambiar su elección de cobertura.
- Si su dependiente tiene otro evento COBRA mientras esté bajo el período de cobertura COBRA de 18 meses, su dependiente podría calificar para un período adicional de cobertura COBRA, con el período total de cobertura COBRA limitado a 36 meses; usted o su dependiente deben notificar al administrador de COBRA sobre el segundo evento COBRA.

Notificación de sus derechos en el marco de COBRA

El administrador de COBRA del Plan le notificará por correo sobre su derecho a elegir la cobertura COBRA cuando su evento COBRA sea una reducción de horas o la terminación de la relación laboral. El aviso le dará instrucciones sobre cómo continuar con la cobertura de su plan.

Si sus dependientes cubiertos pierden la cobertura debido a un divorcio o pérdida del estatus de dependiente, usted o sus dependientes cubiertos deben notificar a la Universidad dentro de los 60 días posteriores al evento COBRA para que se pueda ofrecer la cobertura COBRA y se puedan enviar por correo los derechos de elección.

Para prorrogar su cobertura COBRA más allá de 18 meses debido a la elegibilidad para recibir beneficios por incapacidad del Seguro Social, se debe proporcionar un aviso de la determinación de la Administración del

Seguro Social dentro de los 60 días posteriores a su recepción y antes del final de su período inicial de continuación de 18 meses.

El Administrador de COBRA es:

Chard Snyder
P.O. Box 249
Fort Washington, PA 19034-9998

888-878-6175

Cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, usted debe mantener informado al Administrador de COBRA sobre cualquier cambio de dirección de cualquiera de los miembros de la familia.

Cuándo termina COBRA

La cobertura COBRA finalizará antes del período máximo de continuación que se muestra en el cuadro anterior si:

- Usted o su dependiente cubierto pasan a ser elegibles para Medicare después de elegir COBRA;
- Usted o su dependiente cubierto quedan cubiertos por otro plan grupal que no restringe la cobertura por una afección preexistente. Si su nuevo plan tiene una restricción para condiciones preexistentes:
 - Su continuación de COBRA en el marco de este Plan puede continuar hasta que ocurra la primera de las siguientes posibilidades: la restricción por afección preexistente termina bajo el otro plan o usted llega al final del período máximo de continuación para este Plan;
- Usted no realiza el pago completo de la prima a su vencimiento; o
- El Plan termina.

Las solicitudes de terminación de su cobertura COBRA antes de la fecha en que usted o su dependiente hayan estado cubiertos durante el período máximo de continuación se otorgarán de manera prospectiva. No se aceptarán las solicitudes de terminación retroactiva ni los reembolsos de primas asociados.

Sus opciones de cobertura médica en la 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 los servicios y suministros necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión. Si un servicio o suministro no es necesario, no estará cubierto, incluso si figura como gasto cubierto en este libro.

Las opciones de planes médicos cubren los mismos servicios e incluyen las mismas características. Las opciones difieren en cuanto al beneficio pagadero para cada tipo de servicio cubierto.

Estos cuadros resumen los beneficios más comunes disponibles para usted según el Plan de salud de la UVA administrado por Aetna.

Tabla de beneficios de Value Health

El siguiente cuadro resume su costo compartido para la cobertura Value Health:

Característica de la opción	Red de proveedores de la UVA/Red de Aetna	Fuera de la red
<i>Deducible Anual</i>	Aplica a servicios y medicamentos recetados cubiertos que tengan coseguro; no aplica a servicios o medicamentos recetados que tengan copagos o montos superiores al monto permitido o multas.*	
▪ Individual	\$800	\$2,400
▪ Familia	\$1,600	\$4,800
<i>Máximo de gastos de bolsillo</i>	Incluye coseguro, deducible, copagos y medicamentos recetados cubiertos; no se aplica a montos superiores al monto permitido o multas.*	
▪ Individual	\$5,500	\$11,000
▪ Familia	\$11,000	\$22,000
<i>Coseguro del plan</i>	Se aplica a todos los gastos, a menos que se indique de otra manera.	
	Deducible y 20%	Deducible y 40%

* Cuando exista un equivalente genérico para un medicamento recetado de marca y el afiliado selecciona el medicamento de marca, el costo compartido del medicamento recetado de marca y la diferencia en el costo entre el medicamento de marca y el genérico no se incluyen en el deducible o monto de gasto de su bolsillo. Tampoco se incluye el costo compartido para medicamentos recetados o servicios no cubiertos.

A continuación, se muestra cómo Value Health paga los beneficios por los servicios cubiertos:

Servicios cubiertos	Red de proveedores de la UVA*	Red Aetna**	Fuera de la red***
<i>Servicio Profesional en consultorio o ambulatorio</i>			
<i>Visita al médico de atención primaria (PCP)</i>	\$25 de copago	\$40 de copago	Deducible y 40% de coseguro
<i>Visita de atención especializada</i>	\$50 de copago	\$80 de copago	Deducible y 40% de coseguro
<i>Visita de embarazo (prenatal de rutina)</i>	El plan paga el 100%****		Deducible y 40% de coseguro
<i>Procedimientos ambulatorios</i>	Deducible y 20% de coseguro		Deducible y 40% de coseguro
<i>Otros cargos asociados</i>	Deducible y 20% de coseguro		Deducible y 40% de coseguro
Consultas Teladoc	Uso exclusivo la red de proveedores Teladoc		

Servicios cubiertos	Red de proveedores de la UVA*	Red Aetna**	Fuera de la red***
<i>Acceso virtual a médicos de medicina general, atención de la salud conductual, dermatología y prestación de cuidados</i>	\$40 de copago		No disponible
Atención preventiva y vacunas			
<i>Examen físico general preventivo (solo méd. atención primaria)</i>	El plan paga el 100%		No cubierto
<i>Cuidado preventivo de niños sanos (menores de 7 años) (solo PCP)</i>	El plan paga el 100%		No cubierto
<i>Pruebas de diagnóstico preventivo, servicios de laboratorio y procedimientos de rayos X (no urgentes únicamente)</i>	El plan paga el 100%****		No cubierto
<i>Exámenes de detección de cáncer de rutina</i>	El plan paga el 100%****		No cubierto
<i>Para enfermedades transmisibles comunes según las pautas de los CDC, excluyendo aquellas utilizadas para viajes al extranjero.</i>	El plan paga el 100%		No cubierto
Atención de urgencias	Debe ser una enfermedad inesperada para la que se necesiten servicios antes de asistir a una consulta médica de rutina.		
<i>Visita al centro de atención de urgencias</i>	Deducible y 20% de coseguro		
Servicios de salas de emergencia	Debe ser una emergencia para recibir beneficios. Si es admitido(a), los beneficios se procesarán bajo los beneficios de atención hospitalaria.		
<i>Visita a la sala de emergencias</i>	Deducible y 25% de coseguro		
<i>Otros cargos asociados</i>	Deducible y 25% de coseguro		
Hospitalización			
<i>Cuidado de pacientes hospitalizados (alojamiento semiprivado, a menos que se apruebe alojamiento privado por razones médicas)</i>	Deducible y 20% de coseguro		Deducible y 40% de coseguro
<i>Limitación de días de hospitalización</i>	Ilimitado		

Servicios cubiertos	Red de proveedores de la UVA*	Red Aetna**	Fuera de la red***
<i>Otros cargos asociados</i>	Deducible y 20% de coseguro		Deducible y 40% de coseguro
<i>Servicios de trasplante</i>	Uso exclusivo de la red Institutes of Excellence de Aetna		
<i>Servicios para pacientes hospitalizados y otros cargos asociados</i>	Deducible y 20% de coseguro		No disponible
<i>Servicios bariátricos</i>	Uso exclusivo de la red Institutes of Excellence de Aetna		
<i>Servicios para pacientes hospitalizados y otros cargos asociados</i>	Deducible y 20% de coseguro		No disponible
<i>GCIT (terapias genéticas, celulares y otras terapias innovadoras)</i>	Uso exclusivo de la red Aetna de centros asistenciales/proveedores designados para prestar servicios de GCIT		
<i>Servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios y otros cargos asociados</i>	Deducible y 20% de coseguro		No disponible
<i>Hospital ambulatorio</i>			
<i>Procedimientos ambulatorios y otros cargos asociados</i>	Deducible y 20% de coseguro		Deducible y 40% de coseguro
<i>Servicios de intervención temprana</i>	Máximo de por vida de \$5,000 por miembro cubierto para todos los servicios médicos cubiertos		
<i>Visita al médico de atención primaria (PCP)</i>	\$25 de copago	\$40 de copago	Deducible y 40% de coseguro
<i>Visita de atención especializada</i>	\$50 de copago	\$80 de copago	Deducible y 40% de coseguro
<i>Servicios de infertilidad</i> <i>Infertilidad integral y Tecnología reproductiva avanzada</i>	Máximo de por vida de \$20,000 para servicios médicos y medicamentos recetados por afiliado y su cónyuge cubierto; sin cobertura para hijos dependientes		
<i>Tratamiento después del diagnóstico</i>	Deducible y 20% de coseguro		Deducible y 40% de coseguro
<i>Centro de enfermería especializada</i>			
<i>Centro de rehabilitación/enfermería especializada (máximo combinado de 180 días por año)</i>	Deducible y 20% de coseguro		Deducible y 40% de coseguro
<i>Cuidados para enfermos terminales</i>			
<i>Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios</i>	Deducible y 20% de coseguro		Deducible y 40% de coseguro

Servicios cubiertos	Red de proveedores de la UVA*	Red Aetna**	Fuera de la red***
Servicios de salud en el hogar			
<i>Servicios médicamente necesarios aprobados por el Administrador de reclamaciones (90 visitas al año como máximo)</i>	Deducible y 20% de coseguro		Deducible y 40% de coseguro
Transporte en ambulancia			
<i>Transporte local terrestre o aéreo, cuando sea médicamente necesario, hacia y/o desde un hospital</i>	Deducible y 20% de coseguro		Deducible y 20% de coseguro
Servicios de salud mental y abuso de sustancias			
<i>Tratamiento en hospitales y residencial para pacientes hospitalizados</i>	Deducible y 20% de coseguro		Deducible y 40% de coseguro
<i>Tratamiento ambulatorio</i>	\$25 de copago	\$40 de copago	Deducible y 40% de coseguro
<i>Otros cargos asociados</i>	Deducible y 20% de coseguro		Deducible y 40% de coseguro
Terapia del lenguaje			
<i>Servicios de restauración médicamente necesarios, afecciones que no se relacionan con el desarrollo (40 visitas al año como máximo)</i>	\$40 de copago		Deducible y 40% de coseguro
Terapia física y ocupacional			
<i>Servicios de restauración médicamente necesarios, afecciones que no se relacionan con el desarrollo (máximo combinado de 40 visitas al año)</i>	\$40 de copago		Deducible y 40% de coseguro
Terapia de habilitación			
<i>Servicios médicamente necesarios (terapia del habla, física y ocupacional)</i>	\$40 de copago		Deducible y 40% de coseguro
Atención quiropráctica			
<i>Manipulaciones de la columna vertebral (26 al año máximo)</i>	\$40 de copago		Deducible y 40% de coseguro
Acupuntura			

Servicios cubiertos	Red de proveedores de la UVA*	Red Aetna**	Fuera de la red***
<i>Servicios de acupuntura médicamente necesarios (20 visitas al año como máximo)</i>	\$40 de copago		Deducible y 40% de coseguro
Servicios de audición			
<i>Examen de audición realizado por un audiólogo (1 al año máximo)</i>	\$40 de copago		Deducible y 40% de coseguro
<i>Prótesis auditivas médicamente necesarias hasta \$1,200 cada 48 meses</i>	Deducible y 20% de coseguro		Deducible y 40% de coseguro
Equipo médico duradero			
<i>Equipos, prótesis y suministros médicos médicamente necesarios</i>	Deducible y 20% de coseguro		Deducible y 40% de coseguro

* Use la búsqueda personalizada de documentos la UVA (docfind) en www.aetna.com/docfind/custom/uva para identificar proveedores en la red de proveedores de la UVA. Cuando busque geográficamente por código zip o ciudad, elija 'The University of Virginia Health Plan - UVA Provider Network' como Plan. Al buscar por nombre de proveedor, consulte los detalles del proveedor para indagar si "El Plan de Salud de la Universidad de Virginia - Red de Proveedores de la UVA" es uno de los planes participantes del proveedor.

** Los participantes que residan fuera de los Estados Unidos durante 90 días consecutivos o más y que completen un formulario especial de inscripción en un país extranjero, disponible en RRHH de la UVA, pueden utilizar proveedores en el país en el que residan, en calidad de proveedores dentro de la red, para servicios de salud con la excepción de trasplantes y servicios bariátricos. Todos los servicios de trasplante deben ser realizados por proveedores de la red Institutes of Excellence de Aetna. Todos los servicios bariátricos deben ser realizados por proveedores de la red Institutes of Quality de Aetna. Los servicios de salud recibidos en los EE. UU. deben ser prestados por proveedores participantes de Aetna para ser elegibles para beneficios dentro de la red.

*** Los montos de costos compartidos fuera de la red se basan en el monto permitido que se define como el monto que el Administrador de reclamaciones pagará por cualquier servicio cubierto antes de cualquier monto de costo compartido aplicable. Los participantes son responsables de los montos superiores al monto permitido si utilizan proveedores no participantes, lo que puede dar lugar a diferencias significativas. Los participantes también son responsables de obtener cualquier preautorización necesaria cuando utilicen proveedores no participantes (opción Fuera de la red). No obtener la preautorización puede ocasionar la denegación de beneficios. Llame al Departamento de Servicio al Cliente del Administrador de reclamaciones antes de acceder a los servicios para determinar si es necesaria una preautorización. Las reclamaciones se denegarán por completo si no son médicamente necesarias.

**** Value Health pagará el 100% de los procedimientos preventivos de diagnóstico, laboratorio y rayos X dentro de la red. Se aplicará el coseguro del plan para procedimientos de diagnóstico, laboratorio y rayos X no preventivos dentro de la red después que se haya alcanzado el deducible anual.

Tabla de beneficios Value Health Fuera del Área

Si el código zip de su lugar de trabajo en Workday está a más de 50 millas de Charlottesville, automáticamente estará cubierto por esta opción si se inscribe en Value Health. La opción Value Health Fuera del Área brinda el mismo nivel de cobertura para servicios dentro y fuera de la red que Value Health. La diferencia es que su cobertura dentro de la red es únicamente a través de la red de Aetna.

El siguiente cuadro resume su costo compartido para la cobertura Value Health Fuera del Área:

Característica de la opción	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible Anual	Se aplica a servicios y medicamentos recetados cubiertos que tienen coseguro; no se aplica a servicios o medicamentos recetados que tengan un copago o montos superiores al monto permitido, o multas.*	
▪ Individual	\$800	\$2,400
▪ Familia	\$1,600	\$4,800
Máximo de gastos de bolsillo	Incluye coseguro, deducible, copagos y medicamentos recetados cubiertos; no se aplica a montos superiores al monto permitido o multas.*	
▪ Individual	\$5,500	\$11,000
▪ Familia	\$11,000	\$22,000
Coseguro del plan	Se aplica a todos los gastos, a menos que se indique de otra manera.	
	Deducible y 20%	Deducible y 40%

* Cuando exista un equivalente genérico para un medicamento recetado de marca y el afiliado selecciona el medicamento de marca, el costo compartido del medicamento recetado de marca y la diferencia en el costo entre el medicamento de marca y el genérico no se incluyen en el deducible o monto de gasto de su bolsillo. Tampoco se incluye el costo compartido para medicamentos recetados o servicios no cubiertos.

A continuación, se muestra cómo Value Health Fuera del área paga los beneficios por los servicios cubiertos:

Servicios cubiertos	Dentro de la red*	Fuera de la red**
Servicios profesionales en consultorio o ambulatorio		
Visita al médico de atención primaria (PCP)	\$25 de copago	Deducible y 40% de coseguro
Visita de atención especializada	\$50 de copago	Deducible y 40% de coseguro
Visita de embarazo (prenatal de rutina)	El plan paga el 100%***	Deducible y 40% de coseguro
Procedimientos ambulatorios	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
Otros cargos asociados	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
Consultas Teladoc	Uso exclusivo la red de proveedores Teladoc	
Acceso virtual a médicos de medicina general, atención de la salud conductual, dermatología y prestación de cuidados	\$25 de copago	No disponible
Atención preventiva y vacunas		
Examen físico general preventivo (solo méd. atención primaria)	El plan paga el 100%	No cubierto

Servicios cubiertos	Dentro de la red*	Fuera de la red**
<i>Cuidado preventivo de niños sanos (menores de 7 años) (solo PCP)</i>	El plan paga el 100%	No cubierto
<i>Pruebas de diagnóstico preventivo, servicios de laboratorio y procedimientos de rayos X (no urgentes únicamente)</i>	El plan paga el 100%***	No cubierto
<i>Exámenes de detección de cáncer de rutina</i>	El plan paga el 100%***	No cubierto
<i>Para enfermedades transmisibles comunes según las pautas de los CDC, excluyendo aquellas utilizadas para viajes al extranjero.</i>	El plan paga el 100%	No cubierto
Centro de atención de urgencias	Debe ser una enfermedad inesperada para la que se necesiten servicios antes de asistir a una consulta médica de rutina.	
	Deducible y 20% de coseguro	
Servicios de salas de emergencia	Debe ser una emergencia para recibir beneficios. Si es admitido(a), los beneficios se procesarán bajo los beneficios de atención hospitalaria.	
<i>Visita a la sala de emergencias</i>	Deducible y 25% de coseguro	
<i>Otros cargos asociados</i>	Deducible y 25% de coseguro	
Hospitalización		
<i>Cuidado de pacientes hospitalizados (alojamiento semiprivado, a menos que se apruebe alojamiento privado por razones médicas)</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
<i>Limitación de días de hospitalización</i>	Ilimitado	
<i>Otros cargos asociados</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
Servicios de trasplante	Uso exclusivo de la red Institutes of Excellence de Aetna	
<i>Servicios para pacientes hospitalizados y otros cargos asociados</i>	Deducible y 20% de coseguro	No disponible
Servicios bariátricos	Uso exclusivo de la red Institutes of Excellence de Aetna	
<i>Servicios para pacientes hospitalizados y otros cargos asociados</i>	Deducible y 20% de coseguro	No disponible

Servicios cubiertos	Dentro de la red*	Fuera de la red**
GCIT (terapias genéticas, celulares y otras terapias innovadoras)	Uso exclusivo de la red Aetna de centros asistenciales/proveedores designados para prestar servicios de GCIT	
<i>Servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios y otros cargos asociados</i>	Deducible y 20% de coseguro	No disponible
Hospital ambulatorio		
<i>Procedimientos ambulatorios y otros cargos asociados</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
Servicios de intervención temprana	Máximo de por vida de \$5,000 por miembro cubierto para todos los servicios médicos cubiertos	
<i>Visita al médico de atención primaria (PCP)</i>	\$25 de copago	Deducible y 40% de coseguro
<i>Visita de atención especializada</i>	\$50 de copago	Deducible y 40% de coseguro
Servicios de infertilidad <i>Infertilidad integral y Tecnología reproductiva avanzada</i>	Máximo de por vida de \$20,000 para servicios médicos y medicamentos recetados por afiliado y su cónyuge cubierto; sin cobertura para hijos dependientes	
<i>Tratamiento después del diagnóstico</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
Centro de enfermería especializada		
<i>Centro de rehabilitación/enfermería especializada (máximo combinado de 180 días por año)</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
Cuidados para enfermos terminales		
<i>Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
Servicios de salud en el hogar		
<i>Servicios médicamente necesarios aprobados por el Administrador de reclamaciones (90 visitas al año como máximo)</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
Transporte en ambulancia		
<i>Transporte local terrestre o aéreo, cuando sea médicamente necesario, hacia y/o desde un hospital</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 20% de coseguro
Servicios de salud mental y abuso de sustancias		

Servicios cubiertos	Dentro de la red*	Fuera de la red**
<i>Tratamiento en hospitales y residencial para pacientes hospitalizados</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
<i>Tratamiento ambulatorio</i>	\$25 de copago	Deducible y 40% de coseguro
<i>Otros cargos asociados</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
Terapia del lenguaje		
<i>Servicios de restauración médicamente necesarios, afecciones que no se relacionan con el desarrollo (40 visitas al año como máximo)</i>	\$40 de copago	Deducible y 40% de coseguro
Terapia física y ocupacional		
<i>Servicios de restauración médicamente necesarios, afecciones que no se relacionan con el desarrollo (máximo combinado de 40 visitas al año)</i>	\$40 de copago	Deducible y 40% de coseguro
Terapia de habilitación		
<i>Servicios médicamente necesarios (terapia del habla, física y ocupacional)</i>	\$40 de copago	Deducible y 40% de coseguro
Atención quiropráctica		
<i>Manipulaciones de la columna vertebral (26 al año máximo)</i>	\$40 de copago	Deducible y 40% de coseguro
Acupuntura		
<i>Servicios de acupuntura médicamente necesarios (20 visitas al año como máximo)</i>	\$40 de copago	Deducible y 40% de coseguro
Servicios de audición		
<i>Examen de audición realizado por un audiólogo (1 al año máximo)</i>	\$40 de copago	Deducible y 40% de coseguro
<i>Prótesis auditivas médicamente necesarias hasta \$1,200 cada 48 meses</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
Equipo médico duradero		
<i>Equipos, prótesis y suministros médicos médicamente necesarios</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro

- * Los participantes que residan fuera de los Estados Unidos durante 90 días consecutivos o más y que completen un formulario especial de inscripción en un país extranjero, disponible en RRHH de la UVA, pueden utilizar proveedores en el país en el que residan, en calidad de proveedores dentro de la red, para servicios de salud con la excepción de trasplantes y servicios bariátricos. Todos los servicios de trasplante deben ser realizados por proveedores de la red Institutes of Excellence de Aetna. Todos los servicios bariátricos deben ser realizados por proveedores de la red Institutes of Quality de Aetna. Los servicios de salud recibidos en los EE. UU. deben ser prestados por proveedores participantes de Aetna para ser elegibles para beneficios dentro de la red.
- ** Los montos de costos compartidos fuera de la red se basan en el monto permitido que se define como el monto que el Administrador de reclamaciones pagará por cualquier servicio cubierto antes de cualquier monto de costo compartido aplicable. Los participantes son responsables de los montos superiores al monto permitido si utilizan proveedores no participantes, lo que puede dar lugar a diferencias significativas. Los participantes también son responsables de obtener cualquier preautorización necesaria cuando utilicen proveedores no participantes (opción Fuera de la red). No obtener la preautorización puede ocasionar la denegación de beneficios. Llame al Departamento de Servicio al Cliente del Administrador de reclamaciones antes de acceder a los servicios para determinar si es necesaria una preautorización. Las reclamaciones se denegarán por completo si no son médicamente necesarias.
- *** Value Health Fuera del área pagará el 100% de los procedimientos preventivos de diagnóstico, laboratorio y rayos X dentro de la red. El coseguro del Plan se aplicará a procedimientos de diagnóstico, laboratorio y rayos X no preventivos dentro de la red después que se haya alcanzado el deducible anual.

Tabla de beneficios Choice Health

El siguiente cuadro resume su costo compartido para la cobertura Choice Health:

Característica de la opción	Red Aetna	Fuera de la red
Deducible Anual	Aplica a servicios y medicamentos recetados cubiertos que tengan coseguro; no aplica a servicios o medicamentos recetados que tengan copagos o montos superiores al monto permitido o multas.*	
▪ Individual	\$500	\$1,500
▪ Familia	\$1,000	\$3,000
Máximo de gastos de bolsillo	Incluye coseguro, deducible, copagos y medicamentos recetados cubiertos; no se aplica a montos superiores al monto permitido o multas.*	
▪ Individual	\$5,500	\$11,000
▪ Familia	\$11,000	\$22,000
Coseguro del plan	Se aplica a todos los gastos, a menos que se indique de otra manera.	
	Deducible y 15%	Deducible y 35%

* Cuando exista un equivalente genérico para un medicamento recetado de marca y el afiliado selecciona el medicamento de marca, el costo compartido del medicamento recetado de marca y la diferencia en el costo entre el medicamento de marca y el genérico no se incluyen en el deducible o monto de gasto de su bolsillo. Tampoco se incluye el costo compartido para medicamentos recetados o servicios no cubiertos.

A continuación, se muestra cómo Choice Health paga los beneficios por los servicios cubiertos:

Servicios cubiertos	Dentro de la red*	Fuera de la red**
Servicios profesionales en consultorio o ambulatorio		

Servicios cubiertos	Dentro de la red*	Fuera de la red**
<i>Visita al médico de atención primaria (PCP)</i>	Deducible y 15% de coseguro	Deducible y 35% de coseguro
<i>Visita de atención especializada</i>	Deducible y 15% de coseguro	Deducible y 35% de coseguro
<i>Visita de embarazo (prenatal de rutina)</i>	El plan paga el 100%***	Deducible y 35% de coseguro
<i>Procedimientos ambulatorios</i>	Deducible y 15% de coseguro	Deducible y 35% de coseguro
<i>Otros cargos asociados</i>	Deducible y 15% de coseguro	Deducible y 35% de coseguro
Consultas Teladoc	Uso exclusivo la red de proveedores Teladoc	
<i>Acceso virtual a médicos de medicina general, atención de la salud conductual, dermatología y prestación de cuidados</i>	Deducible y 15% de coseguro	No disponible
Atención preventiva y vacunas		
<i>Examen físico general preventivo (solo méd. atención primaria)</i>	El plan paga el 100%	No cubierto
<i>Cuidado preventivo de niños sanos (menores de 7 años) (solo PCP)</i>	El plan paga el 100%	No cubierto
<i>Pruebas de diagnóstico preventivo, servicios de laboratorio y procedimientos de rayos X (no urgentes únicamente)</i>	El plan paga el 100%***	No cubierto
<i>Exámenes de detección de cáncer de rutina</i>	El plan paga el 100%***	No cubierto
<i>Para enfermedades transmisibles comunes según las pautas de los CDC, excluyendo aquellas utilizadas para viajes al extranjero.</i>	El plan paga el 100%	No cubierto
Centro de atención de urgencias	Debe ser una enfermedad inesperada para la que se necesiten servicios antes de asistir a una consulta médica de rutina.	
	Deducible y 15% de coseguro	
<i>Servicios de salas de emergencia</i>	Debe ser una emergencia para recibir beneficios. Si es admitido(a), los beneficios se procesarán bajo los beneficios de atención hospitalaria.	
<i>Visita a la sala de emergencias</i>	Deducible y 20% de coseguro	
<i>Otros cargos asociados</i>	Deducible y 20% de coseguro	
Hospitalización		

Servicios cubiertos	Dentro de la red*	Fuera de la red**
<i>Cuidado de pacientes hospitalizados (alojamiento semiprivado, a menos que se apruebe alojamiento privado por razones médicas)</i>	Deducible y 15% de coseguro	Deducible y 35% de coseguro
<i>Limitación de días de hospitalización</i>	Ilimitado	
<i>Otros cargos asociados</i>	Deducible y 15% de coseguro	Deducible y 35% de coseguro
<i>Servicios de trasplante</i>	Uso exclusivo de la red Institutes of Excellence de Aetna	
<i>Servicios para pacientes hospitalizados y otros cargos asociados</i>	Deducible y 15% de coseguro	No disponible
<i>Servicios bariátricos</i>	Uso exclusivo de la red Institutes of Excellence de Aetna	
<i>Servicios para pacientes hospitalizados y otros cargos asociados</i>	Deducible y 15% de coseguro	No disponible
<i>GCIT (terapias genéticas, celulares y otras terapias innovadoras)</i>	Uso exclusivo de la red Aetna de centros asistenciales/proveedores designados para prestar servicios de GCIT	
<i>Servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios y otros cargos asociados</i>	Deducible y 15% de coseguro	No disponible
<i>Hospital ambulatorio</i>		
<i>Procedimientos ambulatorios y otros cargos asociados</i>	Deducible y 15% de coseguro	Deducible y 35% de coseguro
<i>Servicios de intervención temprana</i>	Máximo de por vida de \$5,000 por miembro cubierto para todos los servicios médicos cubiertos	
<i>Visita al médico de atención primaria (PCP)</i>	Deducible y 15% de coseguro	Deducible y 35% de coseguro
<i>Visita de atención especializada</i>	Deducible y 15% de coseguro	Deducible y 35% de coseguro
<i>Servicios de infertilidad</i> <i>Infertilidad integral y Tecnología reproductiva avanzada</i>	Máximo de por vida de \$20,000 para servicios médicos y medicamentos recetados por afiliado y su cónyuge cubierto; sin cobertura para hijos dependientes	
<i>Tratamiento después del diagnóstico</i>	Deducible y 15% de coseguro	Deducible y 35% de coseguro
<i>Centro de enfermería especializada</i>		

Servicios cubiertos	Dentro de la red*	Fuera de la red**
<i>Centro de enfermería especializada/rehabilitación (180 días al año combinados, máximo)</i>	Deducible y 15% de coseguro	Deducible y 35% de coseguro
<i>Cuidados para enfermos terminales</i>		
<i>Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios</i>	Deducible y 15% de coseguro	Deducible y 35% de coseguro
<i>Servicios de salud en el hogar</i>		
<i>Servicios médicamente necesarios aprobados por el Administrador de reclamaciones (90 visitas al año como máximo)</i>	Deducible y 15% de coseguro	Deducible y 35% de coseguro
<i>Transporte en ambulancia</i>		
<i>Transporte local terrestre o aéreo, cuando sea médicamente necesario, hacia y/o desde un hospital</i>	Deducible y 15% de coseguro	Deducible y 15% de coseguro
<i>Servicios de salud mental y abuso de sustancias</i>		
<i>Tratamiento en hospitales y residencial para pacientes hospitalizados</i>	Deducible y 15% de coseguro	Deducible y 35% de coseguro
<i>Tratamiento ambulatorio</i>	Deducible y 15% de coseguro	Deducible y 35% de coseguro
<i>Terapia del lenguaje</i>		
<i>Servicios de restauración médicamente necesarios, afecciones que no se relacionan con el desarrollo (40 visitas al año como máximo)</i>	Deducible y 15% de coseguro	Deducible y 35% de coseguro
<i>Terapia física y ocupacional</i>		
<i>Servicios de restauración médicamente necesarios, afecciones que no se relacionan con el desarrollo (máximo combinado de 40 visitas al año)</i>	Deducible y 15% de coseguro	Deducible y 35% de coseguro
<i>Terapia de habilitación</i>		
<i>Servicios médicamente necesarios (terapia del habla, física y ocupacional)</i>	Deducible y 15% de coseguro	Deducible y 35% de coseguro
<i>Atención quiropráctica</i>		

Servicios cubiertos	Dentro de la red*	Fuera de la red**
<i>Manipulaciones de la columna vertebral (26 al año máximo)</i>	Deducible y 15% de coseguro	Deducible y 35% de coseguro
Acupuntura		
<i>Servicios de acupuntura médicamente necesarios (20 visitas al año como máximo)</i>	Deducible y 15% de coseguro	Deducible y 35% de coseguro
Servicios de audición		
<i>Examen de audición realizado por un audiólogo (1 al año máximo)</i>	Deducible y 15% de coseguro	Deducible y 35% de coseguro
<i>Prótesis auditivas médicamente necesarias hasta \$1,200 cada 48 meses</i>	Deducible y 15% de coseguro	Deducible y 35% de coseguro
Equipo médico duradero		
<i>Equipos, prótesis y suministros médicos médicamente necesarios</i>	Deducible y 15% de coseguro	Deducible y 35% de coseguro

* Los participantes que residan fuera de los Estados Unidos durante 90 días consecutivos o más y que completen un formulario especial de inscripción en un país extranjero, disponible en RRHH de la UVA, pueden utilizar proveedores en el país en el que residan, en calidad de proveedores dentro de la red, para servicios de salud con la excepción de trasplantes y servicios bariátricos. Todos los servicios de trasplante deben ser realizados por proveedores de la red Institutes of Excellence de Aetna. Todos los servicios bariátricos deben ser realizados por proveedores de la red Institutes of Quality de Aetna. Los servicios de salud recibidos en los EE. UU. deben ser prestados por proveedores participantes de Aetna para ser elegibles para beneficios dentro de la red.

** Los montos de costos compartidos fuera de la red se basan en el monto permitido que se define como el monto que el Administrador de reclamaciones pagará por cualquier servicio cubierto antes de cualquier monto de costo compartido aplicable. Los participantes son responsables de los montos superiores al monto permitido si utilizan proveedores no participantes, lo que puede dar lugar a diferencias significativas. Los participantes también son responsables de obtener cualquier preautorización necesaria cuando utilicen proveedores no participantes (opción Fuera de la red). No obtener la preautorización puede ocasionar la denegación de beneficios. Llame al Departamento de Servicio al Cliente del Administrador de reclamaciones antes de acceder a los servicios para determinar si es necesaria una preautorización. Las reclamaciones se denegarán por completo si no son médicamente necesarias.

*** Choice Health pagará el 100% de los procedimientos preventivos de diagnóstico, laboratorio y rayos X dentro de la red. Se aplicará el coseguro del plan para procedimientos de diagnóstico, laboratorio y rayos X no preventivos dentro de la red después que se haya alcanzado el deducible anual.

Tabla de beneficios de Basic Health

El siguiente cuadro resume su costo compartido para la cobertura de Basic Health.

Consulte las reglas de la HSA antes de inscribirse en esta opción de plan:

<https://hr.virginia.edu/benefits/benefit-savings-accounts/health-savings-account>.

Característica de la opción	Red Aetna	Fuera de la red
<i>Deducible Anual</i>	Aplica a servicios y medicamentos recetados cubiertos que tengan coseguro; no aplica a servicios o medicamentos recetados que tengan copagos o montos superiores al monto permitido o multas.*	
<ul style="list-style-type: none"> Cobertura solo para empleados** 	\$2,000	\$6,000
<ul style="list-style-type: none"> Empleado + Hijo(s), Empleado + Cónyuge o Cobertura familiar** 	\$4,000	\$12,000
<i>Máximo de gastos de bolsillo</i>	Incluye coseguro, deducible, copagos y medicamentos recetados cubiertos; no se aplica a montos superiores al monto permitido o multas.*	
<ul style="list-style-type: none"> Individual 	\$5,500	\$11,000
<ul style="list-style-type: none"> Familia 	\$11,000	\$22,000
<i>Coseguro del plan</i>	Se aplica a todos los gastos, a menos que se indique de otra manera.	
	Deducible y 20%	Deducible y 40%

* Cuando exista un equivalente genérico para un medicamento recetado de marca y el afiliado selecciona el medicamento de marca, el costo compartido del medicamento recetado de marca y la diferencia en el costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico no se incluyen en el deducible o monto de gasto de su bolsillo. Tampoco se incluye el costo compartido para medicamentos recetados o servicios no cubiertos.

** No existe deducible individual para los participantes en Basic Health. Quienes tengan cobertura solo para empleados tienen un deducible dentro de la red de \$2,000. Cuando esté cubierto más de un participante en una familia, se debe alcanzar el deducible completo de \$4,000 dentro de la red antes de que se puedan pagar las reclamaciones. Este deducible puede ser alcanzado por un solo miembro de la familia que satisfaga el deducible completo de \$4,000 o por varios miembros de la familia, de modo que al sumar el total de sus reclamaciones elegibles, satisfagan el deducible de \$4,000.

A continuación, se muestra cómo Basic Health paga los beneficios de los servicios cubiertos:

Servicios cubiertos	Dentro de la red*	Fuera de la red**
<i>Servicios profesionales en consultorio o ambulatorio</i>		
<i>Visita al médico de atención primaria (PCP)</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
<i>Visita de atención especializada</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
<i>Visita de embarazo (prenatal de rutina)</i>	El plan paga el 100%***	Deducible y 40% de coseguro
<i>Procedimientos ambulatorios</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
<i>Otros cargos asociados</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
<i>Consultas Teladoc</i>	Uso exclusivo la red de proveedores Teladoc	

Servicios cubiertos	Dentro de la red*	Fuera de la red**
<i>Acceso virtual a médicos de medicina general, atención de la salud conductual, dermatología y prestación de cuidados.</i>	Deducible y 20% de coseguro	No disponible
Atención preventiva y vacunas		
<i>Examen físico general preventivo (solo méd. atención primaria)</i>	El plan paga el 100%	No cubierto
<i>Cuidado preventivo de niños sanos (menores de 7 años) (solo PCP)</i>	El plan paga el 100%	No cubierto
<i>Pruebas de diagnóstico preventivo, servicios de laboratorio y procedimientos de rayos X (no urgentes únicamente)</i>	El plan paga el 100%***	No cubierto
<i>Exámenes de detección de cáncer de rutina</i>	El plan paga el 100%***	No cubierto
<i>Para enfermedades transmisibles comunes según las pautas de los CDC, excluyendo aquellas utilizadas para viajes al extranjero.</i>	El plan paga el 100%	No cubierto
Centro de atención de urgencias	Debe ser una enfermedad inesperada para la que se necesiten servicios antes de asistir a una consulta médica de rutina.	
	Deducible y 20% de coseguro	
Servicios de salas de emergencia	Debe ser una emergencia para recibir beneficios. Si es admitido(a), los beneficios se procesarán bajo los beneficios de atención hospitalaria.	
<i>Visita a la sala de emergencias</i>	Deducible y 25% de coseguro	
<i>Otros cargos asociados</i>	Deducible y 25% de coseguro	
Hospitalización		
<i>Cuidado de pacientes hospitalizados (alojamiento semiprivado, a menos que se apruebe alojamiento privado por razones médicas)</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
<i>Limitación de días de hospitalización</i>	Ilimitado	
<i>Otros cargos asociados</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
Servicios de trasplante	Uso exclusivo de la red Institutes of Excellence de Aetna	

Servicios cubiertos	Dentro de la red*	Fuera de la red**
<i>Servicios para pacientes hospitalizados y otros cargos asociados</i>	Deducible y 20% de coseguro	No disponible
<i>Servicios bariátricos</i>	Uso exclusivo de la red Institutes of Excellence de Aetna	
<i>Servicios para pacientes hospitalizados y otros cargos asociados</i>	Deducible y 20% de coseguro	No disponible
<i>GCIT (terapias genéticas, celulares y otras terapias innovadoras)</i>	Uso exclusivo de la red Aetna de centros asistenciales/proveedores designados para prestar servicios de GCIT	
<i>Servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios y otros cargos asociados</i>	Deducible y 20% de coseguro	No disponible
<i>Hospital ambulatorio</i>		
<i>Procedimientos ambulatorios y otros cargos asociados</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
<i>Servicios de intervención temprana</i>	Máximo de por vida de \$5,000 por miembro cubierto para todos los servicios médicos cubiertos	
<i>Visita al médico de atención primaria (PCP)</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
<i>Visita de atención especializada</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
<i>Servicios de infertilidad</i> <i>Infertilidad integral y Tecnología reproductiva avanzada</i>	Máximo de por vida de \$20,000 para servicios médicos y medicamentos recetados por afiliado y su cónyuge cubierto; sin cobertura para hijos dependientes	
<i>Tratamiento después del diagnóstico</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
<i>Centro de enfermería especializada</i>		
<i>Centro de rehabilitación/enfermería especializada (máximo combinado de 180 días por año)</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
<i>Cuidados para enfermos terminales</i>		
<i>Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
<i>Servicios de salud en el hogar</i>		
<i>Servicios médicamente necesarios aprobados por el Administrador de reclamaciones (90 visitas al año como máximo)</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro

Servicios cubiertos	Dentro de la red*	Fuera de la red**
Transporte en ambulancia		
<i>Transporte local terrestre o aéreo, cuando sea médicamente necesario, hacia y/o desde un hospital</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 20% de coseguro
Servicios de salud mental y abuso de sustancias		
<i>Tratamiento en hospitales y residencial para pacientes hospitalizados</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
<i>Tratamiento ambulatorio</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
Terapia del lenguaje		
<i>Servicios de restauración médicamente necesarios, afecciones que no se relacionan con el desarrollo (40 visitas al año como máximo)</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
Terapia física y ocupacional		
<i>Servicios de restauración médicamente necesarios, afecciones que no se relacionan con el desarrollo (máximo combinado de 40 visitas al año)</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
Terapia de habilitación		
<i>Servicios médicamente necesarios (terapia del habla, física y ocupacional)</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
Atención quiropráctica		
<i>Manipulaciones de la columna vertebral (26 al año máximo)</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
Acupuntura		
<i>Servicios de acupuntura médicamente necesarios (20 visitas al año como máximo)</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
Servicios de audición		
<i>Examen de audición realizado por un audiólogo (1 al año máximo)</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro

Servicios cubiertos	Dentro de la red*	Fuera de la red**
<i>Prótesis auditivas médicamente necesarias hasta \$1,200 cada 48 meses</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro
Equipo médico duradero		
<i>Equipos, prótesis y suministros médicos médicamente necesarios</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 40% de coseguro

* Los participantes que residan fuera de los Estados Unidos durante 90 días consecutivos o más y que completen un formulario especial de inscripción en país extranjero, disponible en RRHH de la UVA, pueden utilizar proveedores en el país en que residan, en calidad de proveedores dentro de la red, para servicios de salud con la excepción de trasplantes y servicios bariátricos. Todos los servicios de trasplante deben ser realizados por proveedores de la red Institutes of Excellence de Aetna. Todos los servicios bariátricos deben ser realizados por proveedores de la red Institutes of Quality de Aetna. Los servicios de salud recibidos en los EE. UU. deben ser prestados por proveedores participantes de Aetna para ser elegibles para beneficios dentro de la red.

** Los montos de costos compartidos fuera de la red se basan en el monto permitido que se define como el monto que el Administrador de reclamaciones pagará por cualquier servicio cubierto antes de cualquier monto de costo compartido aplicable. Los participantes son responsables de los montos superiores al monto permitido si utilizan proveedores no participantes, lo que puede dar lugar a diferencias significativas. Los participantes también son responsables de obtener cualquier preautorización necesaria cuando utilicen proveedores no participantes (opción Fuera de la red). No obtener la preautorización puede ocasionar la denegación de beneficios. Llame al Departamento de Servicio al Cliente del Administrador de reclamaciones antes de acceder a los servicios para determinar si es necesaria una preautorización. Las reclamaciones se denegarán por completo si no son médicamente necesarias.

*** Basic Health pagará el 100% de los procedimientos preventivos de diagnóstico, laboratorio y rayos X dentro de la red. Se aplicará el coseguro del plan para procedimientos de diagnóstico, laboratorio y rayos X no preventivos dentro de la red después de que se haya alcanzado el deducible anual.

Tabla de beneficios de medicamentos recetados: para Value Health y Choice Health

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

Los medicamentos cubiertos se evalúan y seleccionan a partir del Formulario del plan estándar de Aetna. Requieren receta médica y aprobación de la FDA. El costo compartido de las farmacias participantes se detalla en la siguiente tabla. El Plan exige la sustitución por medicamentos genéricos. La cobertura se limita al costo del genérico, cuando esté disponible. Cuando exista un equivalente genérico para un medicamento recetado de marca, se le exigirá que pague la diferencia en el costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico, además del copago correspondiente, si se selecciona el medicamento de marca.

Deducible de gastos médicos y de medicamentos recetados combinados

El deducible de Value Health y Choice Health se aplica tanto a los gastos médicos cubiertos como a los de medicamentos recetados.

Medicamentos cubiertos*	Farmacias de la UVA**	Red de farmacias de Aetna
<i>Farmacia minorista</i>	Suministro para un máximo de 30 días	
<i>Medicamentos genéricos</i>	\$6 de copago	\$6 de copago
<i>Medicamentos de marca preferida</i>	Deducible y 20% de coseguro (\$200 máximo)	Deducible y 20% de coseguro (\$34 mínimo/\$200 máximo)
<i>Medicamentos que no son de marca preferida</i>	Deducible y 20% de coseguro (\$275 máximo)	Deducible y 20% de coseguro (\$68 mínimo/\$275 máximo)
<i>Programa Maintenance Choice con exclusión voluntaria***</i>	Suministro para 90 días	Farmacia de servicio por correo CVS Caremark, farmacias minoristas CVS y Costco
<i>Medicamentos genéricos</i>	\$14 de copago	\$14 de copago
<i>Medicamentos de marca preferida</i>	Deducible y 20% de coseguro (\$425 máximo)	Deducible y 20% de coseguro (\$75 mínimo/\$425 máximo)
<i>Medicamentos que no son de marca preferida</i>	Deducible y 20% de coseguro (\$525 máximo)	Deducible y 20% de coseguro (\$150 mínimo/\$525 máximo)
<i>Medicamentos especializados****</i>	<i>Suministro para un máximo de 30 días</i>	<i>Farmacia CVS de medicamentos especializados (solo medicamentos especializados de distribución limitada)</i>
<i>Medicamentos genéricos</i>	Deducible y 20% de coseguro (\$150 como máximo)	Deducible y 20% de coseguro (\$150 como máximo)
<i>Medicamentos de marca preferida</i>	Deducible y 20% de coseguro (\$200 máximo)	Deducible y 20% de coseguro (\$200 máximo)
<i>Medicamentos que no son de marca preferida</i>	Deducible y 20% de coseguro (\$350 máximo)	Deducible y 20% de coseguro (\$350 máximo)
Medicamentos, insulina y suministros para diabéticos	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días a través de Maintenance Choice
<i>Medicamentos genéricos</i>	\$0	\$0
<i>Medicamentos de marca preferida</i>	\$34	\$75
<i>Medicamentos que no son de marca preferida</i>	Deducible y 20% de coseguro (\$68 mínimo/\$275 máximo); a través de Farmacias UVA, Deducible y 20% de coseguro (\$275 máximo)	Deducible y 20% de coseguro (\$150 mínimo/\$525 máximo); a través de Farmacias UVA, Deducible y 20% de coseguro (\$525 máximo)

- * Cuando exista un equivalente genérico para un medicamento recetado de marca y el afiliado selecciona el medicamento de marca, el costo compartido del medicamento recetado de marca y la diferencia en el costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico no se incluyen en el deducible o monto de gasto de su bolsillo. Tampoco se incluye el costo compartido para medicamentos recetados o servicios no cubiertos.
- ** Las farmacias de la UVA incluyen la farmacia 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 de salud para estudiantes de la UVA y la farmacia especializada de la UVA.
- *** Los participantes pueden optar por no participar en el Programa Maintenance Choice para todos sus medicamentos de mantenimiento. Comuníquese con Aetna al 800-987-9072 antes de su tercer surtido de medicamentos de mantenimiento y podrá continuar surtiendo un suministro para 30 días en su farmacia minorista al monto de costo compartido minorista habitual.
- **** Los medicamentos especializados deben surtirse a través de la farmacia especializada de la UVA para que estén cubiertos. Los medicamentos de distribución limitada también se pueden surtir a través de las farmacias CVS de medicamentos especializados.

La mayoría de los medicamentos recetados no cubiertos y aprobados por la FDA como no experimentales o en investigación se pueden surtir con un coseguro del 100% únicamente en las farmacias participantes. El costo compartido de estos medicamentos no cubiertos no cuenta para el deducible ni para el máximo de gastos de bolsillo.

Tabla de beneficios de medicamentos recetados: para Basic Health

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

Los medicamentos cubiertos se evalúan y seleccionan a partir del Formulario del plan estándar de Aetna. Requieren receta médica y aprobación de la FDA. El costo compartido de las farmacias participantes se detalla en la siguiente tabla. El Plan exige la sustitución por medicamentos genéricos. La cobertura se limita al costo del genérico, cuando esté disponible. Cuando exista un equivalente genérico para un medicamento recetado de marca, se le exigirá que pague la diferencia en el costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico, además del copago correspondiente, si se selecciona el medicamento de marca.

<i>Deducible de gastos médicos y de medicamentos recetados combinados</i>
El deducible de Basic Health se aplica tanto a los gastos médicos cubiertos como a los de medicamentos recetados.

Medicamentos cubiertos*	Farmacias de la UVA**	Red de farmacias de Aetna
<i>Farmacia minorista</i>	<i>Suministro para un máximo de 30 días</i>	
<i>Medicamentos genéricos, medicamentos de marca preferidos, medicamentos que no son de marca preferida</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 20% de coseguro

Medicamentos cubiertos*	Farmacias de la UVA**	Red de farmacias de Aetna
<i>Programa Maintenance Choice con exclusión voluntaria***</i>	<i>Suministro para 90 días</i>	<i>Farmacia de servicio por correo CVS Caremark, farmacias minoristas CVS y Costco</i>
<i>Medicamentos genéricos, medicamentos de marca preferidos, medicamentos que no son de marca preferida</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 20% de coseguro
<i>Medicamentos especializados****</i>	<i>Suministro para un máximo de 30 días</i>	<i>Farmacia CVS de medicamentos especializados (solo medicamentos especializados de distribución limitada)</i>
<i>Medicamentos genéricos, medicamentos de marca preferidos, medicamentos que no son de marca preferida</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 20% de coseguro
Medicamentos, insulina y suministros para diabéticos	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días a través de Maintenance Choice
<i>Medicamentos genéricos</i>	\$0	\$0
<i>Medicamentos de marca preferida</i>	\$34	\$75
<i>Medicamentos que no son de marca preferida</i>	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 20% de coseguro

* Cuando exista un equivalente genérico para un medicamento recetado de marca y el afiliado selecciona el medicamento de marca, el costo compartido del medicamento recetado de marca y la diferencia en el costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico no se incluyen en el deducible o monto de gasto de su bolsillo. Tampoco se incluye el costo compartido para medicamentos recetados o servicios no cubiertos.

** Las farmacias de la UVA incluyen la farmacia 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 de salud para estudiantes de la UVA y la farmacia especializada de la UVA.

*** Los participantes pueden optar por no participar en el Programa Maintenance Choice para todos sus medicamentos de mantenimiento. Comuníquese con Aetna al 800-987-9072 antes de su tercer surtido de medicamentos de mantenimiento y podrá continuar surtiendo un suministro para 30 días en su farmacia minorista al monto de costo compartido minorista habitual.

**** Los medicamentos especializados deben surtirse a través de la farmacia especializada de la UVA para que estén cubiertos. Los medicamentos de distribución limitada también se pueden surtir a través de las farmacias CVS de medicamentos especializados.

La mayoría de los medicamentos recetados no cubiertos y aprobados por la FDA como no experimentales o en investigación se pueden surtir con un coseguro del 100% únicamente en las farmacias participantes. El costo compartido de estos medicamentos no cubiertos no cuenta para el deducible ni para el máximo de gastos de bolsillo.

Cómo funciona la cobertura médica

El Plan de Salud de la UVA ofrece las siguientes opciones de planes médicos:

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

Todas las opciones brindan cobertura para la misma amplia lista de servicios cubiertos, incluyendo la atención preventiva dentro de la red al 100% y la cobertura de medicamentos recetados. Además, todas le ofrecen la flexibilidad de utilizar proveedores dentro y fuera de la red. Las opciones difieren en el monto que usted paga por la cobertura (sus contribuciones a la prima) y los montos que usted paga cuando necesite atención de la salud.

La opción Basic Health tiene el costo más bajo por período de pago, pero los deducibles anuales son los más altos. Debido a que este plan califica como un plan de salud con deducible alto (HDHP), le permite participar en una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) con ventajas impositivas especiales, que está disponible solo para los participantes de Basic Health. Usted debe ser elegible para, y estar inscrito(a) en una HSA para poder inscribirse en la opción Basic Health.

La opción Choice Health tiene el costo más alto por período de pago, pero también tiene los costos de bolsillo más bajos para cuando necesite atención de la salud. Con Value Health, usted recibe la cobertura más alta cuando utiliza proveedores que participan en la red UVA.

Esta sección describe las características importantes del Plan. Consulte la tabla de beneficios (consulte “Sus opciones de cobertura médica en la UVA” en la página 29) para obtener más información sobre los niveles de cobertura específicos para cada opción. Está disponible una opción de Value Health Fuera del área para los empleados cuyo código zip de lugar de trabajo en Workday esté a más de 50 millas de Charlottesville.

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

Acerca de Basic Health

Los becarios posdoctorales y el personal interno no son elegibles para inscribirse en Basic Health. Basic Health es la única opción de salud disponible para los empleados asalariados de divisiones académicas y centros médicos. El empleador no proporciona contribuciones a la HSA para los empleados asalariados.

Cuenta de ahorro para la salud (HSA) con cobertura Basic Health

Cuando se inscribe en Basic Health, también debe inscribirse en una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) con ventajas impositivas especiales. La HSA le permite reservar fondos antes de impuestos hasta el límite máximo de contribución anual del IRS. Además, queda a discreción de la UVA la posibilidad de contribuir a la HSA de un empleado según su clasificación laboral. Consulte los detalles sobre las cuentas de ahorro para la salud (HSA) en <https://hr.virginia.edu/>.

Puede utilizar su HSA para pagar gastos médicos calificados, que generalmente incluyen su deducible médico, pagos de coseguro y gastos de medicamentos recetados. O bien, puede pagar sus gastos de su bolsillo y dejar que su cuenta crezca y gane intereses para gastos futuros. Dado que los saldos de las cuentas se transfieren de un año a otro, su cuenta puede acumularse con el tiempo.

Su cuenta es portátil. Si se jubila o deja la Universidad por cualquier motivo, se lleva el saldo de su HSA. Tenga en cuenta que es su responsabilidad administrar sus contribuciones anuales según los límites anuales del IRS. También es su responsabilidad conciliar cualquier monto que supere el límite anual al presentar la declaración de impuestos.

Elegibilidad

Usted debe ser elegible para, y estar inscrito(a) en una HSA para poder inscribirse en la opción Basic Health.

Usted no es elegible para una HSA si:

- Tiene una visa J-1;
- Está inscrito(a) en Medicare o Medicaid o figura como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona;
- Usted o su cónyuge tienen un saldo en una FSA de atención de la salud completa, son parte de un período de gracia de FSA o el período anual de su plan no ha terminado;
- Usted recibió beneficios de atención de la salud de la Administración de Veteranos (TRICARE) en los últimos tres meses;
- Tiene un cónyuge o padre/madre que está inscrito en un plan de atención de la salud (incluyendo una Cuenta de reembolso de salud) que le brinda beneficios antes de alcanzar el deducible mínimo del IRS; y
- Usted ya contribuyó con el límite anual establecido a nivel federal a otra HSA, Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) o HRA en el mismo año calendario.

La red de proveedores

Si se inscribió en Value Health, Choice Health o Basic Health, tiene la libertad de elegir cualquier médico u otro proveedor de atención de la salud cuando necesite atención médica. La forma en que se cubre esa atención y cuánto usted paga de su propio bolsillo depende de si el gasto está cubierto por el Plan y de si elige un proveedor dentro o fuera de la red.

Red especial de proveedores preferidos de la UVA con Value Health

Cuando está inscrito(a) en Value Health y utiliza un proveedor de la red de proveedores de la UVA, el Plan paga el nivel más alto. Eso significa que usted paga menos de su propio bolsillo por la atención. Puede encontrar proveedores en la red de proveedores de la UVA en la búsqueda personalizada de proveedores de la UVA en www.aetna.com/docfind/custom/uva/.

Los proveedores dentro de la red son médicos, hospitales y otros proveedores de atención de la salud que pertenecen a la red de Aetna. Los proveedores dentro de la red representan una amplia gama de servicios, que incluyen:

- Atención primaria (médicos generales y de familia, pediatras, internistas y obstetras/ginecólogos);
- Atención especializada (como cirujanos, cardiólogos y urólogos); y
- Centros de atención de la salud (como hospitales, centros de enfermería especializada y laboratorios de pruebas de diagnóstico).

Los proveedores dentro de la red aceptan prestar servicios o suministros a precios negociados. Si utiliza un proveedor dentro de la red, pagará menos de su bolsillo por su atención. Tampoco tendrá que completar formularios de reclamación porque su proveedor dentro de la red presentará las reclamaciones por usted.

Para encontrar un proveedor dentro de la red en su área:

- Utilice la búsqueda de proveedores en www.aetna.com/docfind/custom/uva. Siga las indicaciones para buscar en el directorio en línea un médico específico, un tipo de médico o todos los médicos en un código zip y/o distancia de viaje determinada.
- Llame a su equipo de Aetna One Advocate. Aetna One Advocates puede ayudarle a encontrar un proveedor dentro de la red en su área. El número gratuito de Servicios para Miembros está impreso en su tarjeta de identificación.

No es necesario que elija un médico de atención primaria (PCP). Sin embargo, la atención preventiva periódica es clave para lograr una buena salud y su médico de atención primaria puede ser su administrador personal de atención de la salud. Llegan a conocerle a usted y sus necesidades y problemas especiales y pueden recomendarle al especialista adecuado cuando necesite atención que ellos no puedan brindarle.

Acerca del costo de su atención

Si su proveedor fuera de la red cobra más que el cargo reconocido, usted será responsable de cualquier gasto incurrido que supere el cargo reconocido.

Los montos superiores al cargo reconocido no cuentan para su deducible anual ni para su máximo de gastos de bolsillo.

Precertificación

Cuándo necesitará precertificar la atención

Usted es responsable de obtener la precertificación para los servicios que se indican en el siguiente cuadro, si su atención la brindará un proveedor fuera de la red. La lista podrá cambiar cada cierto tiempo. Comuníquese con su equipo de Aetna One Advocate para solicitar la lista más actualizada.

Tipo de servicio	Cuándo necesitará precertificar la atención fuera de la red
<p>Atención para pacientes hospitalizados Debe solicitar precertificación para internación como paciente hospitalizado en un hospital</p>	<p>Para solicitar una precertificación, llame a su equipo de Aetna One Advocate al 800-987-9072 de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Admisión de emergencia: dentro de las 48 horas posteriores a la admisión o tan pronto como sea razonablemente posible ▪ Admisión urgente: antes de la fecha programada para su ingreso ▪ Otras admisiones: al menos 14 días calendario antes del ingreso
<p>Alternativas a la atención para pacientes hospitalizados Debe solicitar precertificación para las siguientes alternativas hospitalarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención en un centro de enfermería especializada ▪ Servicios de atención de la salud a domicilio ▪ Cuidados para enfermos terminales: para pacientes hospitalizados y ambulatorios ▪ Tratamiento residencial para trastornos mentales y abuso de sustancias. 	<p>Para solicitar una precertificación, llame a su equipo de Aetna One Advocate al 800-987-9072 de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Internaciones hospitalarias: igual que la atención hospitalaria (arriba) ▪ Atención ambulatoria: <ul style="list-style-type: none"> - Atención que no es de emergencia: al menos con 14 días calendario de anticipación o tan pronto como sea razonablemente posible - Atención de emergencias: tan pronto como sea razonablemente posible
<p>Atención ambulatoria Usted debe solicitar precertificación para los siguientes servicios ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cirugía cosmética y reconstructiva. ▪ Terapias genéticas, celulares y otras terapias innovadoras (GCIT) 	<p>Para solicitar una precertificación, llame a su equipo de Aetna One Advocate al 800-987-9072 de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención ambulatoria: <ul style="list-style-type: none"> - Atención que no es de emergencia: al menos con 14 días calendario de anticipación o tan pronto como sea razonablemente posible - Atención de emergencias: tan pronto como sea razonablemente posible

Aetna le notificará a usted, a su médico y al centro asistencial sobre la duración de su estadía precertificada. Si su médico recomienda que se prolongue su estadía, se deben certificar días adicionales. Usted, su médico o el centro asistencial deberán llamar a Aetna al número que figura en su tarjeta de identificación a más tardar el último día autorizado. Aetna revisará y procesará la solicitud de estadía prolongada. Usted y su médico recibirán una copia de esta carta.

Si usted no precertifica

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

Si la precertificación es:	Entonces los cargos son:
<i>solicitada y aprobada</i>	cubiertos

<i>solicitada y denegada</i>	no cubiertos
<i>no solicitada, y la atención es necesaria</i>	los cargos están pendientes de revisión
<i>no solicitada, y la atención no es necesaria</i>	no cubiertos

Precertificación en radiología de alta tecnología

El consultorio de su médico debe enviar una solicitud de autorización previa a Aetna para servicios de radiología de alta tecnología, incluyendo IRM/ARM, TC/ACTP, TEP, cardiología nuclear, cardiología de diagnóstico, estudios del sueño en instalaciones, dispositivos cardíacos implantables, reemplazos de cadera/rodilla y manejo del dolor.

Se revisarán las solicitudes de precertificación de su médico. En un pequeño número de casos, se podrá denegar una solicitud y se puede hacer una recomendación alternativa. Su médico puede aceptar la recomendación alternativa o presentar una apelación.

Antes de utilizar un proveedor fuera de la red

Si utiliza un proveedor fuera de la red, usted debe preguntar si se ha enviado y confirmado alguna precertificación obligatoria. Es posible que su proveedor le facture procedimientos si estos no pasan por el proceso de precertificación.

En una emergencia

No importa en qué opción médica esté inscrito(a), usted tiene cobertura las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en cualquier parte del mundo, si necesita atención para tratar una afección de emergencia. Si su tratamiento de emergencia ocasiona una admisión de emergencia a un hospital fuera de la red, debe solicitar la precertificación dentro de las 48 horas posteriores a la admisión o tan pronto como sea razonablemente posible. (Tenga en cuenta que es posible que le transfieran a un centro dentro de la red una vez que se haya estabilizado).

Una condición médica de emergencia es una afección, enfermedad o lesión reciente y grave, que incluye (sin sentido limitativo) dolor intenso que llevaría a una persona prudente (incluyendo el padre o tutor de un menor o el tutor de una persona discapacitada) que posee un conocimiento promedio de medicina y de salud a creer que no obtener atención médica inmediata podría ocasionar lo siguiente:

- Que su salud corra grave peligro;
- Deterioro grave de una o varias funciones corporales;
- Disfunción grave de una parte u órgano del cuerpo; o
- En el caso de una mujer embarazada, grave peligro para la salud del feto.

Ejemplos de emergencias médicas

- Ataque cardíaco o sospecha de ataque cardíaco;
- Envenenamiento o sospecha de envenenamiento;

- Dificultad grave para respirar;
- Sangrado incontrolado o grave;
- Pérdida de consciencia;
- Sospecha de sobredosis de medicamentos;
- Quemaduras graves; o
- Fiebre alta (especialmente en bebés).

Recursos avanzados para tratar enfermedades

El programa Aetna Compassionate Care ofrece servicio y apoyo cuando usted enfrenta decisiones difíciles en relación con una enfermedad avanzada. Los gerentes de casos de enfermería del programa trabajan con los médicos para:

- Realizar los preparativos de la atención y administrar beneficios;
- Encontrar recursos para el paciente y sus familiares; y
- Ayudar a los familiares y a otros cuidadores a controlar el dolor y los síntomas del paciente.

Llame a su equipo de Aetna One Advocate para hablar con un gerente de casos de enfermería sobre el programa Aetna Compassionate Care. También hay soporte en línea disponible en www.aetnacompassionatecare.com.

Trasplantes y atención especial de la salud

El Programa Nacional de Excelencia Médica (NME) puede ayudarle a obtener atención y recursos útiles cuando más los necesite, con apoyo personalizado durante todas las fases del tratamiento. El programa incluye:

- Programa Nacional de Trasplantes: coordina la atención y brinda acceso a tratamientos cubiertos a través de la Red de trasplantes de los Institutes of Excellence™.
- Programa Nacional de Casos Especiales: ayuda a los miembros con afecciones raras o complejas que requieren tratamiento especializado para evaluar las opciones de tratamiento y obtener la atención adecuada.
- Programa de atención fuera del país: apoya a los miembros que necesitan atención médica de emergencia para pacientes hospitalizados mientras viajan temporalmente fuera de los Estados Unidos.

Estos servicios deben contar con la preautorización de Aetna.

El Plan pagará los gastos de viaje y alojamiento a partir del día en que usted pase a ser participante del Programa Nacional de Excelencia Médica. La cobertura finaliza en la primera que ocurra entre las siguientes fechas:

- Un año después del día en que se realizó un procedimiento cubierto; o

- En la fecha en que deje de recibir cualquier servicio del proveedor del programa en relación con el procedimiento cubierto; o
- En la fecha en que su cobertura finaliza según el Plan.

Sepa lo que está cubierto

El Plan cubre solo aquellos servicios, suministros y tratamientos que se consideren necesarios para su afección médica. El Plan no cubre el tratamiento considerado experimental o de investigación (según lo determine Aetna).

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

Cobertura durante viajes al extranjero

Salir del país durante 90 días o más

Si estará fuera de los Estados Unidos durante 90 días o más, debe inscribirse en el programa de inscripción en el país extranjero completando un Formulario de inscripción en el país extranjero y enviando el formulario completo al Defensor de los pacientes (Ombudsman) del Plan de Salud de la UVA antes de salir de los Estados Unidos.

Con esta inscripción en el extranjero, los servicios de emergencia y de rutina elegibles estarán cubiertos y serán reembolsados como beneficios dentro de la red. Usted deberá pagarle directamente al proveedor extranjero y presentar sus reclamaciones extranjeras a Aetna dentro de 90 días para obtener el reembolso. Consulte “Presentación de reclamaciones” en la página 116.

Comuníquese lo antes posible con Aetna en relación con cualquier admisión de pacientes hospitalizados, cirugías, servicios de sala de emergencia o situaciones radiológicas complejas en el extranjero. Comuníquese con el Defensor de los pacientes (Ombudsman) del Plan de Salud de la UVA para obtener una autorización de aprovisionamiento de medicamentos recetados para vacaciones, si necesita un reabastecimiento anticipado para las “vacaciones” o un suministro de medicamentos recetados para más de 90 días.

Al salir del país por menos de 90 días

Cuando viaje fuera de los Estados Unidos por menos de 90 días, solo se cubrirán y reembolsarán como beneficios dentro de la red los servicios de atención de emergencia o de urgencia. Consulte “En una emergencia” en la página 56 para obtener una descripción de las condiciones médicas de emergencia. Usted deberá pagarle directamente al proveedor extranjero y presentar sus reclamaciones extranjeras a Aetna dentro de 90 días para obtener el reembolso. Consulte “Presentación de reclamaciones” en la página 116. Comuníquese con Aetna para obtener una preautorización, o lo antes posible, después de una admisión de emergencia.

Cómo comunicarse con Aetna cuando viaja fuera de los Estados Unidos

Por teléfono:

- Equipo de One Advocate de Aetna One al 800-987-9072
- Unidad de Precertificación de casos especiales de Aetna al 855-9046 o 215-775-6445 de lunes a viernes
- Programa Nacional de Excelencia Médica de Aetna y precertificación fuera del horario de atención al 215-775-6445

En línea:

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

Programas especiales

Puede aprovechar los descuentos de valor agregado y los programas de administración de la salud que se describen en esta sección.

Programas de descuento

Usted es elegible para recibir descuentos en servicios y suministros de salud y bienestar. Para obtener más información sobre estos descuentos, visite su sitio web seguro para miembros en www.aetna.com.

Para obtener más información sobre...	Visite su sitio web seguro para miembros en www.aetna.com para leer sobre...
<i>Servicios de entrenamiento y actividad física</i>	Programa de descuento de Aetna Fitness
<i>Servicios y suministros auditivos</i>	Programa de descuentos de Aetna Hearing
<i>Ahorro en terapias y productos naturales</i>	Programa de productos y servicios naturales de Aetna
<i>Servicios y suministros para la vista</i>	Programa de descuentos de Aetna Vision
<i>Productos y programas para bajar de peso</i>	Programa de descuentos de Aetna para bajar de peso

Programas de gestión de la salud

Hoo's Well

Hoo's Well es el programa de bienestar para empleados de la UVA. Proporciona una serie de programas y recursos que le ayudarán a crear y mantener un estilo de vida saludable. Puede solicitar una adaptación razonable o un estándar alternativo para actividades relacionadas con la salud que ofrezcan un incentivo. Visite www.hooswell.com para obtener más detalles.

Apoyo al embarazo

El Programa de maternidad de Aetna la ayuda a mantener su bienestar durante el embarazo y después del nacimiento de su bebé. Ofrece lo siguiente:

- Información sobre atención prenatal, trabajo de parto y nacimiento, atención del recién nacido y más;
- Una encuesta de riesgo de embarazo para saber si tiene alguna afección de salud o factor de riesgo que pueda afectar su embarazo;

- Apoyo adicional de enfermeras administradoras de casos con capacitación en obstetricia si usted está en riesgo durante el embarazo y después del parto; y
- Smoke-Free Mom-to-Be, un programa para dejar de fumar sin nicotina diseñado específicamente para miembros que están embarazadas.

¿Cómo obtengo información sobre este programa?

Tan pronto como se notifique a Aetna sobre su embarazo, Aetna se comunicará con usted para que usted pueda comenzar. También puede llamar e inscribirse llamando al 800-CRADLE-1 (800-272-3531).

Cuando participa en este programa, toda su atención la coordinan su obstetra/ginecólogo y los gerentes de casos de Aetna.

Herramientas

Directorio de proveedores médicos en línea

Provider Search es el directorio de proveedores en línea de Aetna. Provider Search (*búsqueda de proveedores*) le brinda la información más reciente sobre los médicos, hospitales y otros proveedores de la red de Aetna. También puede encontrar información sobre los beneficios de Aetna, como el “Paquete de información para nuevos afiliados” y “Ayudándola a tener un embarazo saludable” en la Búsqueda de proveedores personalizada del plan.

Para acceder a la Búsqueda de proveedores, vaya a www.aetna.com/docfind/custom/uva y siga las indicaciones.

Sitio web para miembros de Aetna

Utilice su sitio web seguro para miembros en www.aetna.com como su recurso en línea para obtener información personalizada sobre beneficios y salud. Puede realizar diversas transacciones de autoservicio en línea. Una vez que se registre, tendrá acceso a:

- Impresión de información sobre elegibilidad;
- Visualizar la tarjeta de identificación;
- Descargar copias de formularios de reclamación;
- Verificar el estatus de una reclamación;
- Encontrar saldos de beneficios;
- Comuníquese con su equipo de Aetna One Advocate; y
- Acceda a información de salud y bienestar.

Teléfono inteligente o tableta

Para ver documentos desde su teléfono inteligente o tableta, es necesaria la aplicación gratuita WinZip. Es posible que esté disponible en su App Store.

Tecnología de asistencia

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

Asistencia lingüística

TTY: 711

Para asistencia lingüística en inglés llame al 888-982-3862 sin costo alguno. (Inglés)

Línea de apoyo Informed Health®

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

Las herramientas y recursos de Informed Health pueden ayudarle a tomar decisiones más informadas sobre su atención, comunicarse mejor con sus médicos y ahorrar tiempo y dinero mostrándole cómo obtener la atención adecuada en el momento adecuado.

Llame a la línea Informed Health al 800-556-1555 para hablar directamente con un enfermero(a) con licencia sobre una amplia variedad de temas de salud y bienestar.

Utilice la base de conocimientos Healthwise Knowledgebase en línea para obtener más información sobre un problema de salud que usted presente o los medicamentos que toma en términos fáciles de entender. Este recurso en línea está disponible a través de su sitio web seguro para miembros en www.aetna.com.

Tarjetas de identificación

Se le recomienda llevar consigo sus tarjetas de identificación en todo momento. Presente la tarjeta de Aetna a los proveedores médicos antes de recibir servicios médicos y de salud conductual y a las farmacias de la red al comprar medicamentos recetados. Si pierde o le roban sus tarjetas, notifique de inmediato al administrador correspondiente. Una copia electrónica de su tarjeta de identificación está disponible en el sitio web para miembros de Aetna en www.aetna.com o en la aplicación de Aetna.

Coordinación con otros planes

Si usted tiene otra cobertura

Si usted tiene cobertura de otros planes grupales o individuales o recibe pagos por una enfermedad o lesión causada por otra persona, los beneficios que recibe de este Plan podrían ajustarse. Esto podría reducir los beneficios que recibe de este Plan. Este ajuste se conoce como coordinación de beneficios (COB).

Los beneficios disponibles a través de otros planes, contratos u otros acuerdos grupales o individuales, incluyendo la cobertura de seguro de automóvil, para los que se debe proporcionar, preparar o pagar un beneficio de salud, mediante un seguro o de otra manera, se coordinan con este Plan.

Los miembros involucrados en un accidente automovilístico deben comunicarse con Aetna con respecto a la COB. “Otros planes” incluyen cualquier otro plan de cobertura médica o dental proporcionado por:

- Seguros grupales o cualquier otro régimen de cobertura colectiva para personas, independientemente de que dicho plan esté asegurado. Esto incluye a los grupos de prepago.
- Beneficio de protección contra lesiones personales (PIP) de vehículos automotores o seguro opcional de vehículos automotores, en la medida de la ley aplicable. Siempre que sea legalmente posible, este Plan tendrá carácter secundario.

Para saber si se reducirán los beneficios de este Plan, Aetna primero debe utilizar las reglas que se enumeran a continuación, en el orden que se muestran, para determinar qué plan es primario (paga sus beneficios primero). La primera regla que se aplica en el cuadro a continuación determinará qué plan paga primero:

<i>Sí...</i>		<i>Entonces...</i>
1.	<i>Un plan tiene una provisión COB y el otro plan no.</i>	El plan sin provisión COB determina sus beneficios y paga primero.
2.	<i>Un plan le cubre como dependiente y el otro le cubre como empleado o jubilado</i>	El plan que le cubre como empleado o jubilado determina sus beneficios y paga primero. Nota: Si usted es elegible para Medicare, esta regla puede revertirse. Consulte la regla 3 a continuación.
3.	<i>Usted es elegible para Medicare y no está trabajando activamente</i>	Se aplican estas reglas del pagador secundario de Medicare: <ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan que le brinda cobertura como dependiente de un cónyuge que trabaja determina sus beneficios y paga primero. ▪ Medicare paga en segundo lugar. ▪ El plan que le brinda cobertura como empleado jubilado paga en tercer lugar.
4.	<i>Los padres de un niño están casados o viven juntos (estén casados o no)</i>	El plan del padre/madre cuyo cumpleaños ocurre antes en el año calendario determina sus beneficios y paga primero. Si ambos padres tienen el mismo cumpleaños, el plan que haya cubierto al padre durante más tiempo determina sus beneficios y paga primero. Pero si el otro plan no tiene esta regla de “cumpleaños de los padres”, se aplica la regla COB del otro plan.
5.	<i>Los padres de un niño están separados o divorciados con custodia compartida, y un decreto judicial no asigna la responsabilidad de los gastos de salud del niño a ninguno de los padres, ni establece que ambos padres son responsables de la cobertura de salud del niño.</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 un decreto judicial asigna la responsabilidad de los gastos de salud del niño a uno de los padres.</i>	El plan que cubre al niño como dependiente del padre/madre asignado determina sus beneficios y paga primero.

	Sí...	Entonces...
7.	Los padres de un niño están separados, divorciados o no viven juntos (independientemente de que hayan estado casados o no) y no existe un decreto judicial que asigne responsabilidades por los gastos de salud del niño a ninguno de los padres.	Los beneficios se determinan y pagan en este orden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan del padre/madre con custodia paga, luego ▪ El plan del cónyuge del padre/madre con custodia paga, luego ▪ El plan del padre/madre que no tiene la custodia paga, luego ▪ Paga el plan del cónyuge del padre/madre que no tiene la custodia.
8.	Usted tiene cobertura como empleado activo (es decir, no como empleado jubilado o despedido) y cobertura como empleado jubilado o despedido. O tiene cobertura como dependiente de un empleado activo y cobertura como dependiente de un empleado jubilado o despedido	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan que le brinda cobertura como empleado activo o como dependiente de un empleado activo determina sus beneficios y paga primero. ▪ Esta regla se ignora si el otro plan no contiene la misma regla. Nota: esta regla no se aplica si la regla 2 (arriba) ya determinó el orden de pago.
9.	Usted está cubierto por una ley de derecho de continuación federal o estatal (como COBRA)	El plan distinto al que le brinda cobertura en el marco de una ley de derecho de continuación determinará sus beneficios y pagará primero. Esta regla se ignora si el otro plan no contiene la misma regla. Nota: esta regla no se aplica si la regla 2 (arriba) ya determinó el orden de pago.
10.	Las reglas anteriores no establecen un orden de pago.	El plan que le haya cubierto durante más tiempo determinará sus beneficios y pagará primero.

Cuando el otro plan paga primero, los beneficios pagados por este Plan se reducen, como se muestra aquí:

- El monto que este Plan pagaría si fuera la única cobertura vigente, menos
- Beneficios pagados por el(los) otro(s) plan(es).

Esto evita que la suma de sus beneficios sea mayor de lo que recibiría solo con este Plan.

Si su otro plan paga beneficios en forma de servicios en lugar de pagos en efectivo, el Plan utiliza el valor en efectivo de esos servicios en el cálculo.

Coordinación con Medicare

Usted es elegible para Medicare si usted:

- Es elegible y está cubierto por Medicare;

- Es elegible para Medicare, pero no está cubierto por Medicare, porque usted:
 - Rechazó la cobertura de Medicare;
 - Abandonó la cobertura de Medicare; o
 - No realizó una solicitud adecuada para cobertura de Medicare.

Cuando usted es elegible para Medicare, Aetna debe determinar si este Plan o Medicare es el plan principal.

Cuándo este plan es el primario

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

- Un empleado activo, independientemente de su edad;
- Un empleado totalmente discapacitado que es o está:
 - No despedido ni jubilado; o
 - No está recibiendo beneficios de jubilación del Seguro Social o beneficios por incapacidad del Seguro Social.
- Un cónyuge dependiente elegible para Medicare de:
 - Un empleado activo; o
 - Un empleado totalmente discapacitado que no ha sido despedido ni jubilado.
- Cualquier otra persona a quien se le paguen los beneficios de este Plan para cumplir con la ley federal.

Cuando este Plan es el plan principal, Aetna no tomará en consideración los beneficios de Medicare al determinar los beneficios pagaderos por el Plan.

Enfermedad renal en etapa terminal

Este plan es primario durante los primeros 30 meses después que cualquier persona cubierta sea elegible para Medicare debido a una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD). El Plan pagará los beneficios por un gasto cubierto primero antes de que los beneficios de Medicare estén disponibles.

Medicare pasa a ser el plan primario y este plan es secundario a partir del mes 31 de elegibilidad para Medicare debido a la ESRD. Si usted es elegible para Medicare solo debido a una insuficiencia renal permanente, su cobertura de Medicare finalizará 12 meses después del mes en que suspenda los tratamientos de diálisis o 36 meses después del mes en que se realice un trasplante de riñón.

Cuándo Medicare es primario

Medicare es el plan primario y este plan es secundario si una persona cubierta es elegible para Medicare y no se ubica en una de las categorías anteriores o está en su mes 31 o posterior de elegibilidad para Medicare debido a una ESRD.

Estas reglas se basan en regulaciones emitidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y pueden modificarse o cambiarse en cualquier momento. La intención del Plan es cumplir con las Reglas del Pagador secundario de Medicare. Si de alguna manera el Plan entra en conflicto con las regulaciones emitidas por CMS, el Plan pagará Beneficios de conformidad con las regulaciones de CMS.

Cuándo termina la elegibilidad para el plan

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

- Un empleado jubilado;
- Un empleado totalmente discapacitado que sea despedido o jubilado;
- Un dependiente elegible para Medicare de:
 - Un empleado jubilado; o
 - Un empleado totalmente discapacitado que sea despedido o jubilado.

Cómo afecta Medicare los beneficios de su plan

Cuando Medicare es su plan primario, tal como se describió anteriormente, este Plan es secundario y paga beneficios basándose en:

- Si el proveedor acepta la asignación de Medicare, los beneficios se basan en el monto aprobado por Medicare para el servicio que recibió; o
- Si el proveedor no acepta la asignación de Medicare, los beneficios se basan en el límite de facturación del saldo de Medicare.

El beneficio del Plan por un servicio cubierto se calcula:

- Calculando el gasto permitido, en función de si el proveedor acepta o no la asignación de Medicare (ver arriba); entonces
- Aplicando el deducible y el coseguro del Plan al gasto permitido; entonces
- Restando el monto que Medicare debe pagar (incluso si no se ha inscrito en Medicare y, por lo tanto, no ha recibido el reembolso de Medicare).

Tenga en cuenta lo siguiente

Una vez que usted sea elegible para Medicare y ese sea su plan primario, tal como se describió anteriormente, los beneficios del Plan se calculan como si usted se hubiera inscrito en el Aparte B, independientemente de si realmente se ha inscrito o no. Por eso, es importante estar inscrito en el Aparte B cuando Medicare pase a ser su plan principal.

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 los servicios y suministros necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión no ocupacional. Si un servicio o suministro no es necesario, no estará cubierto, incluso si figura como gasto cubierto en este libro.

Esta sección y “Lo que no está cubierto” en la página 94 deben leerse juntas para obtener más información sobre lo que está cubierto y lo que no está cubierto por el Plan para ciertas afecciones, procedimientos, servicios y suministros.

Cuidados preventivos

Estos servicios de atención preventiva están cubiertos.

Exámenes físicos de rutina

El Plan cubre los cargos por un examen físico de rutina. Como parte del examen se incluyen:

- Radiografías, servicios de laboratorio y otras pruebas que sean rutinariamente preventivas de conformidad con las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos y codificadas como tales en relación con el examen; y
- Vacunas para enfermedades infecciosas de conformidad con las recomendaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y los materiales necesarios para administrar las vacunas.
- Pruebas de tuberculosis.

El examen debe ser realizado por un médico o bajo la dirección de un médico.

Si se realiza un examen para diagnosticar o tratar una lesión o enfermedad sospechada o identificada, **no** se considera un examen físico de rutina. Comuníquese con su equipo de Aetna One Advocate al 800-987-9072 si tiene preguntas sobre los cargos cubiertos por un examen físico de rutina.

Tenga en cuenta lo siguiente

El Plan no paga beneficios por exámenes escolares o relacionados con el empleo, ni por aquellos necesarios para participar en programas deportivos escolares.

Servicios de despistaje y asesoramiento

El Plan cubre los cargos realizados por su médico por los siguientes ítems en un entorno individual o grupal:

- Obesidad: servicios de despistaje y asesoramiento para ayudarle a perder peso si usted es persona obesa. La cobertura incluye:
 - Visitas de asesoramiento preventivo;
 - Asesoramiento nutricional; y

- Visitas de asesoramiento sobre dieta saludable para personas con colesterol alto y otros factores de riesgo conocidos de enfermedades crónicas cardiovasculares y relacionadas con la dieta.
- Uso de productos de tabaco: servicios de despistaje y asesoramiento para ayudarlo a dejar de consumir productos de tabaco. Un producto de tabaco es una sustancia que contiene tabaco o nicotina, incluyendo cigarrillos, puros, tabaco para fumar, rapé, tabaco sin humo y productos similares a dulces que contienen tabaco. La cobertura incluye:
 - Visitas de asesoramiento preventivo;
 - Visitas de tratamiento; y
 - Visitas de clase.
- Abuso de alcohol y/o drogas: servicios de despistaje y asesoramiento para ayudar a prevenir o reducir el uso de alcohol o sustancias controladas. La cobertura incluye:
 - Visitas de asesoramiento preventivo;
 - Intervención de reducción de factores de riesgo; y
 - Una evaluación estructurada.

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

- Servicios de despistaje y asesoramiento para:
 - Violencia interpersonal y doméstica;
 - Enfermedades de transmisión sexual (hasta dos episodios por año);
 - Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH);
 - Virus del Papiloma Humano (VPH) de alto riesgo; y
 - Asesoramiento sobre riesgos genéticos para el cáncer de mama y ovario.
- Detección de diabetes gestacional.
- Detección de incontinencia urinaria.

Los beneficios de los servicios de despistaje y asesoramiento están sujetos a números máximos de visitas, las cuales están disponibles a través de su equipo de Aetna One Advocate llamando al número que figura en su tarjeta de identificación.

Exámenes de obstetricia y ginecología de rutina

El plan cubre exámenes de obstetricia y ginecología de rutina, incluyendo la prueba de Papanicolaou y los honorarios de laboratorio relacionados.

Exámenes de rutina para el despistaje de cáncer

El Plan cubre:

- Mamografías; y
- Examen rectal digital (DRE) y pruebas de antígeno prostático específico (PSA) para miembros que tienen próstata; y
- Detección colorrectal que incluye prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia, colonoscopia y enema de bario de doble contraste; y
- Detección de cáncer de pulmón; y
- Detección de cáncer de piel.

Tenga en cuenta lo siguiente

El Plan cubre mamografías y exámenes colorrectales al 100% sin deducible cuando se utilicen proveedores dentro de la red, independientemente del diagnóstico.

Visitas y clínicas sin cita previa

Visitas a la oficina de consulta

El Plan cubre el tratamiento realizado por un médico, enfermero(a) especializado o asistente médico en su consultorio. La cobertura incluye:

- Pruebas y tratamiento de alergias;
- Vacunas para enfermedades infecciosas; y
- Suministros, servicios de radiología, rayos X y pruebas realizadas por el médico.

Tenga en cuenta lo siguiente

El Plan no cubre las vacunas que se necesitan únicamente para viajar o trabajar.

Visitas domiciliarias

El Plan cubre el tratamiento realizado por un médico en su hogar.

Clínicas sin cita previa

Una clínica sin cita previa es un centro asistencial independiente. El Plan cubre visitas a estas clínicas sin cita previa para tratamientos que no sean de emergencia de una enfermedad o lesión y para la administración de ciertas vacunas al mismo nivel de beneficios que las visitas al consultorio.

Tenga en cuenta lo siguiente

Las clínicas sin cita previa no son una alternativa a los servicios de la sala de emergencias y no brindan atención continua de la salud.

Telemedicina

El Plan cubre servicios de telemedicina para cualquier servicio clínico profesional, incluyendo cuidados críticos y consultas de pacientes hospitalizados, prestados a distancia a través de un sistema de telecomunicaciones seguro. Los servicios de telemedicina requieren, como mínimo:

- Equipos de audio y video que permitan la comunicación interactiva bidireccional en tiempo real entre el paciente y un médico o personal avanzado de enfermería de un centro asistencial distante con fines de diagnóstico, consulta o tratamiento en lo que respecta a la prestación de servicios de atención de la salud.
- El sitio de origen autorizado puede incluir consultorios de médicos o personal avanzado de enfermería, hospitales, centros de diálisis, clínicas de salud rurales o centros de enfermería especializada; El profesional del centro asistencial distante puede incluir médicos, personal avanzado de enfermería, asistentes médicos o trabajadores sociales clínicos.
- Se aplica el mismo monto de deducible y costo compartido que se utiliza para procesar el servicio sin el modificador de telesalud.

Teladoc

El Plan cubre el acceso a médicos certificados por teléfono, video o aplicación móvil utilizando Teladoc Health y la red de proveedores de Teladoc.

- Medicina general: Acceso a solicitud las 24 horas, los 7 días de la semana a médicos certificados por la junta de EE. UU. para necesidades que no sean de emergencia, como resfriados, gripe, bronquitis, sinusitis, dolor de garganta, infecciones, sarpullido, conjuntivitis, enfermedades de las vías respiratorias superiores, distensiones y esguinces. Los médicos de Teladoc pueden diagnosticar y recetar medicamentos, si es necesario.
- Servicio de atención de salud conductual: Obtenga apoyo continuo y confidencial para tratar la ansiedad, el estrés y la depresión. Están disponibles psiquiatras, psicólogos y terapeutas autorizados certificados los siete días de la semana, de 7 a. m. a 9 p. m.
- Dermatología: Cargue imágenes y proporcione detalles sobre su problema de piel para recibir una respuesta en dos días hábiles de un dermatólogo autorizado. Se incluye seguimiento a los siete días.
- Cuidados: Amplíe los servicios de medicina general de Teladoc a alguien a quien brinda atención con una visita telefónica o por video de dos o tres vías con un médico autorizado.

Vaya a <https://member.teladoc.com/aetna> para configurar su cuenta Teladoc y solicitar una visita.

Planificación familiar y maternidad

Servicios de anticoncepción

El Plan cubre los siguientes servicios y suministros anticonceptivos cuando se los proporciona y factura su médico:

- Asesoramiento anticonceptivo.
- Dispositivos anticonceptivos recetados por un médico.

- Visita al consultorio para la inyección de anticonceptivos inyectables.
- Servicios ambulatorios relacionados, como consultas, exámenes y procedimientos.

Es posible que otros anticonceptivos estén cubiertos como parte del programa de medicamentos recetados administrado por Aetna. Consulte la sección Programa de medicamentos recetados para obtener más información.

Esterilización voluntaria

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

Servicios de infertilidad básicos

Los gastos cubiertos incluyen los cargos realizados por un médico para diagnosticar y tratar quirúrgicamente la causa médica subyacente de la infertilidad.

Gastos integrales de infertilidad y tecnología reproductiva avanzada (ART)

Para ser elegible para beneficios integrales de infertilidad y ART, usted debe estar cubierto por el Plan como empleado o como dependiente cubierto que sea el cónyuge legal del empleado.

Aunque no se incurra en gastos para el tratamiento de una enfermedad o lesión, los gastos cubiertos incluyen aquellos gastos en que haya incurrido un miembro elegible cubierto del plan que pueda quedar embarazada por infertilidad, si se satisface la totalidad de las siguientes pruebas:

- Los procedimientos se realizan mientras no se está confinado en un hospital o en cualquier otro centro como paciente hospitalizado.
- La infertilidad no es causada por la esterilización voluntaria de ninguno de los miembros de la pareja (con o sin reversión quirúrgica) ni por una histerectomía.

Beneficios de los servicios integrales de infertilidad

Si cumple con los requisitos de elegibilidad anteriores, los siguientes gastos en servicios integrales de infertilidad se pagarán cuando los preste un especialista en infertilidad, previa autorización de Aetna, y sujeto a todas las exclusiones y limitaciones del Plan:

- La inducción de la ovulación con menotropinas está sujeta al beneficio máximo que se muestra en “Sus opciones de cobertura médica en la UVA” en la página 29 y tiene un máximo de 6 ciclos de por vida, donde el término «de por vida» queda definido de modo que se incluyan los servicios recibidos o proporcionados por el Plan de Salud de la UVA; y
- La inseminación intrauterina está sujeta al beneficio máximo que se muestra en “Sus opciones de cobertura médica en la UVA” en la página 29 y tiene un máximo de 6 ciclos de por vida, donde el término «de por vida» queda definido de modo que se incluyan los servicios recibidos o proporcionados por el Plan de Salud de la UVA.

Beneficios de la tecnología reproductiva avanzada (ART)

Los servicios de ART incluyen:

- Fertilización in vitro (IVF);
- Transferencia intratubárica de cigoto (ZIFT);
- Transferencia intrafalópica de gametos (GIFT);
- Transferencias de embriones criopreservados;
- Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI); o microcirugía de óvulos.

Elegibilidad para beneficios de ART

Para ser elegible para los beneficios de ART que brinda el Plan de Salud, usted debe cumplir con los requisitos anteriores y:

- Que su médico le haya remitido a la unidad de gerencia de casos de infertilidad de Aetna;
- Obtener una preautorización de la unidad de gerencia de casos de infertilidad de Aetna para servicios de ART por parte de un especialista en ART.

Beneficios de ART cubiertos

Los siguientes cargos son beneficios cubiertos para miembros cubiertos elegibles que deseen quedar embarazadas cuando se cumplan todas las condiciones anteriores, sujetas a las exclusiones y limitaciones del Plan.

- Hasta 3 ciclos y sujeto al beneficio máximo que se muestra en la sección Tabla de Beneficios de cualquier combinación de los siguientes servicios de ART de por vida (donde «de por vida» se define de modo que se incluyan todos los servicios integrales de infertilidad y los servicios de ART recibidos o proporcionados por el Plan de Salud de la UVA) que solo incluyen: IVF; GIFT; ZIFT; o transferencias de embriones criopreservados;
- FIV (*fertilización in vitro*); Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (“ICSI”); microcirugía de óvulos; GIFT; ZIFT; o transferencias de embriones criopreservados sujetas al beneficio máximo que se muestra en la sección Tabla de Beneficios mientras estén cubiertos por el Plan de salud de la UVA;
- Pago de los cargos asociados con la atención de una persona cubierta elegible por este plan que participe en un programa de FIV con donante, incluyendo la fertilización y el cultivo; y
- Cargos asociados con la obtención del espermatozoides del cónyuge para ART cuando el cónyuge también esté cubierto por el Plan de Salud de la UVA.

Se requiere preautorización

El tratamiento de la infertilidad debe contar con la preautorización de Aetna. No se cubrirá el tratamiento recibido sin preautorización. Usted será responsable del pago total de los servicios.

Consulte la Tabla de beneficios para obtener detalles sobre los máximos que se aplican a los servicios de infertilidad. Los máximos de por vida que se aplican a los servicios de infertilidad se aplican de manera diferente a otros máximos de por vida en el marco del Plan.

Cuidados del embarazo

El Plan cubre atención prenatal, del parto y posnatal. De conformidad con la Ley de Protección de la Salud de las Madres y Recién Nacidos (Newborns' and Mothers' Health Protection Act), el Plan cubre la atención hospitalaria de la madre y el recién nacido durante un mínimo de:

- 48 horas después de un parto vaginal; y
- 96 horas después de una cesárea.

Si usted y su médico acuerdan un alta temprana del hospital, el Plan pagará una visita domiciliaria posterior al parto realizada por un proveedor de atención de la salud.

No se requiere precertificación durante las primeras 48 horas de hospitalización después de un parto vaginal o 96 horas después de un parto por cesárea. Cualquier día de confinamiento que exceda estos límites debe ser certificado previamente. Usted, su médico u otro proveedor de atención de la salud pueden solicitar una precertificación llamando al número que figura en su tarjeta de identificación.

Acerca de los partos en casa

El Plan no cubre partos en casa. Se trata de un parto que tiene lugar fuera de un hospital o centro de maternidad, o en un lugar que no está autorizado para realizar partos.

Centro de maternidad

El Plan cubre la atención prenatal, del parto y posnatal brindada por un centro de maternidad. La atención posnatal debe brindarse dentro de las 48 horas posteriores al parto vaginal o 96 horas después de una cesárea.

Apoyo, asesoramiento y suministros para la lactancia materna

El Plan cubre:

- Servicios de asistencia, capacitación y asesoramiento para la lactancia materna brindados por un proveedor certificado de apoyo a la lactancia en un entorno grupal o individual.
- Compra de un extractor de leche eléctrico estándar (no de grado hospitalario) si no ha comprado un extractor de leche eléctrico o manual estándar en los últimos tres años. El extractor debe adquirirse dentro de los 60 días siguientes a la fecha del nacimiento.
- Compra de un extractor de leche manual si no ha comprado un extractor de leche eléctrico o manual estándar en los últimos tres años. El extractor debe adquirirse dentro de los 12 meses siguientes a la fecha del nacimiento.
- Compra de los accesorios necesarios para el funcionamiento del extractor de leche.

Si usa un extractor de leche de un embarazo anterior, el Plan cubre la compra de un nuevo juego de suministros para extractor de leche dentro de los primeros 12 meses después del nacimiento.

Atención hospitalaria

El Plan cubre los cargos realizados por un hospital por alojamiento y comida cuando usted esté internada como paciente hospitalizado. Los cargos por alojamiento y comida están cubiertos hasta la tarifa de la habitación semiprivada del hospital.

El Plan también cubre otros servicios y suministros proporcionados durante su estadía como paciente hospitalizado, como:

- Servicios de ambulancia cuando el servicio sea propiedad del hospital;
- Servicios de médicos y cirujanos cuando sean empleados del hospital;
- Quirófanos y salas de recuperación;
- Instalaciones de cuidados intensivos o especiales;
- Administración de sangre y productos sanguíneos, pero no el costo de la sangre o los productos sanguíneos;
- Radioterapia;
- Terapia física, ocupacional y del habla;
- Oxígeno y oxigenoterapia;
- Rayos X, pruebas de laboratorio y servicios de diagnóstico;
- Medicamentos
- Preparaciones intravenosas (IV); y
- Planificación del alta.

Acerca de los cargos hospitalarios

El Plan no cubre los cargos de habitaciones privadas que excedan la tarifa de habitación semiprivada del hospital, a menos que una habitación privada sea médicamente necesaria debido a una enfermedad contagiosa o problemas del sistema inmunológico.

Si un hospital no detalla los cargos de alojamiento y comida, así como otros cargos, Aetna partirá del supuesto de que el 40 por ciento del total se destinará a alojamiento y comida y el 60 por ciento se destinará a otros cargos.

Algunos médicos y otros proveedores podrán facturarle por separado los servicios prestados durante su estadía en el hospital. Si recibe servicios de un radiólogo, anestesiólogo o patólogo que no esté en la red de Aetna (un proveedor fuera de la red) durante una estadía como paciente hospitalizado en un centro dentro de la red, el Plan cubrirá esos servicios en el centro al nivel de beneficios dentro de la red.

Pruebas previas a la admisión

El Plan cubre pruebas para pacientes ambulatorios realizadas por un hospital, centro quirúrgico, médico o laboratorio de diagnóstico autorizado antes de un procedimiento quirúrgico cubierto. Las pruebas deben ser:

- Relacionadas con la cirugía que se realizará en un hospital o centro quirúrgico;
- Realizadas dentro de 14 días previos a su cirugía;
- Realizadas de forma ambulatoria;
- Cubiertas si estuvo internada en un hospital; y
- Incluidas en su expediente médico mantenido por el hospital o centro quirúrgico donde se realiza la cirugía.

Las pruebas están cubiertas solo si no se repiten en el hospital o centro quirúrgico donde se realizará la cirugía.

Acerca de la cobertura de cirugías

Si sus pruebas indican que no se debe realizar una cirugía debido a su condición física, el Plan cubre las pruebas, pero no la cirugía propuesta.

Cirugía

El Plan cubre los cargos realizados por un médico para:

- Realizar su procedimiento quirúrgico;
- Visitas preoperatorias y postoperatorias; y
- Consulta con otro médico para obtener una segunda opinión antes de la cirugía.

Acerca de la cobertura de cirugías

Es posible que deba realizarse varios procedimientos quirúrgicos al mismo tiempo o durante una sola sesión quirúrgica. El Plan normalmente paga un porcentaje más bajo de las tarifas que se cobran por los procedimientos secundarios.

El Plan no cubre ninguna cirugía que no sea médicamente necesaria, incluso si se realiza con otro procedimiento que sí sea necesario.

Las visitas preoperatorias y postoperatorias de su cirujano se consideran parte de los honorarios quirúrgicos. El Plan no cubre tarifas separadas para la atención preoperatoria y postoperatoria.

La cirugía realizada por un médico que no esté en la red de Aetna estará cubierta como atención fuera de la red y estará sujeta a los límites de cargos reconocidos, incluso si la cirugía se realiza en un hospital dentro de la red, a menos que la cirugía sea una emergencia.

Anestesia

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

Cirugía bariátrica

El Plan cubre los cargos de pacientes hospitalizados o ambulatorios realizados por un hospital o un médico para el tratamiento quirúrgico médicamente necesario de la obesidad mórbida. La cirugía bariátrica debe ser aprobada por adelantado por Aetna.

La cobertura incluye un procedimiento quirúrgico para la obesidad mórbida, incluyendo los servicios ambulatorios relacionados, dentro de un período de dos años que comienza con la fecha del primer procedimiento quirúrgico para tratar la obesidad mórbida, a menos que esté previsto un procedimiento de varias etapas.

Los procedimientos bariátricos deben realizarse en un Instituto Bariátrico de Calidad (Institute of Quality, IOQ). No hay cobertura fuera de la red. Si no hay ningún centro asistencial IOQ disponible dentro de las 100 millas de su residencia, se reembolsará el viaje y el alojamiento para usted y un acompañante si los servicios, el viaje y el alojamiento de IOQ son aprobados previamente. Llame a su equipo de Aetna One Advocate para responder sus preguntas y ayudarle a encontrar un proveedor dentro de la red.

Tenga en cuenta lo siguiente

El Plan no cubre la cirugía bariátrica cuando se realiza por motivos estéticos.

Consulte los Boletines de políticas clínicas (CPB) de Aetna para obtener más información sobre la cobertura de la cirugía para bajar de peso. Puede encontrar los CPB en www.aetna.com.

Cirugía bucal

El Plan cubre el tratamiento de lesiones accidentales a los dientes naturales y la cirugía bucal que se considera de naturaleza médica, incluyendo el tratamiento para:

- Enfermedad de los huesos faciales;
- Traumatismo en las estructuras de tejidos blandos y duros de la cara y la cavidad bucal; y
- La corrección de deformidades faciales presentes al nacer o surgidas posteriormente pudiera estar cubierta mediante una revisión y aprobación previa por necesidad médica. Los servicios destinados únicamente a fines cosméticos no están cubiertos.

La cirugía de naturaleza dental involucra los dientes y no está cubierta por el Plan de Salud de la UVA. El Plan de Salud de la UVA solo cubre la cirugía bucal que sea de naturaleza médica. La cirugía dental está cubierta por el Plan Dental de la UVA.

El Plan cubre:

- Están cubiertos los servicios y suministros hospitalarios recibidos para una hospitalización hospitalaria que se requieran por causa de su afección.

- Servicios de un médico u odontólogo para el tratamiento de las siguientes afecciones de los dientes, la boca, las mandíbulas, las articulaciones de la mandíbula o los tejidos de soporte, si son médicamente necesarios:
 - Cirugía necesaria para tratar una fractura, dislocación o herida;
 - Cirugía necesaria para alterar la mandíbula, las articulaciones de la mandíbula o las relaciones de mordida mediante un procedimiento de incisión cuando la terapia con aparatos por sí sola no pueda mejorar la función;
 - Cirugía necesaria para extirpar quistes, tumores u otros tejidos enfermos;
 - Cirugía para realizar incisiones en encías y tejidos de la boca, siempre que no se realice para fines de la extracción, reemplazo o reparación de dientes; y
 - Tratamiento no quirúrgico de infecciones o enfermedades no relacionadas con los dientes.
- Tratamiento de lesiones accidentales de dientes o tejidos naturales sanos de la boca. El tratamiento debe realizarse dentro de los 24 meses siguientes al accidente. Los dientes deben haber estado libres de caries o en buen estado y firmemente adheridos a la mandíbula al momento de la lesión.
- La cobertura del Plan para prótesis dentales, puentes, coronas y aparatos se limita a:
 - La primera prótesis dental o puente fijo para reemplazar los dientes perdidos;
 - La primera corona (tapa) necesaria para reparar cada diente dañado; y
 - Un aparato bucal que se utiliza en el primer curso de tratamiento de ortodoncia después de la lesión.

Cirugía ambulatoria

El Plan cubre cirugía ambulatoria en:

- El centro quirúrgico dentro del consultorio de un médico u odontólogo;
- Un centro quirúrgico; o
- El departamento ambulatorio de un hospital.

La cirugía está cubierta solo si:

- Puede realizarse de forma adecuada y segura solo en un centro quirúrgico u hospital; y
- Normalmente no se realiza en el consultorio de un médico u odontólogo.

El Plan cubre los siguientes gastos de cirugía ambulatoria:

- Servicios y suministros proporcionados por el hospital, centro quirúrgico o centro quirúrgico en el consultorio el día del procedimiento;
- Los servicios del médico a cargo de la operación para realizar el procedimiento, la atención pre- y postoperatoria relacionada y la administración de anestesia; y

- Servicios de otro médico para cuidados postoperatorios relacionados y la administración de anestesia (que no sea un anestésico local).

El Plan *no* cubre los servicios de un médico que preste asistencia técnica al médico a cargo de la operación.

Cirugía reconstructiva

El Plan cubre cirugía cosmética y reconstructiva si la cirugía es necesaria:

- Para reparar una lesión accidental que se produzca mientras usted está cubierto por el Plan.
- Para corregir un defecto anatómico grave presente al nacer (o que apareció después del nacimiento) si:
 - El defecto ha causado una desfiguración facial grave o un deterioro funcional significativo; y
 - El propósito de la cirugía es mejorar la función.
- Para mejorar la función cuando el tratamiento de una enfermedad haya ocasionado una desfiguración facial grave o un deterioro funcional significativo de una parte del cuerpo.
- Para implantar o colocar un dispositivo protésico cubierto.
- Como parte de la reconstrucción después de una mastectomía.

Tratamiento de afirmación de género

Los gastos cubiertos incluyen cargos relacionados con un tratamiento de afirmación de género médicamente necesario, siempre que usted o un dependiente cubierto hayan obtenido una precertificación de Aetna.

Los gastos cubiertos incluyen:

- Cargos realizados por un médico para:
 - Realizar el procedimiento quirúrgico;
 - Visitas al hospital y al consultorio preoperatorias y posoperatorias; y
 - Salud conductual, terapia hormonal y procedimientos reconstructivos y complementarios.
- Cargos realizados por un hospital por servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios (incluyendo la cirugía para pacientes ambulatorios). Los cargos de alojamiento y comida que excedan la tarifa semiprivada del hospital no estarán cubiertos, a menos que su médico solicite una habitación privada y se haya obtenido una precertificación.
- Cargos realizados por un centro de enfermería especializada por servicios y suministros para pacientes hospitalizados. No se cubrirán los gastos de alojamiento y comida diarios superiores a la tarifa semiprivada.
- Cargos efectuados por la administración de anestésicos.
- Cargos por laboratorio de diagnóstico ambulatorio y radiografías.

- Cargos por transfusión de sangre y costo de la sangre y productos sanguíneos no reemplazados. También se incluyen los cargos por la recolección, procesamiento y almacenamiento de sangre autodonada después que se haya programado la cirugía.

La precertificación es necesaria para la cobertura

No se realizará ningún pago por ningún gasto cubierto en virtud de este beneficio, a menos que hayan sido precertificados por Aetna.

Trasplantes

Si necesita un trasplante

Llame a su equipo de Aetna One Advocate cuando usted y su médico comiencen a discutir sobre los servicios de trasplante. Aetna One Advocates puede responder preguntas sobre beneficios, ayudarle a encontrar un proveedor dentro de la red, informarle sobre los servicios que ofrece el Programa Nacional de Excelencia Médica y remitirle a la Unidad de Servicio al Cliente de Casos Especiales para iniciar el proceso de autorización de trasplante.

En general, existen cuatro fases en el proceso de trasplante:

- Evaluación y exploración previas al trasplante. Esta fase incluye la evaluación y aceptación en el programa de trasplantes de un centro de trasplantes.
- Evaluación de candidatura previa al trasplante. Esta fase incluye pruebas de compatibilidad de posibles donantes de órganos que sean familiares directos.
- Evento de trasplante: Esta fase incluye la obtención de órganos, procedimientos quirúrgicos y terapias médicas relacionadas con el trasplante.
- Atención de seguimiento. Durante esta fase, es posible que necesite servicios de atención de la salud a domicilio, servicios de infusión en el hogar y otros cuidados ambulatorios.

Un período de cobertura de trasplante comienza en el momento de la evaluación para un trasplante y finaliza en el último de los siguientes casos:

- 180 días a partir de la fecha del trasplante; o
- La fecha en que le den el alta de un hospital o centro para pacientes ambulatorios para la admisión o visitas relacionadas con el trasplante.

El Plan cubre:

- Evaluación.
- Pruebas de compatibilidad de posibles donantes de órganos que sean familiares directos.
- Cargos por activación del proceso de búsqueda de donantes con registros nacionales.

- Los costos directos de la obtención del órgano. Los costos directos incluyen la cirugía para extirpar el órgano, la preservación y transporte del órgano y la hospitalización de un donante vivo, siempre que los gastos no estén cubiertos por el plan de salud grupal o individual del donante.
- Servicios de médicos o equipos de trasplante para gastos de trasplante.
- Suministros y servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, que incluyen:
 - Terapia física, del habla y ocupacional;
 - Insumos biomédicos e inmunosupresores;
 - Servicios de atención de la salud a domicilio; y
 - Servicios de infusión a domicilio.
- Atención de seguimiento.

Aetna ofrece una amplia gama de servicios de apoyo a quienes necesiten un trasplante u otra atención médica compleja. Si necesita un trasplante, usted o su médico deben comunicarse con el Programa National Medical Excellence de Aetna llamando al 877 212 8811. Un gerente de caso de enfermería le brindará el apoyo y la ayuda que usted y su médico necesitan para tomar decisiones informadas sobre su atención.

Consulte “Trasplantes y atención especial de la salud” en la página 57 para obtener más información sobre el Programa National Medical Excellence.

La Red Institutes of Excellence

A través de la red Institutes of Excellence (IOE), usted tiene acceso a una red de proveedores que se especializa en trasplantes. Cada centro de la red IOE ha sido seleccionado para realizar solo ciertos tipos de trasplantes tomando en cuenta la calidad de la atención y los resultados clínicos exitosos. A través del Programa IOE usted podrá recibir atención para los siguientes trasplantes:

- Órgano sólido
- Célula madre hematopoyética
- Médula ósea
- Terapia con receptores CAR-T y de células T para tratamientos aprobados por la FDA

Las opciones del Plan cubren el trasplante como atención dentro de la red solo cuando se realiza en un centro IOE. Los trasplantes realizados en cualquier centro asistencial que *no* sea IOE no están cubiertos.

Alternativas a la atención para pacientes hospitalizados

Centro de enfermería especializada

El Plan cubre los cargos realizados por un centro de enfermería especializada durante una estadía como paciente hospitalizado, hasta el máximo que se muestra en la Tabla de beneficios (consulte “Sus opciones de cobertura médica en la UVA” en la página 29), incluyendo:

- Gastos de alojamiento y comida, hasta la tarifa de la habitación semiprivada. El Plan cubre hasta la tarifa de la habitación privada si esta es apropiada debido a una enfermedad infecciosa o un sistema inmunológico débil o comprometido.
- Servicios generales de enfermería.
- Uso de salas de tratamientos especiales.
- Terapia física, ocupacional o del habla.
- Servicios de radiología y exámenes de laboratorio.
- Terapia con oxígeno y otros gases.

Atención médica domiciliaria

El Plan cubre servicios de atención de la salud a domicilio cuando los ordena un médico y se los brinda en el marco de un plan de atención de la salud a domicilio, mientras esté confinado(a) en su hogar. La cobertura incluye:

- Atención de enfermería a tiempo parcial que requiere la capacitación médica de personal autorizado de enfermería (RN) o un LPN (enfermero/a práctico autorizado) y la presta un RN o un LPN si no hay personal RN disponible. Los servicios deben prestarse durante visitas intermitentes de cuatro horas o menos.
- Servicios de asistente de atención de la salud a domicilio a tiempo parcial cuando se presten junto con la atención de un enfermero(a) RN o LPN y en apoyo directo de un(a) RN o LPN. Los servicios deben prestarse durante visitas intermitentes de cuatro horas o menos.
- Servicios sociales médicos brindados por un trabajador social calificado cuando se prestan junto con la atención de un(a) RN o LPN y en apoyo directo de un(a) RN o LPN.
- Suministros médicos, medicamentos recetados y servicios de laboratorio prestados por (o para) una agencia de atención de la salud a domicilio. La cobertura se limita a lo que habría estado cubierto si usted hubiera permanecido en un hospital.

Tenga en cuenta lo siguiente

La terapia física, del habla y ocupacional proporcionada como parte de un plan de atención de la salud a domicilio está sujeta a los máximos que se muestran en la Tabla de beneficios.

Cuidados para enfermos terminales

El Plan cubre cuidados para enfermos terminales para una persona con una enfermedad terminal. El Plan cubre:

- Cargos realizados por un centro de cuidados para enfermos terminales, hospital o centro de enfermería especializada por:

- Alojamiento, comida y otros servicios y suministros proporcionados para el control del dolor y otros síntomas agudos y crónicos. El Plan cubre los cargos de alojamiento y comida hasta la tarifa de habitación semiprivada del centro asistencial.
- Servicios y suministros proporcionados de forma ambulatoria.
- Cargos realizados por una agencia de cuidados para enfermos terminales por:
 - Atención de enfermería a tiempo parcial o intermitente por parte de un(a) RN o LPN durante un máximo de ocho horas al día.
 - Servicios de asistente de salud en el hogar a tiempo parcial o intermitentes durante un máximo de ocho horas al día.Estos servicios consisten principalmente en el cuidado del paciente.
 - Servicios sociales médicos bajo la dirección de un médico.
 - Asesoramiento psicológico y dietético.
 - Servicios de consulta o gerencia de casos proporcionados por un médico.
 - Terapia física y ocupacional.
 - Suministros médicos.
- Cargos realizados por proveedores que no son empleados de la agencia de cuidados para enfermos terminales, siempre que la agencia siga siendo responsable de su atención:
 - Un médico para consulta o gerencia de casos.
 - Un fisioterapeuta o terapeuta ocupacional.
 - Una agencia de atención de la salud a domicilio para:
 - Terapia física y ocupacional.
 - Servicios de asistente de salud en el hogar a tiempo parcial o intermitentes durante un máximo de ocho horas en un día.
 - Suministros médicos.
 - Asesoramiento psicológico o dietético.

El programa de atención compasiva de Aetna ofrece apoyo y servicios a quienes enfrenten las etapas avanzadas de una enfermedad. Consulte “Recursos avanzados para tratar enfermedades” en la página 57 para obtener más información.

Atención de emergencias y urgencias

Atención de emergencias

El Plan cubre la atención de emergencia brindada en la sala de emergencias de un hospital o en un centro de emergencias independiente. La atención debe ser prestada para tratar una afección de emergencia.

El beneficio de atención de emergencia cubre:

- Uso de las instalaciones de la sala de emergencias;
- Servicios médicos de la sala de emergencias;
- Servicios del personal de enfermería hospitalaria; y
- Servicios de radiología y patología.

Atención en salas de emergencia solo para emergencias

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

Atención de urgencias

El Plan cubre los servicios de un hospital o proveedor de atención de urgencias para evaluar y tratar una afección urgente. Los proveedores de atención de urgencias son centros atendidos por médicos que ofrecen servicios médicos no programados y facturan como un centro de atención de urgencias.

Los beneficios de atención de urgencias cubren:

- Uso de las instalaciones de atención de urgencias;
- Servicios de médicos;
- Servicios de personal de enfermería; y
- Los servicios de radiólogos y patólogos.

Atención de urgencias únicamente

El Plan no cubre la atención que no sea de urgencia brindada por proveedores de atención de urgencias.

Ambulancia

El Plan cubre los cargos de servicios profesionales de ambulancias. Las condiciones de cobertura varían según el tipo de vehículo utilizado.

Ambulancia terrestre de emergencia

El Plan cubre el transporte de emergencia a un hospital en una ambulancia autorizada:

- Al primer hospital en prestar servicios de emergencia;
- De un hospital a otro si el primer hospital no puede brindarle los servicios de emergencia que usted necesita; y
- Cuando su afección sea inestable y requiera supervisión médica y transporte rápido.

Ambulancia terrestre que no sea de emergencia

El Plan cubre el transporte precertificado a un hospital en una ambulancia autorizada:

- De un hospital a su hogar o a otro centro asistencial si una ambulancia es la única modalidad de transporte segura;
- De su casa a un hospital si una ambulancia es la única modalidad de transporte segura; limitado a 100 millas;
- Cuando, durante una hospitalización cubierta en un hospital, centro de enfermería especializada u hospital de rehabilitación aguda, se requiere una ambulancia para transportarlo de manera segura y adecuada hacia o desde el tratamiento hospitalario o ambulatorio.

Ambulancia aérea o acuática

El Plan cubre el transporte a un hospital en ambulancia aérea o acuática cuando:

La ambulancia terrestre no esté disponible; y

- Su estado es inestable y requiere supervisión médica y un rápido servicio de transporte. En una emergencia médica, el transporte en ambulancia aérea o acuática de un hospital a otro está cubierto si:
 - El primer hospital no cuenta con los servicios o instalaciones requeridas para su afección; y
 - La ambulancia terrestre no esté disponible; y
 - Su estado es inestable y requiere supervisión médica y un rápido servicio de transporte.

Otros gastos cubiertos

Esta sección describe otros gastos cubiertos para atención hospitalaria y ambulatoria. El nivel estándar de beneficios del Plan se aplica a estos gastos, a menos que se indique de otra manera.

Acupuntura

El Plan cubre los cargos por servicios de acupuntura prestados por un proveedor autorizado si los servicios de acupuntura son:

- una modalidad de anestesia relacionada con un procedimiento quirúrgico cubierto;
- para aliviar el dolor crónico;
- para tratar:
 - náuseas y vómitos postoperatorios inducidos por una quimioterapia;

- náuseas del embarazo;
- dolor dental postoperatorio;
- trastornos temporomandibulares (TMD);
- migraña; o
- Dolor por osteoartritis de rodilla o cadera (terapia complementaria).

Trastorno del espectro autista

Los gastos cubiertos incluyen los cargos de un médico o proveedor de salud conductual por servicios y suministros para el diagnóstico y tratamiento (incluyendo servicios de salud conductual de rutina, como visitas al consultorio o terapia y análisis conductual aplicado) del trastorno del espectro autista cuando los ordena un médico autorizado, un psicólogo o trabajador social clínico autorizado como parte de un plan de tratamiento; y el niño cubierto tiene diagnóstico de trastorno del espectro autista.

El Análisis conductual aplicado es un servicio educativo que es el proceso de aplicar intervenciones:

- Que cambien sistemáticamente la conducta; y
- Que sean responsables de la mejora observable en la conducta.

El trastorno del espectro autista está definido en la edición más reciente del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

Quimioterapia

La cobertura de quimioterapia depende de dónde recibe el tratamiento:

- En la mayoría de los casos, la quimioterapia está cubierta como atención ambulatoria. En ocasiones, el medicamento es un medicamento especializado y debe solicitarse a través del Programa de medicamentos recetados y surtirse en la farmacia especializada de la UVA. Comuníquese con su equipo de Aetna One Advocate llamando al 800-987-9072 para obtener una lista de medicamentos especializados;
- El Plan cubre la dosis inicial de quimioterapia administrada en el hospital cuando:
 - Usted ha sido hospitalizado(a) por el diagnóstico de cáncer; y
 - La estadía en el hospital es necesaria en consideración de su estado de salud.

Equipos, suministros y educación para diabéticos

El Plan cubre los siguientes servicios y suministros utilizados en el tratamiento de la diabetes insulino dependiente y no insulino dependiente y los niveles elevados de glucosa en sangre durante el embarazo:

- Bombas de insulina externas;
- Cuidado de los pies para minimizar el riesgo de infección; y
- Capacitación para el autocontrol proporcionada por un proveedor de atención de la salud autorizado y certificado en capacitación para el autocontrol de la diabetes.

Diagnóstico por Radiografía de y exámenes de laboratorio

El Plan cubre radiografías, servicios de laboratorio y pruebas de patología necesarias para diagnosticar una enfermedad o lesión.

Uso de proveedores dentro de la red para minimizar sus costos

Conviene utilizar proveedores dentro de la red para mantener su parte del costo lo más baja posible. Antes de acudir a un centro ambulatorio para realizar pruebas diagnósticas, asegúrese de que el centro esté dentro de la red. Además, recuerde a su proveedor que utilice laboratorios dentro de la red para los servicios que le presten. Las pruebas y exámenes de laboratorio realizados por un proveedor o centro fuera de la red estarán cubiertos como atención fuera de la red ***incluso si sus pruebas fueron ordenadas por un médico perteneciente a la red.***

Su proveedor podría ser responsable de pre-certificar los procedimientos de radiología de alta tecnología. Consulte “Precertificación” en la página 54 para obtener información adicional.

Equipos médicos y quirúrgicos duraderos

El Plan cubre el alquiler de equipos médicos y quirúrgicos duraderos. Los ejemplos incluyen sillas de ruedas, muletas, camas de hospital y oxígeno para uso doméstico. El Plan cubre solo un artículo para el mismo propósito (o similar), más los accesorios necesarios para operar el artículo.

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

- No se puede alquilar o costaría menos comprarlo que alquilarlo; y
- Está previsto un uso a largo plazo.

El Plan también cubre la reparación de este equipo cuando sea necesario. No están cubiertos el mantenimiento y las reparaciones necesarias por mal uso o abuso del equipo.

El reemplazo está cubierto si usted le demuestra a Aetna que el reemplazo es necesario debido a un cambio en la condición física de la persona o si es probable que cueste menos comprar un reemplazo que reparar el equipo existente o alquilar un equipo similar.

Servicios de intervención temprana

Para niños desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad, el Plan cubre los cargos por las vacunas necesarias y de rutina administradas de forma ambulatoria. El Plan también cubre los cargos por exámenes auditivos infantiles y exámenes audiológicos necesarios para niños recién nacidos que se realizan de conformidad con el Sistema de Monitoreo e Identificación de Impedimentos Auditivos de Virginia e incluyen el uso de tecnología aprobada. Para los bebés cuyos exámenes de audición hayan indicado la necesidad de un examen audiológico de diagnóstico, la cobertura incluye un examen audiológico de seguimiento recomendado por un médico o audiólogo. El examen debe ser realizado por un audiólogo autorizado.

El Plan ofrece disposiciones especiales para niños con discapacidades del desarrollo desde el nacimiento hasta los 36 meses que califican según el Departamento de Servicios de Salud Mental, Retraso Mental y Abuso de Sustancias como elegibles para servicios en virtud del Aparte H de la Ley de educación para personas con discapacidades (20 U.S.C. y 1471 et. Alabama). Están cubiertos los servicios médicamente necesarios que ayudan a un niño afectado a lograr o conservar la capacidad de funcionar apropiadamente para su edad, como

terapia del habla y del lenguaje, terapia ocupacional, fisioterapia, servicios y dispositivos de tecnología de asistencia.

Los beneficios y límites de los servicios de intervención temprana los determina la Mancomunidad de Virginia como se contempla en el Código de Virginia.

La cobertura de los servicios de intervención temprana está sujeta al máximo de por vida que se muestra en la Tabla de beneficios (consulte “Sus opciones de cobertura médica en la UVA” en la página 29).

Servicios experimentales o de investigación

En general, el Plan no cubre medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos que sean experimentales o de investigación. Sin embargo, existen algunas situaciones en las que el Plan podrá cubrir un medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento que, de otro modo, se consideraría experimental o de investigación.

El Plan cubrirá la atención que se considere experimental o de investigación si la atención cumple con la totalidad de las siguientes condiciones:

- Le han diagnosticado cáncer o una afección que probablemente le cause la muerte en el plazo de un año;
- Las terapias estándar no han sido efectivas o son inapropiadas;
- Aetna determina, basándose en al menos dos documentos de evidencia médica y científica, que usted probablemente se beneficiaría del tratamiento;
- Usted está inscrito(a) en un ensayo clínico que cumple con los siguientes criterios:
 - Al medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento que se va a investigar se le ha otorgado el estatus de nuevo medicamento en investigación (IND) o grupo c/tratamiento;
 - El ensayo clínico ha pasado por un escrutinio científico independiente y ha sido aprobado por una junta de revisión institucional que supervisará la investigación;
 - El ensayo clínico está patrocinado por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI) u organización nacional similar (como la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. o el Departamento de Defensa) y cumple con los estándares del NCI;
 - El ensayo clínico no es un estudio de una sola institución o de un investigador, a menos que se realice en un centro oncológico designado por el NCI; y
 - Usted recibe tratamiento de conformidad con el protocolo.

Terapias genéticas, celulares y otras terapias innovadoras (GCIT)

GCIT son todos los servicios que son terapias innovadoras, celulares y basadas en genes. Tienen una base en la medicina genética/molecular. Los servicios cubiertos incluyen GCIT proporcionado por un médico, hospital u otro proveedor. El Plan cubre los siguientes servicios para GCIT:

- Inmunoterapias celulares;
- Terapia viral oncolítica genéticamente modificada;

- Otros tipos de células y tejidos de y para uso de la misma persona (autólogo) y células y tejidos de una persona para uso de otra persona (allogénico) para ciertas condiciones terapéuticas;
- Toda terapia génica humana que pretenda cambiar la función de un gen o alterar las propiedades biológicas de las células vivas para uso terapéutico. Como ejemplos se puede mencionar aquellas terapias que utilicen:
 - Luxturna® (Voretigene neparvovec);
 - Zolgensma® (Onasemnogene abeparvovec-xioi); y
 - Spinraza® (Nusinersen);
- Productos derivados de tecnologías de edición de genes, incluyendo CRISPR-Cas9; y
- Terapias basadas en oligonucleótidos. Ejemplos:
 - Antisense (un ejemplo es Spinraza);
 - siRNA;
 - ARNm; y
 - Terapias con microARN.

El Plan cubre los siguientes servicios *solo si ha recibido aprobación previa por escrito de Aetna:*

- Servicios GCIT recibidos en un centro asistencial o con un proveedor que no sea un centro asistencial/proveedor designado como centro de GCIT; o
- Todos los servicios asociados cuando los servicios de GCIT no estén cubiertos. Como ejemplos se incluyen los servicios de infusión, laboratorio, radiología, anestesia y enfermería.

Aetna designa médicos, hospitales y otros proveedores como centros asistenciales/proveedores designados como centro de GCIT para proporcionar terapias genéticas, celulares y otras terapias innovadoras.

Centros asistenciales/proveedores designados como centro de GCIT

Usted debe recibir servicios GCIT cubiertos en centros asistenciales/proveedores designados como centro de GCIT. Si no hay centros/proveedores designados para prestar servicios de GCIT asignados en su red local, Aetna organizará y coordinará su atención en un centro/proveedor designado para prestar servicios de GCIT. Si no recibe sus servicios de GCIT en el centro/proveedor designado por Aetna, estos no estarán cubiertos.

Prótesis auditivas

El Plan cubre prótesis auditivas recetadas y los siguientes servicios de prótesis auditivas:

- Visita y evaluación auditiva audiométrica para la prescripción de prótesis auditivas realizada por:
 - Un médico certificado como otorrinolaringólogo u otólogo;

- Un audiólogo que:
 - Esté legalmente calificado en audiología;
 - Posea un certificado de Competencia Clínica en Audiología de la Asociación Estadounidense del Habla y la Audición cuando no se exijan requisitos de autorización para ejercer; y
 - Realice el examen bajo la dirección escrita de un otorrinolaringólogo u otólogo legalmente calificado.
- Prótesis auditivas electrónicas, instaladas de conformidad con una prescripción por escrito generada en el marco de un examen de audición cubierto; y
- Cualquier otro servicio relacionado necesario para acceder, seleccionar y ajustar o adaptar una prótesis auditiva.

Exámenes de audición

El Plan cubre exámenes de audición para evaluación y tratamiento de enfermedades, lesiones o pérdida de audición cuando los realiza un especialista en audición.

Terapia de infusión

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

- Una clínica independiente;
- El departamento de pacientes ambulatorios de un hospital; o
- Un médico en su consultorio o en el domicilio del paciente.

La cobertura incluye los siguientes servicios y suministros:

- El fármaco administrado. En algunos casos, el producto farmacéutico es un medicamento de especialidad y debe solicitarse a través del Programa de Medicamentos Recetados y surtirse en la Farmacia de medicamentos especializados de la UVA. Comuníquese con su equipo de Aetna One Advocate llamando al 800-987-9072 para obtener una lista de medicamentos especializados;
- Cualquier suministro médico, equipos y servicios de enfermería necesarios para respaldar la terapia;
- Nutrición parenteral total;
- Quimioterapia;
- Terapia con medicamentos, incluyendo antibióticos y antivirales;
- Manejo del dolor; y
- Terapia de hidratación, incluyendo líquidos, electrolitos y otros aditivos.

Asesoramiento nutricional

El Plan cubre servicios de asesoramiento nutricional médicamente necesarios prestados por un nutricionista o dietista certificado o con autorización profesional.

Generación de imágenes complejas para pacientes ambulatorios

El Plan cubre servicios de generación de imágenes complejas para diagnosticar una enfermedad o lesión, que incluyen:

- Exploraciones por tomografía axial computarizada (TAC);
- Imágenes por Resonancia Magnética (IRM); y
- Exploraciones mediante tomografía por emisión de positrones (TEP).

Su proveedor podría ser responsable de pre-certificar los procedimientos de radiología de alta tecnología. Consulte “Precertificación” en la página 54 para obtener información adicional.

Servicios de radiología para pacientes ambulatorios

El Plan cubre servicios de radiología proporcionados por un médico, hospital o centro o laboratorio de radiología autorizado para diagnosticar una enfermedad o lesión.

Rehabilitación ambulatoria a corto plazo

Terapia Física, Ocupacional y del Habla

El Plan cubre terapia de rehabilitación ambulatoria a corto plazo para mejorar una función corporal perdida como consecuencia de una enfermedad o lesión. El tratamiento debe ser:

- Parte de un plan de tratamiento;
- Administrado por un médico o un terapeuta físico, ocupacional o del habla certificado o con autorización profesional;
- Se espera que produzca una mejora significativa de la afección dentro de los 60 días posteriores al inicio del tratamiento.

Los gastos cubiertos incluyen servicios para:

- Se espera que la fisioterapia mejore, desarrolle o restablezca significativamente funciones físicas que se hayan perdido o deteriorado debido a una enfermedad, lesión o procedimiento quirúrgico agudo. La fisioterapia no incluye capacitación educativa ni servicios diseñados para desarrollar la función física.
- Se espera que la terapia ocupacional:
 - Mejore, desarrolle o restaure significativamente funciones físicas perdidas o deterioradas debido a una enfermedad, lesión o procedimiento quirúrgico agudo, o
 - Logre que el paciente reaprenda habilidades que mejoren su independencia en las actividades de la vida diaria.

La terapia ocupacional no incluye capacitación educativa ni servicios diseñados para desarrollar la función física.

- Terapia del lenguaje:
 - Para restaurar la pérdida de la función del habla o corregir un impedimento del habla ocasionado por una enfermedad o lesión; o
 - Para tratar retrasos en el desarrollo de la función del habla que sean consecuencia de un defecto anatómico grave presente al nacer (por ejemplo, paladar hendido o labio hendido).

El Plan limita los beneficios de terapia física y ocupacional y de terapia del habla. Los máximos se muestran en la Tabla de beneficios (consulte “Sus opciones de cobertura médica en la UVA” en la página 29).

Servicios de terapia de habilitación

El Plan cubre terapia de habilitación para pacientes ambulatorios que le ayuden a mantener, aprender o mejorar habilidades y destrezas de funcionamiento para la vida diaria. El tratamiento debe ser:

- Parte de un plan de tratamiento específico ordenado por un médico;
- Proporcionado por un médico, un terapeuta físico, ocupacional o del habla certificado o con autorización profesional, un hospital, un centro de enfermería especializada o un centro de cuidados para enfermos terminales, o una agencia de atención de la salud a domicilio; y
- Se espera que desarrolle una función deteriorada y/o desarrolle la función del habla disminuida por causa de un retraso en el desarrollo.

Los servicios de salud de habilitación elegibles incluyen:

- Fisioterapia (excepto los servicios prestados en un entorno educativo o de capacitación), si se espera que desarrolle alguna función deteriorada.
- Terapia ocupacional (excepto rehabilitación vocacional o asesoramiento laboral) si se espera que desarrolle alguna función deteriorada.
- La terapia del habla (excepto los servicios prestados en un entorno educativo o de capacitación o para enseñar lenguaje de señas) está cubierta siempre que se espere que la terapia desarrolle la función del habla disminuida por causa de un retraso en el desarrollo.
 - La función del habla es la capacidad de expresar pensamientos, pronunciar palabras y formar oraciones.

Dispositivos protésicos

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

A continuación, se muestran algunos ejemplos de dispositivos cubiertos:

- Un brazo, pierna, cadera, rodilla u ojo artificiales;
- Una lente de contacto;

- Una prótesis mamaria externa y el primer sujetador fabricado exclusivamente para su uso con la prótesis después de una mastectomía;
- Un implante mamario después de una mastectomía; y
- Un marcapasos cardíaco.

La cobertura incluye:

- Adquisición de la primera prótesis que el paciente necesite para reemplazar temporal o permanentemente una parte u órgano interno del cuerpo, o una parte externa del cuerpo;
- Instrucción y suministros incidentales necesarios para usar un dispositivo protésico cubierto;
- Reemplazo de un dispositivo protésico si:
 - El reemplazo es necesario por un cambio en la condición física de usted o por crecimiento normal o por desgaste;
 - Sea probable que el reemplazo cueste menos que reparar el dispositivo existente; o
 - El dispositivo existente no se puede reparar.

Radioterapia

El Plan cubre el tratamiento de enfermedades mediante rayos X, rayos gamma, partículas aceleradas, mesones, neutrones, radio o isótopos radiactivos.

Manipulación de la columna vertebral

El Plan cubre el tratamiento de manipulación para una afección causada por (o relacionada con) trastornos biomecánicos o de conducción nerviosa de la columna. La atención debe ser brindada por un médico o quiropráctico con autorización profesional en el consultorio del proveedor. El tratamiento de escoliosis, de una fractura o antes o después de una cirugía no está cubierto como beneficio de manipulación de la columna vertebral.

Disposiciones de salud para la mujer

La ley federal afecta la forma en que el Plan cubre ciertas afecciones de salud. Sus derechos en virtud de estas leyes se describen aquí.

La Ley de Protección de la Salud de las Madres y Recién Nacidos

Las estadias en el hospital de maternidad contempladas en el Plan estarán cubiertas durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal, o 96 horas en caso de un parto por cesárea. Estos mínimos están establecidos por una ley federal denominada Ley de Protección de Madres y Recién Nacidos. Sin embargo, el Plan podría pagar una estadia más corta si el proveedor a cargo (médico, enfermera partera o asistente médico) da de alta a la madre o al recién nacido antes, después de consultar con la madre.

Otras disposiciones de esta ley:

- El nivel de beneficios para cualquier parte de la estadía hospitalaria que se prolongue durante más de 48 horas (o 96 horas) no puede ser menos favorable para la madre o el recién nacido que la parte anterior de la estadía.
- El Plan no puede exigir precertificación para una estadía de hasta 48 o 96 horas, como se describió anteriormente.

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

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

- Reconstrucción de la mama en la que se ha realizado una mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr un aspecto simétrico (equilibrado);
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedema. Esta cobertura se proporcionará en consulta con el médico tratante y el paciente.

Para obtener respuestas a preguntas sobre la cobertura de mastectomías y cirugía reconstructiva del Plan, llame a Servicios para Miembros al número que figura en su tarjeta de identificación.

Atención de salud conductual

El Plan incluye cobertura de atención de la salud conductual.

Tratamiento de trastornos mentales

Los gastos cubiertos incluyen los cargos por el tratamiento de trastornos mentales por parte de proveedores de salud conductual. Los beneficios se pagan por los cargos en que se incurra en un hospital, hospital psiquiátrico, centro de tratamiento residencial o consultorio de un proveedor de salud conductual para el tratamiento de trastornos mentales, de la siguiente manera:

Tratamiento como paciente hospitalizado

Los gastos cubiertos incluyen cargos por alojamiento y comida a la tarifa de habitación semiprivada y otros servicios y suministros proporcionados durante su estadía en un hospital, hospital psiquiátrico o centro de tratamiento residencial. Los beneficios para pacientes hospitalizados se pagan solo si su afección requiere servicios que solo están disponibles en un entorno de hospitalización.

En caso de que haya una admisión como paciente hospitalizado fuera de la red para servicios de salud mental que exceda los 90 días, el Administrador de reclamaciones puede, a su discreción, procesar un pago provisional al centro fuera de la red que presta servicios si la admisión cumple con los criterios clínicos para la estadía, el centro presenta adecuadamente la documentación clínica y la facturación precisa, y el Administrador de reclamaciones realice una conciliación completa de los cargos al momento en que el centro dé de alta oficial al miembro, con carácter retroactivo a la fecha de admisión inicial.

La precertificación es obligatoria

La atención hospitalaria, las hospitalizaciones parciales y el tratamiento ambulatorio deben estar precertificados por Aetna. Consulte “Precertificación” en la página 54 para obtener más información sobre la precertificación.

Tratamiento de confinamiento parcial

Los gastos cubiertos incluyen los cargos por el tratamiento de un trastorno mental mediante confinamiento parcial, proporcionado en un centro asistencial o programa para el tratamiento intensivo a corto plazo o dirigido médicamente. Dichos beneficios se pagan si su afección requiere servicios que solo están disponibles en un entorno de tratamiento de confinamiento parcial.

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

- Se realiza en un hospital, hospital psiquiátrico o centro de tratamiento residencial sin régimen de hospitalización a tiempo completo;
- Guarda conformidad con la práctica médica aceptada para la afección de la persona;
- No requiere confinamiento a tiempo completo; y
- Está supervisado por un médico psiquiatra que semanalmente revisa y evalúa su efecto.

Tratamiento ambulatorio

Los gastos cubiertos incluyen los cargos por el tratamiento recibido mientras no está internado como paciente hospitalizado a tiempo completo en un hospital, hospital psiquiátrico o centro de tratamiento residencial.

El Plan cubre servicios de hospitalización parcial (más de 4 horas, pero menos de 24 horas al día) prestados en un centro o programa para tratamiento intensivo intermedio a corto plazo o dirigido médicamente. La hospitalización parcial solo estará cubierta si usted necesitaría atención hospitalaria si no fuera admitido en este tipo de centro.

Tratamiento de abuso de sustancias

Los gastos cubiertos incluyen los cargos por el tratamiento de abuso de sustancias por parte de proveedores de salud conductual.

Tratamiento como paciente hospitalizado

El Plan cubre alojamiento y comida a la tarifa de habitación semiprivada y otros servicios y suministros proporcionados durante su estadía 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 por complicaciones médicas del abuso de sustancias; y
- Las “complicaciones médicas” incluyen desintoxicación, desequilibrios electrolíticos, desnutrición y cirrosis hepática, delirium tremens y hepatitis.

El tratamiento en un hospital está cubierto solo cuando el hospital no tenga una sección de centro de tratamiento por separado.

En caso de que haya una admisión de paciente hospitalizado fuera de la red para servicios de abuso de sustancias que exceda los 90 días, el Administrador de reclamaciones podrá, a su discreción, procesar un pago provisional al centro fuera de la red que presta servicios si la admisión cumple con los criterios clínicos para la estadía, el centro presenta adecuadamente la documentación clínica y la facturación precisa, y el Administrador de reclamaciones realice una conciliación completa de los cargos al momento en que el centro dé de alta oficial al miembro, con carácter retroactivo a la fecha de admisión inicial.

Tratamiento ambulatorio

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

El Plan cubre servicios de hospitalización parcial (más de 4 horas, pero menos de 24 horas por día) prestados en un centro o programa para el tratamiento intensivo a corto plazo, o dirigido médicamente, de un caso de abuso de alcohol o drogas. La hospitalización parcial solo estará cubierta si usted necesitaría tratamiento hospitalario si no fuera admitido en este tipo de centro.

Tratamiento de confinamiento parcial

Los gastos cubiertos incluyen los cargos por el tratamiento de confinamiento parcial realizado en un centro asistencial o en un programa para el tratamiento intensivo de abuso de sustancias a corto plazo dirigido por personal médico.

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

- Se realiza en un hospital, hospital psiquiátrico o centro de tratamiento residencial sin régimen de hospitalización a tiempo completo;
- Guarda conformidad con la práctica médica aceptada para la afección de la persona;
- No requiere confinamiento a tiempo completo; y
- Está supervisado por un médico psiquiatra que semanalmente revisa y evalúa su efecto.

Dichos beneficios se pagan si su afección requiere servicios que solo están disponibles en un entorno de tratamiento de confinamiento parcial.

La precertificación es obligatoria

La atención hospitalaria, las hospitalizaciones parciales y el tratamiento ambulatorio deben estar precertificados por Aetna. Consulte “Precertificación” en la página 54 para obtener más información.

Lo que no está cubierto

El Plan médico en el que usted está inscrito no cubre todos los gastos médicos; ciertos gastos están excluidos. La lista de gastos excluidos en esta sección es representativa, no exhaustiva y se aplica a todas las opciones de

planes médicos descritas en este libro. El hecho de que un tipo de tratamiento médico o gasto no esté incluido aquí no significa que el tratamiento o gasto estará cubierto.

Esta sección y “Lo que está cubierto” en la página 66 deben leerse juntos para obtener más información sobre lo que está cubierto y no cubierto por el plan para ciertas afecciones, procedimientos, servicios y suministros.

Exclusiones generales

El Plan **no** cubre cargos:

- Por citas canceladas o perdidas.
- Por atención, tratamiento, servicios o suministros:
 - Por servicios prestados por un proveedor sin autorización profesional; o
 - Fuera del alcance de la autorización profesional del proveedor.
- Por atención, tratamiento, servicios o suministros no recetados, recomendados o aprobados por un médico u odontólogo.
- Por la completación del formulario de reclamación.
- Por medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos que sean experimentales o de investigación, excepto los descritos en “Lo que está cubierto” en la página 66.
- Por servicios y suministros que Aetna determine que no son necesarios para el diagnóstico, la atención o el tratamiento de la enfermedad o lesión involucrada, incluso si son recetados, recomendados o aprobados por un médico u odontólogo.
- Por servicios prestados por voluntarios o personas que normalmente no cobran por sus servicios.
- Por servicios y suministros proporcionados como parte de un tratamiento o atención que no esté cubierto por el Plan.
- Por servicios y suministros proporcionados en enfermerías de escuelas, universidades o campamentos.
- Por servicios facturados por un médico residente o interno.
- Por servicios, suministros, atención médica o tratamiento brindados por miembros de su familia inmediata (su cónyuge, pareja de hecho, hijo, hijastro, hermano, hermana, suegro, padre, abuelo, tía, tío, sobrina o sobrino) o personas de su hogar.
- Por medicamentos recetados o dispensados por usted, el participante, o por miembros de su familia inmediata (su cónyuge, pareja de hecho, hijo, hijastro, hermano, hermana, suegro, padre, abuelo, tía, tío, sobrina o sobrino) o miembros de su hogar.
- Por gastos incurridos antes de la fecha de inicio de la cobertura o después de la fecha de finalización de la cobertura. Esto incluye cargos de admisión a un hospital o centro de enfermería especializada como paciente hospitalizado antes o después de la fecha de cobertura del Plan. El Plan cubrirá solo la parte de la estadía hospitalaria o servicios relacionados que ocurrieron después de la fecha de inicio de la cobertura de este Plan.

- Montos que excedan el cargo reconocido por un servicio o suministro proporcionado por un proveedor fuera de la red.
- Montos que excedan el cargo negociado por un determinado servicio o suministro proporcionado por un proveedor dentro de la red.
- Montos que excedan cualquier máximo anual o de por vida específicamente descrito.
- Cargos en los que se ha incurrido únicamente porque usted tiene cobertura de salud o que no está obligado legalmente a pagar, como por ejemplo:
 - Atención en instituciones benéficas que normalmente prestan servicios de forma gratuita; o
 - Atención en un hospital u otro centro que sea propiedad de, o sea administrado por cualquier gobierno y que normalmente preste servicios de forma gratuita;
- Relacionados con el empleo o el trabajo por cuenta propia. Esto incluye lesiones que se producen como consecuencia de (o durante) cualquier trabajo remunerado o lucrativo, a menos que no haya otra fuente de cobertura o reembolso disponible para usted.
- Que se produzcan como consecuencia de un delito grave que usted haya cometido o intente cometer; o
- Para tener acceso preferencial a los servicios de un médico, como consultorios médicos boutique o de conserjería.

Tecnología reproductiva avanzada (ART)

A menos que se especifique de otro modo en la sección anterior sobre infertilidad integral y ART, los siguientes cargos **no** se pagarán como gastos cubiertos según el Plan de salud de la UVA:

- Servicios de ART para parejas en las que uno de los miembros de la pareja ha tenido un procedimiento de esterilización previo, con o sin reversión quirúrgica;
- Reversión de la cirugía de esterilización;
- La compra de esperma de donante y cualquier cargo por el almacenamiento de esperma; la compra de óvulos de donantes y cualquier cargo asociado con el cuidado de la persona donante requerido para la recuperación o transferencia de óvulos de donante o portadoras gestacionales (o subrogación); todos los cargos asociados con un programa de portadora gestacional para la persona cubierta o la portadora gestacional;
- Cargos asociados con la criopreservación o almacenamiento de óvulos y embriones criopreservados (por ejemplo, consultorio, hospital, ultrasonidos, pruebas de laboratorio, etc.);
- Kits caseros de predicción de la ovulación;
- Medicamentos relacionados con el tratamiento de beneficios no cubiertos;
- Medicamentos inyectables para la infertilidad que incluyen, entre otros, menotropinas, hCG, agonistas de GnRH e IVIG (algunos medicamentos para la infertilidad están cubiertos por el Programa de medicamentos recetados);

- Cualquier servicio o suministro proporcionado sin una preautorización de la unidad de gerencia de casos de infertilidad de Aetna;
- Servicios de infertilidad que no tengan una probabilidad razonable de tener éxito;
- Servicios de inducción de la ovulación e inseminación intrauterina si usted no es infértil.

Atención médica alternativa

El Plan *no* cubre cargos por:

- Servicios y suministros para alergias alternativos o no estándar, que incluyen (entre otros):
 - Pruebas de citotoxicidad (prueba de Bryan);
 - Titulación cutánea (método de arrugas);
 - Tratamiento de la sensibilidad inespecífica a Candida; y
 - Autoinyecciones de orina.
- Aromaterapia.
- Acupresión o hipnoterapia.
- Terapia bioenergética.
- Servicios de biorretroalimentación.
- Terapia con dióxido de carbono.
- Medicina herbaria y atención holística u homeopática, incluyendo medicamentos de este tipo.
- Terapia con megavitaminas.
- Terapia de masajes.
- Método Rolfing.
- Termografía y termogramas.

Servicios de ambulancia

El Plan no cubre servicios de ambulancia para transporte de rutina a fin de recibir servicios ambulatorios o para pacientes hospitalizados.

Atención de la salud conductual

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

- Análisis conductual aplicado (programas LEAP, TEACCH, Denver o Rutgers), excepto en cualquier medida específicamente descrita como cubierta.

- Tratamiento de rehabilitación para pacientes hospitalizados o ambulatorios por alcoholismo o abuso de sustancias, excepto en la medida específicamente descrita como cubierta.
- Tratamiento brindado por un proveedor que se especializa en el campo de la salud mental y que recibe tratamiento como parte de su capacitación en ese campo.
- Tratamiento de trastornos del control de los impulsos como el juego patológico, la cleptomanía, la pedofilia, el consumo de cafeína o nicotina.
- Tratamiento del trastorno de personalidad antisocial.
- Tratamiento en programas de vida silvestre u otros programas similares.
- Tratamiento de defectos y deficiencias de retraso mental, excepto en cualquier medida específicamente descrita como cubierta.

Biológico y biónico

El Plan *no* cubre cargos por:

- Órganos artificiales. El Plan no cubre ningún dispositivo destinado a realizar la función de un órgano corporal, excepto cuando sea médicamente necesario para ser utilizado como puente para el trasplante, para miembros elegibles para trasplante, que estén en espera de trasplantes permanentes.
- Sangre, plasma sanguíneo, sangre sintética, productos sanguíneos o sustitutos de la sangre. El Plan no cubre ningún servicio relacionado, incluyendo:
 - Costos de procesamiento, almacenamiento o reemplazo; o
 - Los servicios de donantes de sangre, aféresis o plasmaféresis.

En el caso de la donación de sangre autóloga, solo se cubren los gastos de administración y tramitación.

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

Procedimientos cosméticos

El Plan *no* cubre lo siguiente, independientemente de si el servicio se presta por motivos psicológicos o emocionales:

- Inyecciones de soluciones esclerosantes para el tratamiento de varices;
- Estiramiento facial, lifting corporal, abdominoplastia, liposucciones, eliminación de exceso de piel, eliminación o reducción de lunares no malignos, imperfecciones, cirugía cosmética de párpados y otros procedimientos quirúrgicos;

- Procedimientos para extraer cartílago o hueso sano de la nariz (incluso si la cirugía puede mejorar la respiración) u otra parte del cuerpo;
- Peelings químicos, dermoabrasión, tratamientos con láser o luz, blanqueamientos, cremas, ungüentos u otros tratamientos o suministros para alterar el aspecto o textura de la piel;
- Eliminación de tatuajes (excepto tatuajes aplicados para ayudar en tratamientos médicos cubiertos, como marcadores para radioterapia);
- Reparación de perforaciones y otras modificaciones corporales voluntarias, incluyendo la eliminación de sustancias o dispositivos inyectados o implantados;
- Cirugía para corregir la Ginecomastia;
- Aumento de senos, excepto lo cubierto en la sección de Tratamiento de afirmación de género;
- Otoplastia;
- Cirugía plástica;
- Cirugía cosmética; o
- La mamoplastia, otros servicios, tratamientos o suministros que mejoren, alteren o realcen la forma o aspecto del cuerpo (como implantes de seno o mentón), excepto la extracción de un implante, estarán cubiertos cuando sean médicamente necesarios.

Actos criminales

El Plan **no** cubre cargos incurridos como consecuencias de lesiones sufridas durante la comisión de un delito grave. Las personas encarceladas no son elegibles para inscribirse en el Plan.

Cuidados de custodia y protección

El Plan **no** cubre cargos por:

- Cualquier artículo o servicio que se destine principalmente a la comodidad y conveniencia personal de usted o de un tercero.
- Atención brindada para crear un entorno que proteja a una persona contra la exposición que pueda empeorar su enfermedad o lesión.
- Atención, servicios y suministros proporcionados en:
 - Asilos;
 - Centros de vida asistida;
 - Balnearios, spas o sanatorios; o
 - Institución similar que sirva como residencia principal de una persona o que brinde principalmente cuidados de custodia o descanso.
- Cuidados de custodia: cuidados brindados para ayudar a una persona en las actividades de la vida diaria.

- Atención de mantenimiento, excepto los servicios de terapia de rehabilitación. Consulte “Servicios de terapia de rehabilitación” en la página 90.
- La eliminación en su hogar, lugar de trabajo u otro entorno, de posibles fuentes de alergia o enfermedades, entre las que se incluyen:
 - Asbestos (amianto) o fibra de vidrio;
 - Tejido de alfombra;
 - Polvo, caspa de mascotas o plagas;
 - Moho; o
 - Pinturas.

Cuidados dentales

La atención dental está cubierta por el Plan Dental de la UVA administrado por UCCI. El Plan médico **no** cubre servicios, tratamientos o suministros relacionados con los cuidados, empastes, extracción o reemplazo de dientes, incluyendo:

- Apicectomía (resección de la raíz dental), terapia de conducto, impactaciones de tejidos blandos, extracción de dientes óseos impactados, tratamiento de enfermedad periodontal, alveolectomía, aumento y vestibuloplastia.
- Aplicación de flúor y otras sustancias para proteger, limpiar o alterar el aspecto de los dientes.
- Implantes dentales, dientes postizos, placas, prótesis dentales, aparatos de ortodoncia, protectores bucales u otros dispositivos para proteger, reemplazar o reposicionar los dientes.
- Tratamientos no quirúrgicos para alterar la mordida o la alineación o funcionamiento de la mandíbula, que incluyen:
 - Tratamiento de maloclusión; y
 - Dispositivos para alterar la mordida o la alineación.

Educación y capacitación

El Plan **no** cubre cargos por:

- Servicios o suministros relacionados con educación, capacitación, servicios de reentrenamiento o pruebas, entre los que se incluyen:
 - Educación especial;
 - Educación correctiva;
 - Programas de tratamiento en áreas silvestres (ya sea que el programa sea parte o no de un centro de tratamiento residencial o de una institución autorizada);
 - Capacitación profesional;

- Programas de fortalecimiento laboral; o
- Servicios educativos, escolarización o cualquier programa similar o relacionado, incluyendo programas terapéuticos dentro de un entorno escolar.

Planificación familiar y maternidad

El Plan **no** cubre:

- Partos en casa.
- Vigilancia domiciliar de la actividad uterina.
- Suministros anticonceptivos de venta libre que incluyen (entre otros) condones y espumas, jaleas y ungüentos anticonceptivos.
- Reversión de procedimientos de esterilización.
- Interrupción del embarazo, a menos que el embarazo se produzca como consecuencia de una violación o incesto que haya sido reportado a una agencia de cumplimiento de la ley o de salud pública, o cuando la vida de la miembro del plan que está embarazada pueda estar en peligro si el embarazo continúa o cuando se crea que un feto podría tener una deformidad física incapacitante o una deficiencia mental incapacitante, lo cual deberá ser certificado por un médico.

Cuidado de los pies

El Plan **no** cubre servicios, suministros o dispositivos para mejorar la comodidad o aspecto de los dedos de los pies, los pies o los tobillos, incluyendo:

- Calzado (incluyendo zapatos ortopédicos), aparatos de ortodoncia, soportes para arcos, plantillas para zapatos, tobilleras, guardas, protectores, cremas, ungüentos u otros equipos, dispositivos o suministros, incluso cuando sean necesarios después del tratamiento de una enfermedad o lesión que estaba cubierta por el Plan.
- Tratamiento de callos, juanetes, uñas de los pies, dedos en martillo, subluxaciones, arcos caídos, pies débiles o dolores crónicos en los pies.
- Tratamiento para afecciones causadas por actividades rutinarias como caminar, correr, trabajar o uso del calzado.

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

Los siguientes no son servicios cubiertos, a menos que usted reciba la aprobación previa por escrito de Aetna:

- Servicios de GCIT recibidos en un centro asistencial o con un proveedor que no sea un centro/proveedor designado como centro de GCIT.
- Todos los servicios asociados cuando los servicios de GCIT no estén cubiertos. Ejemplos:
 - Infusión
 - Laboratorio

- Radiología
- Anestesia
- Servicios de enfermería

Consulte “Precertificación” en la página 54 para obtener información adicional.

Gobierno y Fuerzas Armadas

El Plan no cubre cargos, en la medida permitida por la ley, por servicios o suministros proporcionados, pagados o para los cuales se brindan o requieren beneficios:

- Debido al servicio pasado o presente de una persona en las fuerzas armadas de un gobierno.
- En el marco de cualquier ley gubernamental.

Exámenes de salud

El Plan cubre exámenes necesarios para tratar enfermedades o lesiones y exámenes preventivos de rutina específicamente descritos como cubiertos. El Plan **no** cubre exámenes o informes relacionados (incluyendo la presentación y preparación de informes) exigidos:

- Por cualquier ley gubernamental.
- Por un tercero, incluyendo exámenes para obtener o mantener un empleo, o que un empleador debe proporcionar en el marco de un acuerdo laboral.
- Para autorizaciones profesionales u otras.
- Para obtener un seguro.
- Para viajar; asistir a una escuela, campamento o evento deportivo; o participar en un deporte u otra actividad recreativa.

Prótesis auditivas

El Plan no cubre los siguientes servicios:

- Reemplazo de una prótesis auditiva perdida, robada o dañada;
- Piezas de repuesto o reparaciones de una prótesis auditiva;
- Baterías o cables;
- Una prótesis auditiva que no cumpla con las especificaciones prescritas para la corrección de la pérdida auditiva.

Exámenes de audición

El plan no cubre exámenes de audición realizados durante una estadía en un hospital u otro centro asistencial, excepto aquellos realizados a recién nacidos como parte de la estadía hospitalaria general.

Hogar y movilidad

El Plan no cubre modificaciones o adiciones a su hogar, lugar de trabajo u otros entornos, ni equipos o dispositivos relacionados, incluyendo (sin sentido limitativo):

- Equipos de baño, como asientos para bañeras, bancos, barandillas y elevadores.
- Equipos o suministros que le ayuden a sentarse o dormir, como camas eléctricas, camas de agua, camas de aire, dispositivos de calentamiento o enfriamiento, sillas elevadoras y sillas reclinables.
- Aparatos de ejercicio y entrenamiento, bañeras de hidromasaje, saunas, aparatos de masaje o mesas que se posicionan sobre la cama.
- Compra o alquiler de purificadores de aire, aires acondicionados, purificadores de agua o piscinas.
- Ampliaciones de habitaciones o cambios en encimeras, puertas, iluminación, cableado o muebles.
- Deslizadores para escaleras, rampas para sillas de ruedas y ascensores.

El Plan no cubre vehículos ni dispositivos de transporte, ni modificaciones a ningún vehículo o dispositivo de transporte, incluyendo:

- Automóviles, furgonetas o camiones;
- Bicicletas;
- Sillas de ruedas para subir escaleras; y
- Transportadores personales.

Atención médica domiciliaria

El Plan **no** cubre atención de la salud a domicilio relacionada con:

- Cuidados en custodia, incluso si el cuidado lo brinda un profesional de enfermería cuando los familiares u otros cuidadores no puedan brindar los cuidados necesarios;
- Enfermería privada; y
- Atención que no forme parte de un plan de atención de la salud a domicilio.

Cuidados para enfermos terminales

El beneficio de cuidados para enfermos terminales del Plan **no** incluye cobertura para:

- Servicios de enfermería privados o especiales;
- Preparativos funerales;
- Asesoramiento pastoral;

- Asesoramiento financiero o jurídico, incluyendo la planificación patrimonial y la redacción de un testamento; y
- Servicios de ama de casa o encargados de tareas en el hogar. Estos son servicios que no están enteramente relacionados con los cuidados de un paciente e incluyen servicios de niñera o acompañante para el paciente u otros miembros de la familia, transporte, limpieza y mantenimiento del hogar.

Terapia de infusión

El Plan **no** cubre lo siguiente como terapia de infusión:

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

Cirugía bucal

Excepto lo descrito anteriormente para tratar lesiones de accidentes, el Plan **no** cubre cargos:

- Para gastos de cirugía bucal de naturaleza odontológica;
- Por aparatos bucales, coronas, puentes, prótesis dentales, restauraciones dentales o cualquier servicio de adaptación o ajuste relacionado, independientemente del propósito de tales servicios o suministros, destinados o no a aliviar el dolor;
- Por tratamientos de conducto;
- Por la remoción, reparación, reemplazo, restauración o reposicionamiento de piezas dentales perdidas o dañadas al morder o masticar;
- Por la reparación, reemplazo o restauración de empastes, coronas, prótesis dentales o puentes;
- Por tratamientos periodontales;
- Por limpiezas dentales, detartraje, alisado o raspado; o
- Por terapias miofuncionales. Se trata de una terapia de entrenamiento muscular o entrenamiento para corregir o controlar hábitos nocivos.

Rehabilitación ambulatoria a corto plazo

El beneficio de rehabilitación a corto plazo para pacientes ambulatorios del Plan no incluye cobertura para:

- Terapias para el tratamiento de retrasos en el desarrollo, excepto en cualquier medida específicamente descrita como cubierta, a menos que sean ocasionados por una enfermedad o lesión aguda, o por defectos congénitos que sean susceptibles de corrección quirúrgica. Las terapias para tratar trastornos generalizados del desarrollo, como el síndrome de Down y la parálisis cerebral, por ejemplo, no están cubiertas porque estas afecciones son tanto del desarrollo como crónicas. Esto no se aplica a la

fisioterapia, la terapia ocupacional o la terapia del habla proporcionadas para el tratamiento de los trastornos del espectro autista o la terapia de habilitación.

- Cualquier servicio, a menos que se proporcione de conformidad con un plan de tratamiento específico.
- Servicios prestados durante una estadía en un hospital, centro de enfermería especializada o centro de cuidados para enfermos terminales, excepto lo establecido anteriormente.
- Servicios proporcionados por una agencia de atención de la salud a domicilio.
- Servicios no realizados por un médico o bajo la supervisión directa de un médico.
- Tratamiento cubierto como parte del Tratamiento de manipulación de la columna vertebral. Esto se aplica independientemente de que se hayan pagado o no beneficios dentro de dicha sección.
- Servicios proporcionados por un médico o fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o del habla que resida en su hogar o que sea miembro de su familia, o miembro de la familia de su cónyuge.
- Atención proporcionada por un familiar.
- Tratamiento para retrasos en el desarrollo del habla que no sean consecuencia de una enfermedad, lesión o defecto congénito.
- Educación especial para enseñar, a alguien que ha perdido la capacidad de hablar, cómo funcionar sin la destreza del habla, incluyendo lecciones de lenguaje de señas.

Medicamentos con receta

Los medicamentos con receta están cubiertos por el Programa de medicamentos recetados administrado por Aetna. El plan médico cubre los medicamentos recetados proporcionados mientras usted esté hospitalizado(a) en un hospital. El Plan médico **no** cubre:

- Ningún medicamento recetado que obtenga en un entorno ambulatorio. Consulte “Programa de medicamentos recetados de Aetna” en la página 109 para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos que usted puede obtener en una farmacia minorista o mediante el programa de medicamentos de pedidos por correo.
- Productos para diabéticos, agujas y jeringas.
- Vacunas relacionadas con viajes o trabajo.
- Medicamentos implantables y dispositivos asociados, excepto implantes anticonceptivos y dispositivos DIU. Los diafragmas, capuchones cervicales y anticonceptivos inyectables no están cubiertos.
- Medicamentos inyectables, si hay disponible una alternativa oral.
- Agujas, jeringas y otras ayudas inyectables.
- Suplementos nutricionales.
- Medicamentos de venta libre, productos biológicos o químicos que se pueden obtener sin receta.
- Esteroides que mejoran el rendimiento.

- Medicamentos autoinyectables.

Salud reproductiva y sexual

El Programa de medicamentos recetados administrado por Aetna cubre algunos medicamentos recetados para la salud sexual y reproductiva. Consulte “Programa de medicamentos recetados de Aetna” en la página 109 para obtener información sobre la cobertura. El Plan médico *no* cubre cargos por:

- Medicamentos para tratar la disfunción eréctil, la impotencia o la disfunción o insuficiencia sexual, ya sea que se administren 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 produzca resultados similares o idénticos.

Esta exclusión se aplica independientemente de que el medicamento se administre en forma oral, inyectable o tópica (incluyendo, entre otros, geles, cremas, ungüentos y parches).
- Suministros para disfunciones o insuficiencias sexuales sin base fisiológica u orgánica.
- Excepto lo cubierto en la sección de Afirmación de Género, tratamiento, medicamentos, servicios o suministros relacionados con el cambio de sexo o características sexuales, que incluyen:
 - Procedimientos quirúrgicos para alterar la función o aspecto del cuerpo;
 - Hormonas o terapia hormonal; y
 - Dispositivos protésicos.
 - Tratamiento, medicamentos, servicios o suministros para tratar la disfunción sexual, mejorar el desempeño sexual o aumentar el deseo sexual, que incluyen:
 - Cirugía, medicamentos, implantes, dispositivos o preparaciones para corregir o mejorar la función eréctil, mejorar la sensibilidad o alterar la forma o aspecto de un órgano sexual;
 - Terminología ICD-10 que excluye la cobertura de disfunciones sexuales que no se deban a una sustancia o afección fisiológica conocida” que incluye deseo sexual hipoactivo, trastorno de aversión sexual, trastornos de la excitación sexual (para todas las partes), trastorno orgásmico, eyaculación precoz, vaginismo, dispareunia, “ otros” y “no especificados”; y
 - Terapia sexual, asesoramiento sexual o asesoramiento matrimonial.

Exámenes físicos de rutina

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

- Medicamentos, drogas, aparatos, equipos o suministros;
- Vacunas requeridas únicamente para viajes o empleo;
- Pruebas o exámenes psiquiátricos, psicológicos, de personalidad o emocionales;
- Exámenes prematrimoniales;
- Exámenes auditivos de rutina realizados con equipos o instrumentos calibrados, excepto para recién nacidos;
- Exámenes de la vista de rutina.

Fuerza y rendimiento

El Plan **no** cubre servicios, dispositivos y suministros para mejorar su fuerza, condición física, resistencia o rendimiento físico, que incluyen:

- Medicamentos o preparados para mejorar la fuerza, el rendimiento o la resistencia.
- Equipos para hacer ejercicio.
- Medicamentos o suministros para mejorar el estilo de vida.
- Membresías en clubes de salud o fitness.
- Capacitación, asesoramiento o coaching.
- Tratamientos, servicios y suministros para tratar enfermedades, lesiones o discapacidades relacionadas con el uso de drogas o preparados para mejorar el rendimiento.

Pruebas y terapias

El Plan **no** cubre cargos por:

- TAC de cuerpo completo;
- Análisis de 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, incluyendo biomédicos e inmunosupresores que no estén expresamente relacionados con un trasplante ambulatorio;
- Terapia de infusión domiciliaria después de que finalice el período de cobertura del trasplante;
- Extracción o almacenamiento de órganos sin la expectativa de un trasplante inmediato por una enfermedad existente; o
- Recolección o almacenamiento de médula ósea, tejido o células madre sin la expectativa de un trasplante para tratar una enfermedad existente en un lapso de 12 meses.

Viajes y transporte

El Plan **no** cubre gastos de viaje ni de transporte, incluso si los prescribe un médico, excepto los servicios de ambulancia específicamente descritos como cubiertos. La evacuación médica y la repatriación no están cubiertas.

Vista, habla y audición

El Plan **no** cubre cargos por:

- Recubrimientos antirreflectantes y tintes para lentes de gafas.
- Lentes de contacto.
- Anteojos, incluyendo anteojos, lentes o marcos duplicados o de repuesto.
- Cirugía ocular para corregir la visión, incluyendo la 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 queratocono u otros trastornos corneales asociados con astigmatismo irregular; o
 - cuando se utilice para el tratamiento de enfermedades graves de la superficie ocular.
- Reemplazo de lentes o monturas perdidas, hurtadas o dañadas.
- Exámenes de visión o audición de rutina, excepto exámenes de audición para recién nacidos.
- Servicios especiales, como gafas de sol sin receta y ayudas para la visión subnormal.
- Procedimientos visuales especiales, como ortóptica, terapia visual o entrenamiento visual.
- Servicios de la visión, principalmente para corregir errores refractivos.

Servicios de control de peso

Independientemente de la existencia de condiciones comórbidas, el Plan **no** cubre cargos por control de peso, excepto lo descrito en Cirugía bariátrica. El Plan **no** cubre cargos por:

- Programas de control/pérdida de peso;
- Regímenes y suplementos dietéticos;
- Alimentos o complementos alimenticios; o
- Programas o equipos de ejercicio.

Programa de medicamentos recetados de Aetna

La cobertura de medicamentos recetados aprobados por la FDA es un componente importante de su cobertura de atención de la salud. El programa de medicamentos recetados administrado por Aetna cubre los medicamentos recetados que deben tomarse de forma ambulatoria. Los medicamentos que usted necesita mientras esté internado(a) en un hospital u otro centro de atención de la salud cubierto podrían estar cubiertos como parte de su beneficio médico para pacientes hospitalizados. Los formularios y documentos del programa de medicamentos están disponibles en www.aetna.com y <https://hr.virginia.edu/>.

Usted tiene dos formas de abastecerse de un medicamento recetado:

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

Niveles de beneficios

El Programa de beneficios (consulte “Sus opciones de cobertura médica en la UVA” en la página 29), muestra el copago o coseguro que se aplica a cada tipo de medicamento cubierto por el programa de medicamentos recetados:

- Medicamentos genéricos
- Medicamentos de marca preferida
- Medicamentos de marca no preferidos
- Medicamentos genéricos especializados
- Medicamentos de marca preferidos especializados
- Medicamentos especializados que no son preferidos de marca

Medicamentos genéricos y de marca

Para ahorrar dinero, considere usar medicamentos genéricos. Los medicamentos genéricos están 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 equivalente de marca. Puede solicitar a su médico que le recete un medicamento genérico o preguntarle a su farmacéutico si existe un medicamento genérico que sea igual al medicamento de marca que le recetó su médico. El Plan exige la sustitución por medicamentos genéricos. La cobertura se limita al costo del medicamento genérico cuando hay uno disponible.

Tenga en cuenta lo siguiente

Si compra un medicamento de marca cuando hay un medicamento genérico disponible, usted será responsable del coseguro aplicable, más la diferencia entre el costo del medicamento de marca y el costo del medicamento genérico.

¿Qué es el formulario?

El Formulario es una lista de medicamentos recetados 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 ubican en niveles de costo conocidos como niveles. Incluye medicamentos recetados tanto de marca como genéricos. Es posible que pueda reducir sus gastos de bolsillo utilizando un medicamento genérico o de marca preferido cubierto. El monto que pagará será más alto si su médico le receta un medicamento de marca cubierto no preferido.

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

Farmacia minorista

Farmacia preferida

La red de farmacias de Aetna brinda amplio acceso a servicios de farmacia. Cuando utiliza una farmacia participante, usted puede recibir un suministro de su receta para un máximo de 30 días. Las recetas de 90 días de medicamentos de mantenimiento para enfermedades crónicas se pueden surtir en las farmacias UVA, CVS y Costco.

Muestre su cédula de identidad y pague el copago o coseguro aplicable al momento de su compra. No hay que completar formularios de reclamación.

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

Farmacia no preferida

También puede surtir medicamentos recetados en farmacias no preferidas (o no participantes). Tendrá que pagar el costo total de la receta y presentar una reclamación para que se le reembolse todo menos el copago o coseguro aplicable. También deberá hacerse cargo de otros cargos que excedan los cargos permitidos por la red.

Medicamentos recetados pedidos por correo

Si toma medicamentos de forma regular para una afección crónica (continua), usted puede solicitar un suministro para un máximo de 90 días a través de la farmacia con servicio por correo CVS Caremark. Sus medicamentos recetados se entregarán en su puerta.

Para comenzar a recibir medicamentos recetados del servicio por correo, primero debe inscribirse de una de tres maneras:

- Por correo: Obtenga una nueva receta de su médico. Luego, envíela por correo a Aetna con un formulario de pedidos debidamente completado. Puede encontrar el formulario en su sitio web seguro para miembros. La dirección postal está en el formulario.

- En línea: Visite su sitio web seguro para miembros e inicie sesión en su cuenta. Allí podrá agregar o eliminar sus recetas.
- Por teléfono: Llame al 888-792-3862 24/7. Si necesita la ayuda de un dispositivo telefónico para personas sordas llame al 877-833-2779.

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

- En línea: Su médico puede enviar su receta utilizando los servicios electrónicos de medicamentos recetados en el sitio web del proveedor de Aetna.
- Fax: Su médico puede enviar su receta por fax al 877-270-3317. Asegúrese de que incluyan su número de identificación de miembro, fecha de nacimiento y dirección postal en la portada del fax. Solo un médico puede enviar una receta médica por fax.

Programa Maintenance Choice con opción de exclusión voluntaria

Los medicamentos de mantenimiento se toman de forma regular y recurrente y se utilizan para tratar afecciones crónicas como diabetes, presión arterial alta, colesterol alto y afecciones respiratorias. El programa Maintenance Choice de Aetna le ofrece varias formas de obtener un suministro para 90 días de sus medicamentos de mantenimiento. Puede obtenerlos por correo a través de la farmacia con servicio de correo CVS Caremark. Puede recogerlos o recibirlos en sus farmacias minoristas CVS y Costco o en una farmacia UVA.

Si prefiere surtir sus medicamentos de mantenimiento en suministros para 30 días en su farmacia minorista local, usted puede optar por no participar en el programa de 90 días llamando a Aetna al 888-792-3862. Debe optar por no participar antes de su tercer suministro para 30 días o pagará el costo total de sus medicamentos.

Previa autorización

Algunos medicamentos, como productos para el acné, estimulantes para el TDAH y compuestos, podrían requerir una autorización previa. Si es necesaria una autorización previa, su médico debe comunicarse con Aetna en su nombre para iniciar la solicitud.

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

En ocasiones, usted o su médico facultativo podrán solicitar una excepción médica para obtener servicios de atención de la salud para medicamentos que no figuren en la guía de medicamentos o para los cuales se denieguen servicios de atención de la salud mediante precertificación o terapia escalonada. Usted, alguien que le represente, o su médico podrán comunicarse con Aetna y deberán proporcionar la documentación clínica exigida. Cualquier excepción concedida se basará en una decisión individual, caso por caso, y no se aplicará a otros miembros. Si Aetna lo aprueba, recibirá el nivel de beneficio de medicamentos no preferidos.

En una situación urgente, usted, alguien que le represente o su médico podrán procurar un proceso de excepción médica más rápido para obtener cobertura para medicamentos no cubiertos. Una situación urgente ocurre cuando usted tiene una afección de salud que podría afectar seriamente su vida, su salud o su capacidad para recuperar su función máxima o cuando esté cumpliendo con un tratamiento actual con un medicamento no preferido. Envíe una solicitud para una revisión más rápida para una situación urgente:

- Comunicándose con el Departamento de Precertificación de Aetna al 855-582-2025

- Enviando la solicitud por fax al 855-330-1716
- Presentando la solicitud por escrito a CVS Health a la Atención de: Aetna PA, 1300 E Campbell Road Richardson, TX 75081

Aetna tomará una determinación de cobertura dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud y le informará la decisión a usted, a alguien que le represente o a su médico.

Programa de gestión de medicamentos especializados

El Programa de gestión de medicamentos especializados de CVS clasifica algunos medicamentos como medicamentos especializados. Los medicamentos especializados incluyen aquellos generalmente caracterizados como medicamentos biotecnológicos costosos con acceso limitado, regímenes de tratamiento complicados, requisitos especiales de almacenamiento y/o requisitos de informes del fabricante.

Los medicamentos especializados están limitados a un suministro para 30 días y deben surtirse a través de la farmacia especializada de la UVA. Su medicamento podrá ser entregado en su hogar o en el consultorio de su médico. Puede comunicarse con UVA Specialty Pharmacy al 434-297-5500 para obtener información. Es posible que los medicamentos especializados requieran autorización previa para garantizar que se usen de manera adecuada y podrían estar sujetos a límites de cantidad y terapia escalonada. Usted puede encontrar una lista de medicamentos especializados que están disponibles a través del Programa de administración de medicamentos especializados en www.aetna.com o llamando a su equipo de Aetna One Advocate al 800-987-9072. Los medicamentos especializados que son medicamentos de distribución limitada también se pueden surtir a través de farmacia CVS de medicamentos especializados al 866-353-1892.

Programa de terapia escalonada

El programa de medicamentos recetados incluye un programa de terapia escalonada para personas que toman medicamentos recetados con regularidad para tratar una afección médica crónica, como artritis, asma o presión arterial alta. Dado que un médico individual prescribe todos los medicamentos, el programa planifica un camino para brindar un tratamiento seguro y eficaz al menor costo posible.

El programa generalmente comienza con medicamentos genéricos como primer paso. Si usted ya probó un medicamento genérico y no puede tomarlo (debido a una alergia, por ejemplo) o existe una razón médica por la que necesita un medicamento de marca, su médico podrá solicitar una autorización previa para que tome un segundo medicamento como el siguiente escalón en el tratamiento. Si se aprueba la autorización previa, usted paga el coseguro correspondiente por el medicamento. Si no se aprueba, se le pedirá que pague el precio total del medicamento.

Programa de gestión de cantidades

Este programa garantiza que las cantidades prescritas sean seguras, que sean cónsonas con las pautas de dosificación clínica y se utilicen de manera adecuada. Las cantidades que excedan los límites establecidos requerirán una autorización previa.

Si la cantidad requerida de su medicamento recetado excede la cantidad cubierta por el plan:

- Puede pedirle a su farmacéutico que le surta la receta dentro de los límites de cantidad;
- Su farmacéutico podría pedirle a su médico que cambie su receta a una concentración más alta, si hay alguna disponible; o

- Su médico podría solicitar una autorización previa de un experto clínico de Aetna para analizar cómo su afección médica requiere cantidades superiores a las pautas de cantidad recomendadas por la FDA.

Lista de medicamentos preventivos

El programa de medicamentos recetados incluye cobertura especial para medicamentos preventivos. Estos medicamentos ayudan a protegerle contra una enfermedad o afección médica, las complicaciones de una enfermedad o la reaparición de una afección.

Tomar medicamentos preventivos según las indicaciones de su proveedor de atención de la salud puede ayudarle a evitar enfermedades graves y costos altos de atención de la salud. Los medicamentos en la lista de medicamentos preventivos no tienen deducible. Esto significa que usted ahorrará dinero pagando únicamente su copago o coseguro para obtener los medicamentos que necesita para vivir una vida más saludable.

El programa de medicamentos recetados también incluye cobertura especial para medicamentos crónicos para quienes estén inscritos en Value Health y Choice Health. Estos medicamentos tratan afecciones persistentes que han sido diagnosticadas y por las cuales una persona puede estar experimentando síntomas actualmente. Tomar medicamentos crónicos según las indicaciones de su proveedor de atención de la salud puede contribuir a controlar estas afecciones y mantener a la persona relativamente libre de síntomas. Los medicamentos en la lista de medicamentos crónicos no tienen deducible cuando los obtiene un miembro inscrito en Value Health o Choice Health.

Programa ampliado de asesoramiento de consejeros farmacéuticos

El Programa ampliado de asesoramiento de consejeros farmacéuticos ayuda a mejorar la participación y los resultados de salud y la gestión de medicamentos para miembros con enfermedades crónicas. Para ello, se dirige tanto a los miembros como a los facultativos a través de diversos canales de comunicación con mensajes personalizados para satisfacer las necesidades de los miembros en puntos clave de la terapia y cuando se identifiquen posibles problemas de cumplimiento. Aetna y sus proveedores le brindan información pertinente y apoyo adicional para ayudarle a tomar decisiones inteligentes sobre la atención de su salud.

El programa también revisa sus reclamaciones, e identifica y aborda oportunidades futuras para mejorar la atención antes de que usted experimente eventos adversos relacionados con la salud. La información útil se comunica a sus proveedores y a su farmacéutico junto con recomendaciones clínicas para que puedan asesorarle en persona o por teléfono. Las enfermedades a las que se dirigen incluyen diabetes, afecciones cardiovasculares, asma, EPOC, depresión, osteoporosis y cáncer de mama.

Medicamentos cubiertos

El Plan cubre:

- Medicamentos con la leyenda federal de aprobación por parte de la FDA (medicamentos que requieren una etiqueta que indique: “Precaución: La ley federal prohíbe dispensar sin receta”) o cualquier otro medicamento aprobado por la FDA que, según la ley estatal aplicable, pueda dispensarse únicamente con la receta por escrito de un médico;
- Medicamentos compuestos, de los cuales al menos un ingrediente es un medicamento con leyenda federal;

- Anticonceptivos (orales, de emergencia, inyectables y dispositivos que incluyen diafragmas y capuchones cervicales);
- Productos, agujas y jeringas para diabéticos;
- Insulina;
- Inyectables; y
- Ayudas para dejar de fumar.

Lo que no cubre el programa de medicamentos recetados

El programa de medicamentos recetados **no** cubre los siguientes gastos en medicamentos recetados:

- Cualquier medicamento proporcionado por un centro de atención de la salud o mientras esté hospitalizado(a);
- Cualquier medicamento proporcionado de forma ambulatoria por un centro de atención de la salud si se pagan beneficios por el medicamento en virtud de cualquier otro aparte de este Plan u otro plan patrocinado por su empleador;
- Costos/honorarios y cargos de procesamiento relacionados con suministros para la administración o inyección de un medicamento;
- Cualquier medicamento despachado por una farmacia de pedidos por correo que no sea la farmacia de servicio por correo de CVS Caremark;
- Medicamentos no cubiertos por el formulario;
- Productos de venta libre, excepto aquellos requeridos por la Ley del cuidado de la salud a precios accesibles;
- Productos que no estén aprobados por la FDA o que no han demostrado ser seguros y eficaces;
- Medicamentos de revisión del Estudio de Eficacia de Medicamentos (DESI);
- Cualquier abastecimiento de un medicamento dispensado más de un año después de la última receta del mismo, o según lo prohíba la ley donde se dispensa el medicamento;
- Medicamentos recetados o dispensados por cualquier persona de la familia inmediata de un Participante, lo que incluye a padres, hermanos, cónyuges, hijos, abuelos, tías, tíos, sobrinas y sobrinos;
- Fármacos o medicamentos recetados o dispensados por el propio Participante;
- Medicamentos experimentales o en investigación, excepto que lo exija la ley;
- Medicamentos, medicinas o vacunas relacionados con viajes;
- Suplementos o suministros nutricionales/dietéticos;
- Medicamentos a base de hierbas;

- Medicamentos para uso cosmético;
- Productos de sangre;
- Dispositivos/suministros médicos, excepto suministros para diabéticos; y
- Productos químicos a granel o medicamentos compuestos que contienen productos químicos a granel.

Reclamaciones y apelaciones ante Aetna

El Plan cuenta con procedimientos para presentar reclamaciones, tomar decisiones sobre reclamaciones y presentar una apelación cuando usted no esté de acuerdo con la decisión de una reclamación. Usted y Aetna deben cumplir con ciertos plazos asignados a cada paso del proceso, según el tipo de reclamación.

Tipos de reclamaciones

Para comprender el proceso de reclamación y apelación, usted debe comprender cómo se definen las reclamaciones:

- **Reclamación de atención urgente:** Reclamación por atención o tratamiento médico tal, que una demora podría poner en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para recuperar su función máxima; o someterle a un dolor intenso que no pueda controlarse adecuadamente sin la atención o el tratamiento solicitado. Si está embarazada, una reclamación urgente también incluye una situación que pueda dar lugar a un riesgo grave para la salud de su bebé por nacer.
- **Reclamación previa al servicio:** Reclamación de un beneficio que requiera la aprobación del beneficio por parte de Aetna antes de obtener atención médica (precertificación).
- **Prórroga de reclamación de atención concurrente:** Solicitud para prorrogar un curso de tratamiento que fue previamente aprobado.
- **Reducción o terminación de reclamaciones de atención concurrente:** Decisión de reducir o terminar un curso de tratamiento que fue previamente aprobado.
- **Reclamación post-servicio:** Reclamación por un beneficio que no es una reclamación previa al servicio.

Conveniencia de mantener registros de gastos

Conviene que mantenga registros de los gastos médicos de usted y de sus dependientes cubiertos. Necesitará estos registros cuando presente una reclamación de beneficios. Asegúrese de tener esta información para sus registros médicos:

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

Presentación de reclamaciones

Si utiliza un proveedor o una farmacia fuera de la red, debe presentar una reclamación para que se le reembolsen los gastos cubiertos. Puede obtener un formulario de reclamación de Servicios para miembros de Aetna llamando al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o conectándose en línea en www.aetna.com. El formulario tiene instrucciones sobre cómo, cuándo y dónde presentar una reclamación.

Presente sus reclamaciones con prontitud: **la fecha límite de presentación es 90 días después de la fecha en que usted incurre en un gasto cubierto**. Si usted, no mediando culpa de su parte, no puede cumplir con ese plazo, su reclamación será aceptada si la presenta lo antes posible. Las reclamaciones presentadas más de 12 meses después de la fecha límite para reclamaciones se aceptarán solo si usted ha estado legalmente incapacitado(a).

Usted puede presentar reclamaciones y apelaciones usted mismo(a) o a través de un “representante autorizado”, que es una persona a quien usted autoriza por escrito para que actúe en su nombre. En un caso que implique atención de urgencia, un profesional de la salud con conocimiento de su afección siempre podrá actuar como su representante autorizado. El Plan también reconocerá una orden judicial que le otorgue a una persona autoridad para presentar reclamaciones en su nombre.

Si su reclamación es rechazada total o parcialmente, usted recibirá una notificación por escrito de la denegación por parte de Aetna. El aviso explicará el motivo de la denegación y los procedimientos de revisión.

Exámenes físicos

Aetna tiene derecho a exigir un examen a cualquier persona para quien se haya solicitado una precertificación o beneficios. El examen se realizará en cualquier momento razonable mientras esté pendiente o bajo revisión la precertificación o reclamación de beneficios. El examen lo puede realizar un médico u odontólogo elegido por Aetna y correrá por cuenta de Aetna.

Plazos para el procesamiento de reclamaciones

Reclamaciones de atención de urgencias

Si el Plan exige la aprobación por adelantado de un servicio, suministro o procedimiento antes de que un beneficio sea pagadero, y si Aetna o su médico determina que se trata de una reclamación de atención de urgencia, se le notificará la decisión, ya sea adversa o no, lo antes posible, pero a más tardar 72 horas después de la recepción de la reclamación.

Si no hay suficiente información para decidir la reclamación, se le notificará la información necesaria para que complete la reclamación lo antes posible, pero a más tardar 24 horas después de la recepción de la reclamación. Se le dará un tiempo adicional razonable, pero no menos de 48 horas, para que proporcione la información, y se le notificará la decisión a más tardar 48 horas después del final de ese período adicional (o después de recibirse la información, si es anterior).

Otras reclamaciones (antes y después del servicio)

Si el Plan exige que usted obtenga aprobación anticipada de un servicio, suministro o procedimiento no urgente antes de que se pague un beneficio, una solicitud de aprobación anticipada se considera una reclamación previa al servicio. Se le notificará la decisión a más tardar 15 días después de la recepción de la reclamación previa al servicio.

Para otras reclamaciones (reclamaciones posteriores al servicio), se le notificará la decisión a más tardar 30 días después de la recepción de la reclamación.

Ya sea para una reclamación previa o posterior al servicio, estos períodos pueden prorrogarse hasta 15 días adicionales debido a circunstancias fuera del control de Aetna. En ese caso, se le notificará la prórroga antes de que finalice el período inicial de 15 o 30 días. Por ejemplo, los plazos podrán prorrogarse porque no usted no haya presentado suficiente información, en cuyo caso se le notificará la información específica necesaria y se le dará un período adicional de al menos 45 días después de la recepción de la notificación para proporcionar esa información. Se le notificará la decisión que tome Aetna sobre la reclamación a más tardar 15 días después del final de ese período adicional (o después de la recepción de la información, si es anterior).

Para reclamaciones previas al servicio en las que se nombra a un reclamante específico, una afección médica y un servicio o suministro para el cual se solicite aprobación, y que se presenten a un representante de Aetna responsable de manejar asuntos de beneficios pero que, de otro modo, no se presenten de conformidad con los procedimientos exigidos por el Plan para presentar reclamaciones previas al servicio, usted recibirá una notificación de dicha falta de conformidad en un plazo de cinco días (dentro de las 24 horas en el caso de una reclamación de atención urgente) y los procedimientos adecuados que deberá seguir. La notificación podrá 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 precertificación o preautorización. Las predeterminaciones no se consideran reclamaciones (previas o posteriores al servicio) y no están sujetas a los derechos de apelación y revisión externa que se prevén para una determinación de precertificación o una determinación de reclamaciones posteriores al servicio.

Una predeterminación es elegible para una reconsideración interna.

Curso de tratamiento continuo

Si ha recibido una preautorización para un régimen de tratamiento en curso, se le notificará con anticipación si se pretende cancelar o reducir el curso de tratamiento previamente autorizado para que usted tenga la oportunidad de apelar cualquier decisión ante Aetna y recibir una decisión sobre esa apelación antes de que la terminación o reducción entre en vigor. Si el curso del tratamiento implica atención urgente y usted solicita una prórroga del curso del tratamiento al menos 24 horas antes de su vencimiento, se le notificará la decisión dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud.

Reclamaciones de salud: apelaciones estándar

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

Una “determinación de beneficios adversa” es una denegación, reducción, terminación o falta de prestación o pago (total o parcial) de un servicio, suministro o beneficio. Una determinación adversa de beneficios puede basarse en:

- Su inelegibilidad para la cobertura, incluyendo la terminación retrospectiva de la cobertura (ya sea que exista o no un efecto adverso en algún beneficio en particular);

- Determinaciones de cobertura, incluyendo limitaciones o exclusiones del plan;
- Los resultados de cualquier actividad de revisión de utilización;
- Una decisión en el sentido de que el servicio o suministro es experimental o de investigación; o
- Una decisión en el sentido de que el servicio o suministro no es médicamente necesario.

Una “Determinación de beneficios adversa interna final” se define como una Determinación adversa de beneficios que ha sido confirmada por el fiduciario designado correspondiente (Aetna) al finalizar el proceso de apelaciones internas, o una Determinación adversa de beneficios para la cual se haya agotado el proceso de apelaciones internas.

Agotamiento del proceso de apelación interna

Generalmente, a usted se le exige que complete todos los procesos de apelación del Plan antes de poder obtener una Revisión externa o iniciar una medida en un litigio. Sin embargo, si Aetna, o el Plan o su designado, no cumplen estrictamente con todos los requisitos de apelación y determinación de reclamaciones conforme a cualquier ley aplicable, se considera que usted ha agotado los requisitos de apelación del Plan (la regla “Se considera que se han agotado los recursos”) y puede proceder con la Revisión externa.

Existe una excepción a la regla de «Se considera que se han agotado los recursos». Es posible que su reclamación o apelación interna no pase directamente a revisión externa si:

- Una infracción de las reglas fue menor y no es probable que influya en una decisión o le perjudique a usted; y
- Fue por una buena causa o estaba fuera del control de Aetna, del Plan o de su designado; y
- Fue parte de un intercambio continuo de buena fe entre usted y Aetna o el Plan.

Usted puede solicitar al Plan o a Aetna una explicación por escrito de la infracción, que luego debe entregarse dentro de los 10 días y debe incluir una descripción específica de su fundamento, si corresponde, en la que usted aduzca que la infracción no debe dar lugar a que se considere agotado el proceso interno de reclamaciones y apelaciones. Si un revisor externo o un tribunal rechaza su solicitud de revisión inmediata basándose en que el Plan haya cumplido con los estándares para la excepción, usted tiene derecho a volver a presentar y continuar con la apelación interna de la reclamación. En tal caso, dentro de un tiempo razonable después que el revisor externo o el tribunal rechace la reclamación para revisión inmediata (que no exceda los 10 días), usted recibirá un aviso de la oportunidad de volver a presentar y continuar con la apelación interna de la reclamación. Los plazos para volver a presentar la reclamación comienzan a correr a partir de la recepción de dicha notificación.

Revisión completa y justa de las determinaciones y apelaciones de reclamaciones

Aetna le proporcionará, sin cargo, cualquier evidencia nueva o adicional considerada, en la que Aetna se base o generada por Aetna (o bajo la dirección de Aetna), o cualquier justificación nueva o adicional tan pronto como sea posible y con suficiente antelación a la fecha en el que se proporcione el aviso de Determinación adversa interna final de beneficios, para darle una oportunidad razonable de responder antes de esa fecha.

Usted puede presentar una apelación por escrito a Aetna a la dirección indicada en este folleto o, si su apelación es de carácter urgente, puede llamar a la Unidad de Servicios para Miembros de Aetna al número de teléfono gratuito que figura en el reverso de su tarjeta de identificación (también figura al final de este folleto).

Su solicitud debe incluir el nombre del grupo (es decir, su empleador), su nombre, identificación de miembro u otra información de identificación que se muestre en el anverso del formulario de Explicación de beneficios, y cualquier otro comentario, documento, registro y otra información que desee sean considerados, ya sea que usted la haya presentado o no en relación con la reclamación inicial.

Un representante de Aetna puede llamarle a usted o a su proveedor de atención de la salud para obtener registros médicos y/u otra información pertinente para responder a su apelación.

Tendrá 180 días después de recibir una determinación adversa de beneficios para apelar la determinación ante Aetna. Se le notificará la decisión a más tardar 15 días (para reclamaciones previas al servicio) o 30 días (para reclamaciones posteriores al servicio) después de la recepción de la apelación. Usted puede enviar comentarios, documentos, registros y otra información por escrito relacionados con su reclamación, independientemente de si los comentarios, documentos, registros u otra información se enviaron en relación con la reclamación inicial. Una copia de la regla, pauta o protocolo específico en el que se basa la Determinación adversa de beneficios se proporcionará de forma gratuita si usted o su Representante autorizado así lo solicita. También puede solicitar que Aetna le proporcione, sin cargo, copias de todos los documentos, registros y otra información pertinente a la reclamación.

Si su reclamación involucra la atención de una urgencia, se puede iniciar una apelación acelerada mediante una llamada telefónica al número de teléfono incluido en su explicación de denegación o al Servicio para Miembros de Aetna. El número de teléfono de Servicios para Miembros de Aetna se encuentra en su tarjeta de identificación. Usted o su representante autorizado pueden apelar las denegaciones de reclamaciones de atención de urgencia, ya sea oralmente o por escrito. Toda la información necesaria, incluyendo la decisión de la apelación, se comunicará entre usted o su representante autorizado y Aetna por teléfono, fax u otro método similar. Se le notificará la decisión a más tardar 36 horas después de la recepción de la apelación.

Si no está satisfecho(a) con la decisión de apelación de una reclamación de atención de urgencia, usted puede presentar una apelación de segundo nivel ante Aetna. Se le notificará la decisión a más tardar 36 horas después de la recepción de la apelación.

Si no está satisfecho(a) con una decisión de apelación previa o posterior al servicio, puede presentar una apelación de segundo nivel ante Aetna dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la decisión de apelación de nivel uno. Aetna le notificará la decisión a más tardar 15 días (para reclamaciones previas al servicio) o 30 días (para reclamaciones posteriores al servicio) después de la recepción de la apelación.

Reclamaciones de salud: apelaciones voluntarias

Revisión externa

“Revisión externa” es una revisión de una determinación adversa de beneficios o una determinación adversa interna final de beneficios realizada por una Organización de Revisión Independiente/Organización de Revisión Externa (ERO).

Una “decisión final de revisión externa” es una determinación de una ERO al concluir una revisión externa.

Usted debe completar todos los niveles de apelación estándar descritos anteriormente antes de poder solicitar una revisión externa, excepto en un caso en el que se haya aplicado la regla «Se considera que se han agotado los recursos». Sujeto a los procedimientos de verificación que el Plan pueda establecer, su representante autorizado puede actuar en su nombre al presentar y llevar adelante esta apelación voluntaria.

Usted puede presentar una apelación voluntaria para una revisión externa de cualquier determinación adversa de beneficios o cualquier determinación adversa interna final de beneficios que involucre:

- criterio médico (incluyendo, entre otras, determinaciones de necesidad médica, determinaciones de que un tratamiento es experimental o de investigación, o determinación de elegibilidad para una recompensa conforme a un programa de bienestar); o
- una determinación de si el Plan cumple con las medidas de protección contra facturación sorpresiva y costos compartidos conforme a la ley federal.

Los requisitos adicionales para presentar una revisión externa se establecen a continuación.

El aviso de determinación adversa de beneficios o determinación adversa de beneficios interna final que reciba de Aetna describirá el proceso a seguir, si desea realizar una revisión externa, e incluirá una copia del *formulario de Solicitud de revisión externa*.

Debe enviar el *formulario de Solicitud de revisión externa a Aetna* dentro de los 123 días calendario contados a partir de la fecha en que usted recibió la determinación adversa de beneficios o el aviso interno final de determinación adversa de beneficios. Si la última fecha de presentación cae en día sábado, domingo o feriado federal, la última fecha de presentación se prorrogará al día siguiente que no sea sábado, domingo ni feriado federal. También debe incluir una copia del aviso y toda otra información pertinente que respalde su solicitud.

Si presenta una apelación voluntaria, se aplicará cualquier estatuto de limitaciones aplicable mientras la apelación esté pendiente. La presentación de una reclamación no tendrá ningún efecto sobre sus derechos a obtener otros beneficios contemplados en el Plan. Sin embargo, la apelación es voluntaria y no es necesario emprenderla antes de emprender acciones legales.

Si decide no solicitar una revisión voluntaria, el Plan no afirmará que usted no ha agotado sus recursos administrativos debido a esa decisión.

Solicitud de revisión externa

El proceso de revisión externa conforme a este Plan le brinda la oportunidad de recibir una revisión de una determinación adversa de beneficios (incluyendo una determinación adversa de beneficios interna final) realizada de conformidad con la ley aplicable. Su solicitud será elegible para revisión externa si se cumple lo siguiente:

- Aetna, o el Plan o su designado, no cumplen estrictamente todos los requisitos de determinación y apelación de reclamaciones conforme a la ley federal; o
- se han agotado los niveles estándar de apelación; o
- el recurso se refiere a una rescisión, definida como cancelación o suspensión de la cobertura, que tiene efecto retroactivo.

Una determinación adversa de beneficios basada en su elegibilidad no es elegible para revisión externa.

Si en el nivel estándar final de apelación se confirma la denegación de cobertura y se determina que usted es elegible para una revisión externa, se le informará por escrito de los pasos necesarios para solicitar una revisión externa.

Una organización de revisión independiente remite el caso para que lo revise un revisor clínico independiente y neutral con la experiencia adecuada en el área en cuestión. La decisión del revisor experto externo independiente es vinculante para usted, Aetna y el Plan, a menos que la ley disponga de otra manera.

Revisión preliminar

Dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la solicitud, Aetna debe proporcionar una revisión preliminar que determine que: usted estaba cubierto por el Plan en el momento en que se solicitó o se prestó el servicio, la determinación no se relaciona con la elegibilidad, usted ha agotado los procesos de apelaciones internas (a menos que se haya aplicado la regla «Se considera que se han agotado los recursos») y haya proporcionado toda la documentación necesaria para completar la revisión externa.

Dentro de un día hábil después de completar la revisión preliminar, Aetna debe enviarle una notificación por escrito. Si la solicitud está completa, pero no es elegible para revisión externa, dicha notificación incluirá los motivos de por qué esta no sería elegible y la información de contacto de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (número gratuito 866-444-EBSA (3272)). Si la solicitud no está completa, dicha notificación describirá la información o los materiales necesarios para completar la solicitud y Aetna debe permitirle perfeccionar la solicitud para revisión externa dentro del período de presentación de 123 días calendario o dentro del período de 48 horas posteriores a la recepción de la notificación, lo que ocurra más tarde.

Remisión a ERO

Aetna asignará una organización ERO acreditada según lo exige la ley federal para realizar la revisión externa. La ERO asignada le notificará oportunamente por escrito sobre la elegibilidad y aceptación de la solicitud para revisión externa y le brindará la oportunidad de presentar por escrito, dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha de recepción, cualquier información adicional que la ERO deba tomar en cuenta al realizar la revisión de la evaluación externa. Dentro de un (1) día hábil después de tomar la decisión, la ERO debe enviar una notificación a usted, a Aetna y al Plan.

La ERO revisará toda la información y los documentos recibidos oportunamente. Al llegar a una decisión, la ERO asignada revisará la reclamación y no estará obligada por ninguna decisión o conclusión alcanzada durante el proceso interno de reclamaciones y apelaciones del Plan. Además de los documentos y la información proporcionada, la ERO asignada, en la medida en que estén disponibles información o los documentos y la ERO los considere adecuados, considerará lo siguiente para tomar una decisión:

- Sus registros médicos;
- La recomendación del profesional de la salud que le atiende;
- Informes de profesionales de atención de la salud adecuados y otros documentos presentados por el Plan o el emisor, usted o su profesional tratante;
- Los términos de su Plan para garantizar que la decisión de la ERO no sea contraria a los términos del Plan, a menos que los términos sean incompatibles con la ley aplicable;
- Pautas de práctica apropiadas, que deben incluir estándares aplicables basados en evidencia y pueden incluir cualquier otra guía de práctica desarrollada por el gobierno federal, sociedades, juntas y asociaciones médicas nacionales o profesionales;

- Cualquier criterio de revisión clínica aplicable desarrollado y utilizado por Aetna, a menos que el criterio sea incompatible con los términos del Plan o con la ley aplicable; y
- La opinión del revisor o revisores clínicos de la ERO después de considerar la información descrita en este aviso, en la medida en que estén disponibles información o documentos, y el revisor o revisores clínicos lo consideren apropiado.

La ERO asignada debe dar un aviso por escrito de la decisión final de la revisión externa dentro de los 45 días posteriores al momento en que la ERO reciba la solicitud de revisión externa. La ERO debe entregarle a usted, a Aetna y al Plan el aviso de la decisión final de revisión externa.

Después de una decisión final de revisión externa, la ERO debe mantener registros de todas las reclamaciones y avisos asociados con el proceso de revisión externa durante seis años. Una ERO debe poner dichos registros a disposición para que el reclamante, el Plan o la agencia de supervisión estatal o federal los examinen previa solicitud, excepto cuando dicha revelación contravenga las leyes de privacidad estatales o federales.

Al recibir una notificación de una revisión externa final, una decisión que revoque la determinación adversa de beneficios o una determinación adversa interna final de beneficios, el Plan debe proporcionar inmediatamente cobertura o pago (incluyendo la autorización inmediata o el pago inmediato de beneficios) para satisfacer la reclamación.

Revisión externa acelerada

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

- Una determinación adversa de beneficios si la determinación adversa de beneficios involucra una afección médica para la cual el plazo para completar una apelación interna acelerada pondría en grave peligro su vida o su salud o pondría en peligro su capacidad para recuperar la función máxima y usted ha presentado una solicitud de apelación interna acelerada; o
- Una determinación final adversa interna de beneficios, si usted tiene una afección médica para la cual el plazo para completar una revisión externa estándar pondría en grave peligro su vida o su salud, o pondría en peligro su capacidad para recuperar la función máxima, o si la determinación final adversa interna de beneficios se refiere a una admisión, disponibilidad de atención, prolongación de estadía o un ítem o servicio de atención de la salud por el cual usted recibió servicios de emergencia, pero no ha sido dado de alta de un centro asistencial.

Inmediatamente después de recibir la solicitud de revisión externa acelerada, Aetna determinará si la solicitud cumple con los requisitos de revisión establecidos anteriormente para la revisión externa estándar. Aetna debe enviarle inmediatamente un aviso sobre su determinación de elegibilidad.

Remisión de revisión acelerada a una ERO

Después de la determinación en el sentido de que una solicitud es elegible para una revisión externa luego de una revisión preliminar, Aetna asignará una ERO. La ERO tomará una decisión tan rápidamente como lo exijan su afección médica o sus circunstancias, pero en ningún caso más de 72 horas después de que la ERO reciba la solicitud de una revisión externa acelerada. Si el aviso no es por escrito, dentro de las 48 horas posteriores a la fecha de entrega del aviso, la ERO asignada debe proporcionarle a usted, a Aetna y al Plan una confirmación por escrito de la decisión.

Fiduciario de reclamaciones

Las decisiones sobre reclamaciones las toma el Fiduciario de reclamaciones de conformidad con las disposiciones del Plan. El Fiduciario de reclamaciones tiene completa autoridad para revisar las reclamaciones de beneficios denegadas en el marco del Plan. Esto incluye, entre otras facultades, determinar si el tratamiento médico u hospitalario es o no médicamente necesario. Al ejercer su responsabilidad fiduciaria, el Fiduciario de reclamaciones tiene autoridad discrecional para:

- Determinar si usted y sus dependientes cubiertos tienen derecho a recibir beneficios, y en qué medida; y, asimismo,
- Interpretar las disposiciones del Plan cuando surja alguna duda.

El Fiduciario de reclamaciones tiene derecho a adoptar políticas, procedimientos, reglas e interpretaciones razonables del Plan para promover una administración ordenada y eficiente. El Fiduciario de reclamaciones no podrá actuar de manera arbitraria o caprichosa, lo que sería un abuso de su autoridad discrecional.

Aetna es el fiduciario de reclamaciones del Plan y tiene autoridad discrecional para revisar todas las reclamaciones de beneficios denegadas en el marco del Plan.

La Universidad es responsable de realizar informes y revelaciones, incluyendo la preparación, distribución y contenido final de:

- Descripciones resumidas de planes;
- Resumen de modificaciones materiales; y
- Tablas de beneficios.

Reclamos

El Plan tiene procedimientos que usted debe seguir si no está satisfecho(a) con el servicio que recibe del Plan o si desea presentar un reclamo sobre un proveedor dentro de la red. Para presentar un reclamo sobre un problema operativo o la calidad de la atención que recibió, usted debe escribir a Servicios para miembros (Member Services) dentro de los 30 días posteriores al incidente. Incluya una descripción detallada del asunto e incluya copias de cualquier registro o documento que considere pertinente. Aetna revisará la información y le dará una decisión por escrito dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción del reclamo, a menos que se necesite información adicional, pero no se pueda obtener dentro de este plazo. El aviso de la decisión le indicará lo que debe hacer para solicitar una revisión adicional.

Recuperación de pagos en exceso (sobrepagos)

Cuando Aetna identifica un sobrepago, notifica al proveedor sobre el sobrepago y le da la oportunidad de disputar el sobrepago. Aetna también informa al proveedor en el sentido de que Aetna deducirá (compensará) el monto de sobrepago de una reclamación futura, si no se presenta una disputa. Estos son los siguientes pasos del proceso:

1. Si no hay ninguna disputa por parte del proveedor ni ninguna otra restricción, entonces Aetna podrá compensar el monto de sobrepago deduciéndolo de un pago posterior a ese proveedor. De hecho, algunos proveedores prefieren la conveniencia de la compensación de un sobrepago en el siguiente pago. Aetna

realiza conciliaciones frecuentes con los proveedores para garantizar que les paguemos los montos correctos en toda nuestra cartera de negocios.

2. Si ciertas reclamaciones están en estatus de sobrepago con un determinado proveedor, Aetna compensará los pagos futuros adeudados a ese proveedor en los montos de esos pagos en exceso.
3. Si Aetna recupera un sobrepago a un proveedor en nombre de un plan, acreditará por separado al plan que realizó dicho sobrepago para la recuperación del sobrepago. **El crédito por el sobrepago y el pago de reclamaciones son transacciones *por separado* y se reflejan como tales en los sistemas contables de Aetna.**

No se podrá iniciar ninguna acción legal para recuperar un beneficio tres (3) años después de la fecha límite para presentar reclamaciones.

Información administrativa

Esta sección incluye información sobre la administración del Plan descrito en esta Descripción Resumida del Plan. Aunque es posible que usted no necesite esta información para su participación diaria, es información que puede resultarle importante cada cierto tiempo.

Información del plan

Nombre del plan

The University of Virginia Health Plan (*Plan de Salud de la Universidad de Virginia*)

Número de identificación del empleador (EIN)

54-6001796

Número de plan

476522

Patrocinador del plan

The University of 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 – 31 de diciembre

Administrador de reclamaciones de salud médica y conductual

Aetna
151 Farmington Avenue
Hartford, CT 06156

800-987-9072

Gerente de beneficios de medicamentos recetados

Aetna
151 Farmington Avenue
Hartford, CT 06156

800-987-9072

Documentos del plan

Este es el documento oficial del Plan que rige el Plan y que también se conoce como Descripción Resumida del Plan (este libro). El documento del Plan rige el Plan. Hay copias de este documento disponibles para su inspección durante el horario comercial habitual en la oficina del Patrocinador del Plan. Usted (o su representante personal) puede obtener una copia de estos documentos descargándolos del sitio web de Recursos Humanos de la UVA: <https://hr.virginia.edu/> o mediante solicitud por escrito dirigida al Patrocinador del Plan, por un cargo nominal.

Interpretación de las reglas de elegibilidad

El Patrocinador del Plan tendrá el derecho exclusivo a interpretar el significado de cualquier descripción de las reglas de elegibilidad y de inscripción.

Futuro del Plan

Aunque la Universidad espera continuar indefinidamente el Plan descrito en este libro, necesariamente se reserva el derecho de interrumpir el Plan o implementar cualquier cambio en cualquier momento y por cualquier motivo, a criterio exclusivo de la Universidad.

La Universidad podrá enmendar, modificar, revocar o terminar el Plan en cualquier momento, según lo determine, y a su entera discreción. La decisión de la Universidad de rescindir o finalizar el Plan podrá deberse a cambios en las leyes federales o estatales que rigen los beneficios de los empleados o los requisitos del Servicio de Impuestos Internos (*Internal Revenue Service*). Un cambio de Plan puede transferir los activos y las deudas del Plan a otro plan o dividir el Plan en dos o más partes. Si la Universidad cambia o cancela el Plan, podrá decidir establecer un plan diferente que brinde beneficios similares o diferentes.

Si se rescinde el Plan, ni los empleados activos ni los jubilados tendrán derecho a ningún otro beneficio del Plan rescindido, excepto aquellas reclamaciones incurridas antes de la fecha de rescisión o según lo dispuesto en los contratos individuales. Además, si se modifica el Plan, todas las personas cubiertas (activas, jubiladas o dependientes) podrán estar sujetas a una cobertura y beneficios modificados.

El monto y la forma de cualquier beneficio final que usted reciba dependerán de cualquier documento del Plan o disposiciones del contrato que afecten los planes y decisiones de la Universidad. Una vez que se hayan pagado todos los beneficios y se hayan cumplido otros requisitos de la ley, los activos restantes del Plan se entregarán a la Universidad.

Ausencia de discriminación

El Plan de Salud de la Universidad de Virginia y Aetna cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. El Plan y Aetna no excluyen a las personas ni las tratan de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Plan de Salud de la UVA y Aetna:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados en lengua de signos
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, entre los cuales se incluyen:
 - Intérpretes calificados
 - Información por escrito en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Funcionario de privacidad del Plan de Salud de la Universidad de Virginia, 434-924-4346, al AskHR@virginia.edu, o por correo: Attention Health Plan Privacy Officer, 2420 Old Ivy Road, P.O. Box 400127, Charlottesville, VA 22904-4127.

Si usted cree que UVA Health Plan no le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: the UVA Privacy Officer, 434-924-4346, at AskHR@virginia.edu, o por correo: Attention Health Plan Privacy Officer, 2420 Old Ivy Road, P.O. Box 400127, Charlottesville, VA 22904-4127.

Si cree que Aetna no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Civil Rights Coordinator, PO Box 14462, Lexington, KY 40512, 800-648-7817, TTY 711, Fax 859-425-3379, CRCoordinator@aetna.com. Miembros de HMO/HNO de California: Civil Rights Coordinator, PO Box 24030 Fresno CA, 93779, 800-648-7817, TTY 711, Fax 860-262-7705, CRCoordinator@aetna.com. Usted puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. electrónicamente a través del Portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

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

Privacidad de su información de salud

Este aviso describe cómo se puede utilizar y revelar su información médica y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor, revíselo detenidamente.

El compromiso del Plan de la Universidad de Virginia con la privacidad

El Plan de Salud de la Universidad de Virginia y el Plan Dental de la Universidad de Virginia (denominados colectivamente el "Plan") se comprometen a proteger la privacidad de su información de salud protegida. La información de salud protegida, a la que se hace referencia como "información de salud" en este Aviso, es información que le identifica a usted y se relaciona con su salud física o mental, o con la prestación o el pago de servicios de salud brindados a usted. El Plan crea, recibe y mantiene su información de salud cuando le brinda beneficios de salud, dentales, de medicamentos recetados y de cuentas de gastos médicos flexibles a usted y a sus dependientes elegibles. El Plan también se compromete a brindarle ciertos derechos relacionados con su información de salud.

Mediante este Aviso de prácticas de privacidad ("Aviso"), el Plan le informa que tiene las siguientes obligaciones legales conforme a las disposiciones federales de privacidad de salud contenidas en la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA") y las regulaciones relacionadas ("ley federal de privacidad de la salud"):

- mantener la privacidad de su información de salud;
- proporcionarle este Aviso de sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud;
- cumplir con los términos de este Aviso actualmente vigente; y
- notificarle sobre violaciones de su información de salud según lo exigen las leyes federales de privacidad de salud u otras leyes.

Este Aviso también le informa cómo el Plan usa y revela su información de salud y explica los derechos que usted tiene con respecto a su información de salud mantenida por el Plan. Para los fines de este Aviso, "usted" o "suyo" se refiere a los participantes asegurados y dependientes elegibles.

Este Aviso entró en vigencia inicialmente a partir del 14 de abril de 2003. Este aviso fue revisado a partir del 1 de enero de 2013, el 1 de septiembre de 2013, el 1 de enero de 2014, el 1 de enero de 2016, el 1 de enero de 2017, el 1 de enero de 2018, el 1 de enero de 2019, el 1 de enero de 2020, el 1 de enero de 2021, el 1 de enero de 2022 y el 1 de enero de 2023.

Información sujeta a este aviso

El Plan crea, recibe y mantiene cierta información de salud sobre usted para ayudar a brindarle beneficios de salud, así como para cumplir con los requisitos legales y reglamentarios. El Plan obtiene esta información de salud, que le identifica a usted, a partir de solicitudes y otros formularios que usted completa, a través de conversaciones que pueda tener con el personal administrativo y los profesionales de atención de la salud del Plan, y a partir de informes y datos proporcionados al Plan por proveedores de servicios de atención de la salud y compañías de seguros y otros terceros. La información de salud que el Plan tiene sobre usted incluye, entre otros elementos, su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social e información sobre reclamaciones médicas y de salud. Esta es la información que está sujeta a las prácticas de privacidad descritas en este Aviso.

Este Aviso no se aplica a la información de salud creada, recibida o mantenida por la Universidad de Virginia en nombre de los beneficios para empleados no relacionados con la salud que patrocina, como beneficios por discapacidad y beneficios de seguro de vida. Este Aviso tampoco se aplica a la información de salud que la Universidad de Virginia solicita, recibe y mantiene sobre usted con fines laborales, como pruebas para empleo o para determinar su elegibilidad para beneficios de permiso de ausencia médica o adaptaciones por discapacidad.

Resumen de las prácticas de privacidad del plan

Usos y revelaciones de su información de salud por parte del plan

Generalmente, usted debe proporcionar una autorización por escrito al Plan para que use o revele su información de salud. Sin embargo, el Plan podrá usar y revelar su información de salud sin su autorización para la administración del Plan y para procesar reclamaciones. El Plan también podrá usar y revelar su información de salud sin su autorización para otros fines, según lo permita la ley federal de privacidad de la salud, como salud y seguridad, aplicación de la ley o fines de emergencia. Los detalles de los usos y revelaciones de su información de salud por parte del Plan se describen a continuación.

Sus derechos relacionados con su información de salud

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

- Inspeccionar y/o copiar su información de salud;
- Solicitar que se modifique su información de salud;
- Solicitar un informe de ciertas revelaciones de su información de salud;
- Solicitar ciertas restricciones relacionadas con el uso y revelación de su información de salud;
- Solicitar recibir su información de salud a través de comunicaciones confidenciales;
- Presentar un reclamo ante el Plan o el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que se han violado sus derechos de privacidad; y
- Recibir una copia impresa de este Aviso.

Estos derechos y la manera en que usted puede ejercerlos se detallan a continuación.

Cambios en las prácticas de privacidad del plan

El Plan se reserva el derecho a cambiar sus prácticas de privacidad y revisar este Aviso, como se describe a continuación.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre las prácticas de privacidad del Plan o sobre este Aviso, si desea obtener información adicional sobre las prácticas de privacidad del Plan o si desea presentar un reclamo, comuníquese con:

UVA Health Plan Privacy Officer
2420 Old Ivy Road
P.O. Box 400127
Charlottesville, VA 22904-4127

434-924-4346

Aviso detallado de las políticas de privacidad del plan: usos y revelaciones del plan

Excepto en la medida en que se describe en esta sección, según lo dispuesto por la ley federal de privacidad de salud, o según usted de otro modo lo haya autorizado, el Plan solo usa y revela su información de salud para fines de la administración del Plan y el procesamiento de reclamaciones de salud. Los usos y revelaciones que no requieren su autorización por escrito se describen a continuación.

Usos y revelaciones para tratamiento, pagos y operaciones de atención de la salud

- Para tratamiento. El Plan podrá revelar su información de salud a un proveedor de atención de la salud, como un hospital o un médico, para ayudar al proveedor a brindarle tratamiento.
- Para pagos. El Plan podrá usar y revelar su información de salud sin su autorización para que sus reclamaciones por servicios de atención de la salud puedan pagarse de conformidad con los términos del Plan. Por ejemplo, el Plan podrá usar y revelar su información de salud para determinar si ciertos servicios de atención de la salud que usted procure están cubiertos por el Plan, o para procesar sus reclamaciones de atención de la salud. El Plan también puede revelar su información de salud para coordinar el pago de la atención de su salud con otras personas que puedan ser responsables de ciertos costos.
- Para operaciones de atención de la salud. El Plan podrá usar y revelar su información de salud sin su autorización para que pueda operar de manera eficiente y para el beneficio de sus participantes. Por ejemplo, el Plan podrá revelar su información de salud con fines de análisis crediticio, de planificación comercial o a abogados que prestan servicios legales al Plan. El Plan de Salud no puede usar ni revelar información personal sobre salud (PHI, por sus siglas en inglés) que sea información genética para ningún propósito de análisis crediticio según las reglas de GINA (Ley que prohíbe la discriminación por información genética).

Usos y revelaciones a socios comerciales

El Plan podrá revelar cierta información de su salud sin su autorización a sus "socios comerciales", que son terceros que ayudan al Plan en sus operaciones. Por ejemplo, el Plan podrá compartir la información de sus reclamaciones con un socio comercial que preste servicios de procesamiento de reclamaciones al Plan, y el Plan podrá revelar su información de salud a sus socios comerciales para fines de proyección actuarial y auditoría, además de servicios legales. El Plan celebra contratos con sus socios comerciales, a quienes les exige proteger la privacidad de la información de salud de usted.

Usos y revelaciones al patrocinador del plan

El Plan podrá revelar su información de salud, sin su autorización, al Patrocinador del Plan, que es la Universidad de Virginia, para fines de administración del plan, como realizar funciones de control de calidad y para funciones de seguimiento y auditoría. El Patrocinador del Plan certificará al Plan que este protegerá la privacidad de su información de salud y que ha modificado los documentos del plan de modo que quede constancia de su obligación de proteger la privacidad de la información de salud de usted.

Otros usos y revelaciones que pueden realizarse sin su autorización

La ley federal de privacidad de la salud establece usos o revelaciones específicos de su información de salud que el Plan puede realizar sin su autorización, algunos de los cuales se describen a continuación.

- Exigido por ley. El Plan podrá usar y revelar información de salud sobre usted según lo exija la ley. Por ejemplo, el Plan podrá revelar su información de salud para los siguientes propósitos: para procedimientos judiciales y administrativos de conformidad con el proceso y la autoridad legal; para reportar información relacionada con víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica; o para ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en sus deberes de aplicación de la ley.
- Salud y seguridad. Su información de salud podrá ser revelada para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad, o la de cualquier otra persona, de conformidad con la ley aplicable. Su información de salud también podrá ser revelada para actividades de salud pública, como la prevención o el control de enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Funciones de Gobierno. Su información de salud podrá ser revelada al gobierno para funciones gubernamentales especializadas, como inteligencia, actividades de seguridad nacional y protección de funcionarios públicos. Su información de salud también podrá ser revelada a agencias de supervisión de la salud que vigilen el sistema de atención de la salud para fines de auditorías, autorizaciones de investigaciones y otras actividades de supervisión.
- Miembros Activos de las Fuerzas Armadas y Veteranos. Su información de salud podrá ser utilizada o revelada para cumplir con las leyes y regulaciones relacionadas con el servicio militar o los asuntos de los veteranos.
- Compensación de trabajadores. Su información de salud podrá ser utilizada o revelada para cumplir con las leyes y regulaciones relacionadas con los beneficios de Compensación de trabajadores.
- Situaciones de emergencia. Su información de salud podrá ser utilizada o revelada a un familiar o amigo personal cercano que participe en su atención en caso de una emergencia, o a una entidad de ayuda en casos de desastre, si se presentan tales percances.
- Familiares y amigos que participan en sus cuidados. Podremos revelar información de salud sobre usted a un familiar, a un amigo o a otra persona que participe en la atención de su salud o en el pago de la atención de su salud, como el suscriptor de su plan de beneficios de salud, siempre que la información sea directamente pertinente para la participación de esa persona en la atención de su salud o el pago por esa atención. Por ejemplo, si un familiar o un cuidador nos llama con conocimiento previo de una reclamación, podremos confirmar si la reclamación se recibió y si fue pagada. Usted tiene derecho a detener o limitar este tipo de revelación llamando al número gratuito de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación. Para autorizar revelaciones a un familiar u otra persona, llame al número gratuito de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación para revelar información del Administrador Externo, y a la Oficina de Privacidad al 434.924.4346 para poder revelar información del Plan de Salud de la UVA. Si usted fallece, el Plan podrá revelar su información de salud a las personas que participan en su atención o en el pago de la atención de su salud antes de su muerte, la información de salud que sea pertinente para la participación de la persona, a menos que usted previamente haya dado al Plan otras indicaciones.
- Representantes personales. Su información de salud podrá ser revelada a personas que usted haya autorizado para que actúen en su nombre, o personas que tengan tal relación con usted, que les confiera el derecho a actuar en su nombre. Ejemplos de representantes personales son los padres de menores y aquellos adultos con poderes legales acreditados.

- Información sobre tratamientos y beneficios relacionados con la salud. El Plan y sus socios comerciales podrán comunicarse con usted para suministrarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle, incluyendo, por ejemplo, tratamientos, servicios y medicamentos alternativos.
- Investigación. Bajo ciertas circunstancias, el Plan podrá usar o revelar su información de salud con fines de investigación, siempre que se respeten los procedimientos exigidos por la ley para proteger la privacidad de los datos de la investigación.
- Donación de órganos y tejidos. Si usted es donante de órganos, el Plan podrá usar o revelar su información de salud a un donante u organización de obtención de órganos para facilitar un trasplante que implique donación de órganos o tejidos.
- Personas fallecidas. La información de salud de una persona fallecida podrá revelarse a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias para que dichos profesionales puedan desempeñar sus funciones.

Usos y revelaciones para fines de recaudación de fondos y mercadotecnia

El Plan no utiliza su información de salud para fines de recaudación de fondos ni para mercadotecnia y no vende su información de salud protegida.

Cualquier otro uso y revelación requiere su autorización expresa por escrito

Los usos y revelaciones de su información de salud distintos a los descritos anteriormente o permitidos por la ley federal de privacidad de salud se realizarán únicamente con su autorización expresa por escrito. También se requiere su autorización por escrito para la mayoría de los usos o revelaciones de notas de psicoterapia (cuando corresponda). Usted podrá revocar su autorización por escrito. Si lo hace, el Plan no utilizará ni revelará la información sobre su salud prevista en la autorización revocada, salvo en la medida en que el Plan ya se haya acogido a su autorización.

Una vez que su información de salud haya sido revelada de conformidad con su autorización, es posible que las garantías de la ley federal de privacidad de la salud dejen de aplicarse a la información de salud ya revelada, y que dicha información pueda ser revelada nuevamente por el destinatario sin el conocimiento o autorización de usted o del Plan.

Sus derechos con respecto a la información sobre su salud

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de su salud que el Plan cree, reciba y mantenga. Si usted debe presentar una solicitud por escrito relacionada con estos derechos, como se describe a continuación, debe dirigir dicha solicitud a:

UVA Health Plan Privacy Officer
2420 Old Ivy Road
P.O. Box 400127
Charlottesville, VA 22904-4127

Derecho a inspeccionar y copiar información de salud

Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información sobre su salud que el Plan mantiene en sus archivos. Esto incluye, entre otros datos, información de salud sobre elegibilidad para su plan, coberturas de los planes, registros de reclamaciones y registros de facturación.

Para inspeccionar y copiar la información de salud mantenida por el Plan, presente una solicitud por escrito al Funcionario de privacidad. El Plan podrá cobrar una tarifa por el costo de copiar y/o enviar por correo la información de salud que usted ha solicitado. En casos limitados, el Plan podrá negar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud. Si eso ocurre, el Plan le informará por escrito. Además, en determinadas circunstancias, si se le niega el acceso a su información de salud, usted puede solicitar una revisión de la denegación.

Si se concede su solicitud de acceso, entonces el Plan le concederá acceso a su información de salud en la forma y formato que haya solicitado, si es fácilmente reproducible en dicha forma o formato; si no es fácilmente reproducible, entonces el acceso se concederá en una modalidad y formato mutuamente acordados.

Derecho a solicitar que se modifique su información de salud

Usted tiene derecho a solicitar que el Plan modifique su información de salud si cree que la información es incorrecta o está incompleta.

Para solicitar una enmienda, envíe una solicitud por escrito al Funcionario de privacidad. En esta solicitud se debe indicar los motivos que respaldan su solicitud. El Plan podrá rechazar su solicitud si usted ha solicitado modificar información que:

- No haya sido creada por, o para el Plan, a menos que la persona o entidad que haya creado la información ya no esté disponible para realizar la enmienda;
- No sea parte de su información de salud mantenida por, o para el Plan;
- No sea parte de la información de salud que se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- Sea precisa y completa.

El Plan le notificará por escrito si acepta o rechaza su solicitud de modificación de su información de salud. Si el Plan rechaza su solicitud, le explicará cómo puede continuar con la enmienda denegada.

Derecho a una contabilidad de revelaciones

Usted tiene derecho a recibir un informe por escrito de las revelaciones, que es una lista de ciertas revelaciones de su información de salud por parte del Plan a otras personas. Generalmente, las siguientes revelaciones no forman parte de una contabilidad: revelaciones que hayan ocurrido antes del 14 de abril de 2003; revelaciones para tratamiento, pagos u operaciones de atención de la salud; revelaciones realizadas a, o autorizadas por usted; y ciertas otras revelaciones. La contabilidad cubre hasta seis años antes de la fecha de su solicitud (pero no las revelaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003).

Para solicitar una contabilidad de las revelaciones, envíe una solicitud por escrito al Funcionario de privacidad. Si desea una contabilidad que cubra un período de menos de seis años, indíquelo en su solicitud por escrito de una contabilidad. La primera contabilidad que usted solicite dentro de un plazo de doce meses será gratuita. Para contabilidades adicionales en un período de doce meses, el Plan podrá cobrarle el costo de proporcionar la contabilidad. Sin embargo, el Plan le notificará el costo que implica tal solicitud, antes de procesar la contabilidad para que pueda decidir si retira o modifica su solicitud antes de incurrir en costos.

Derecho a solicitar restricciones

Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre su información de atención de la salud que el Plan utilice o revele sobre su persona para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención de la salud. Usted también tiene derecho a solicitar restricciones sobre la información de su salud que el Plan revele a una persona que participe en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o un amigo. El Plan no está obligado a aceptar su solicitud de dichas restricciones, y el Plan podrá rescindir su acuerdo con las restricciones que usted haya solicitado.

Para solicitar restricciones, envíe una solicitud por escrito al Funcionario de privacidad en la que se explique qué información usted desea limitar y cómo y/o a quién le gustaría que se aplicaran los límites. El Plan le notificará por escrito si acepta su solicitud de restricciones. Para restringir el acceso a su información de salud en línea por parte del suscriptor de su póliza de salud, comuníquese con su equipo de Aetna One Advocate 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 de salud de forma confidencial por medios alternativos o en un lugar alternativo. Por ejemplo, usted puede solicitar que el Plan solo se comunique con usted en el trabajo o por correo, o que el Plan le brinde acceso a su información de salud en una ubicación específica y razonable.

Para solicitar comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en una ubicación alternativa, envíe una solicitud por escrito al Funcionario de privacidad. Su solicitud por escrito debe indicar los motivos de su solicitud y el medio alternativo o el lugar en el que le gustaría recibir su información de salud. Si corresponde, su solicitud debe indicar que la revelación de la totalidad de, o una parte de su información de salud mediante comunicaciones no confidenciales podría ponerle en peligro a usted. El Plan atenderá las solicitudes razonables y le notificará adecuadamente.

Derecho a presentar un reclamo

Usted tiene derecho a presentar un reclamo ante el Plan y/o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si cree que se han infringido sus derechos de privacidad. Para presentar un reclamo ante el Plan, envíe un reclamo por escrito al Funcionario de privacidad mencionado anteriormente.

Usted no sufrirá represalias ni discriminación y no se le negarán servicios, pagos, beneficios o privilegios por presentar un reclamo ante el Plan o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Derecho a una copia impresa de este aviso

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso. Para realizar dicha solicitud, envíe una solicitud por escrito al Funcionario de privacidad mencionado anteriormente.

Cambios en las Políticas de Privacidad del Plan

El Plan se reserva el derecho a modificar sus prácticas de privacidad y hacer que las nuevas prácticas sean efectivas para toda la información de salud protegida que mantiene, incluyendo su información de salud protegida que haya creado o recibido antes de la fecha de vigencia de la modificación y la información de salud protegida que *usted pueda* recibir en el futuro. Si el Plan cambia materialmente cualquiera de sus prácticas de privacidad, cubiertas por este Aviso, este revisará su Aviso y le proporcionará el Aviso revisado

en el próximo envío postal anual. Además, se pondrán a su disposición copias del Aviso revisado si lo solicita por escrito, y cualquier aviso revisado estará disponible en el sitio web del Plan, <https://hr.virginia.edu/>.

Información de salud protegida

Esta sección describe los procedimientos administrativos utilizados para implementar el compromiso del Plan de Salud de la Universidad de Virginia y el Plan Dental de la Universidad de Virginia (denominados colectivamente en esta sección el "Plan") con la privacidad de la información de salud protegida.

Sección 1.1 Uso y revelación de información de salud protegida

El Plan utilizará Información de salud protegida en la medida, y de conformidad con los usos y revelaciones permitidos por la HIPAA, según lo establecido en las Regulaciones de privacidad. Específicamente, el Plan utilizará y revelará Información de salud protegida para fines relacionados con tratamientos de la salud, el pago de la atención de la salud y las operaciones de atención de la salud.

- a. Las "Operaciones de atención de la salud", según se definen en 45 CFR § 164.501, con sus enmiendas, generalmente incluyen, entre otras, las siguientes actividades realizadas por, o en nombre del Plan:
 1. Evaluación de la calidad;
 2. Actividades que se realizan en la población relacionadas con la mejora de la salud o la reducción de los costos de atención de la salud, el desarrollo de protocolos, la gerencia de casos y la coordinación de la atención, la gestión de enfermedades o el contacto con proveedores de atención de la salud y pacientes con información sobre alternativas de tratamiento y funciones relacionadas;
 3. Calificar el desempeño del proveedor y del Plan, incluyendo las actividades de acreditación, certificación, autorización o credencialización;
 4. Suscripción, calificación de primas y otras actividades relacionadas con la creación, renovación o sustitución de un contrato de seguro de salud o beneficios de salud, y la cesión, obtención o colocación de un contrato de reaseguro de riesgo relacionado con reclamaciones de atención de la salud (incluyendo seguro de punto máximo de pérdidas y seguro de exceso de pérdidas);
 5. Realizar u organizar revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría, incluyendo programas de cumplimiento y detección de fraude y abuso;
 6. Planificación y desarrollo empresarial, como la realización de análisis de gestión de costos relacionados con la planificación y relacionados con la gestión y operación del Plan, incluyendo el desarrollo y administración de formularios, el desarrollo o mejora de métodos de pago o políticas de cobertura;
 7. Gerencia empresarial y actividades administrativas generales del Plan, incluyendo, entre otras: actividades de gerencia relacionadas con la implementación y cumplimiento de los requisitos de simplificación administrativa de HIPAA; servicio al cliente, incluyendo el suministro de análisis de datos para asegurados, patrocinadores de planes u otros clientes; resolución de quejas internas; diligencia debida en relación con la venta o transferencia de activos a un posible sucesor en intereses, si el posible sucesor en intereses es una "entidad cubierta" según HIPAA o, una vez materializada la venta o transferencia, pase a ser una entidad cubierta; y cualquier otra actividad considerada como actividad de "operación de atención de la salud" de conformidad con 45 CFR § 164.501.

- b. Las actividades de "pago", según se definen en 45 CFR § 164.501, con sus enmiendas, generalmente incluyen, entre otras, actividades realizadas por el Plan para obtener primas o determinar o cumplir con su responsabilidad de cobertura y provisión de los beneficios del Plan que se relacionan con una persona a quien se le brinda atención de la salud. Estas actividades incluyen, entre otras, las siguientes:
1. Determinación de elegibilidad, cobertura y montos de costos compartidos (por ejemplo, costo de un beneficio, máximos del Plan y copagos según se determine para la reclamación de una persona);
 2. Coordinación de beneficios;
 3. Adjudicación de reclamaciones de beneficios de salud (incluyendo apelaciones y otras disputas de pago);
 4. Subrogación de reclamaciones de beneficios de salud;
 5. Establecimiento de contribuciones de empleados elegibles;
 6. Montos de ajuste de riesgo adeudados en función del estatus de salud y las características demográficas del Empleado elegible;
 7. Actividades de facturación, cobro y procesamiento de datos de salud relacionados;
 8. Gerencia de reclamaciones y procesamiento de datos de atención de la salud relacionados, incluyendo la auditoría de pagos, la investigación y resolución de disputas de pagos y la respuesta a las consultas de un Empleado elegible en relación con pagos;
 9. Obtener pagos en virtud de un contrato de reaseguro (incluyendo el seguro de limitación de pérdidas y exceso de pérdida);
 10. Revisión de necesidades médicas o revisiones de idoneidad de la atención o justificación de los cargos;
 11. Revisión de la utilización, incluyendo la precertificación, la preautorización, la revisión concurrente y la revisión retrospectiva;
 12. Revelación a agencias de informes del consumidor relacionada con el cobro de primas o reembolsos (la siguiente Información de salud protegida podrá revelarse para fines de pagos: nombre y dirección, fecha de nacimiento, número de Seguro Social, historial de pagos, número de cuenta y nombre y dirección del proveedor y/o plan de salud);
 13. Reembolso al Plan; y
 14. Cualquier otra actividad considerada como actividad de "pago" de conformidad con 45 CFR § 164.501.

Sección 1.2 Revelaciones del Plan al Empleador

El Plan podrá:

- a. Revelar información resumida de salud al Empleador, si el Empleador solicita la Información resumida de salud con el fin de obtener ofertas de primas de planes de salud para brindar cobertura de seguro de salud en el marco del Plan; o modificar, enmendar o rescindir el Plan. Para los fines de esta Sección, "Información resumida de salud" se define en 45 CFR § 164.504(a), con sus enmiendas, que

generalmente es información que puede ser información de salud que podría permitir conocer la identidad de una persona, y:

1. Que resuma el historial de reclamaciones, los gastos de reclamaciones o el tipo de reclamaciones experimentados por las personas a quienes el Empleador les ha proporcionado beneficios de salud en el marco de un plan de salud grupal; y
 2. De la cual se haya eliminado la información descrita en § 164.514(b)(2)(i) del Reglamento de Privacidad, excepto que a la información geográfica descrita en § 164.514(b)(2)(i)(B) de las Regulaciones de Privacidad solo necesitan agregarse al nivel de un código zip de cinco dígitos.
- b. Revelar al Empleador información sobre si una persona participa en el Plan o se ha inscrito, o ha suspendido su inscripción en un emisor de pólizas de seguros de salud o HMO ofrecido por el Plan.
 - c. Revelar Información de salud protegida al Empleador para realizar las 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 autorización de la Persona cubierta, revelar Información de salud protegida al Empleador para fines relacionados con la administración de otros planes de beneficios para empleados y beneficios complementarios patrocinados por el Empleador.
 - e. No permitir que un emisor de seguros de salud o HMO con respecto al Plan revele Información de salud protegida al Empleador, excepto según lo permitido por esta Sección.
 - f. No revelar (y no permitir que un emisor de seguros de salud o HMO revele) Información de salud protegida al Empleador según lo permita esta Sección, a menos que se incluya una declaración en el aviso de prácticas de privacidad del Plan en el sentido de que el Plan (o un emisor de seguros de salud o HMO con respecto al Plan) pueda revelar Información de salud protegida al Empleador.
 - g. No revelar Información de salud protegida al Empleador para acciones o decisiones relacionadas con el empleo o en conexión con cualquier otro beneficio o plan de beneficios para empleados del Empleador.

Sección 1.3 Usos y revelaciones por parte del empleador

El Empleador solo puede usar y revelar Información de salud protegida según lo permita y requiera el Plan, según lo establecido en este Artículo. Dichos usos y revelaciones permitidos y obligatorios no pueden ser incompatibles con las disposiciones de la HIPAA. El Empleador podrá usar y revelar Información de salud protegida sin autorización de una Persona cubierta para las funciones administrativas del Plan, incluyendo actividades de pago y Operaciones de atención de la salud. Además, el Empleador también podrá usar y revelar Información de salud protegida para lograr el propósito para el cual se realice, de una manera adecuada, cualquier revelación de conformidad con la Certificación que se describe a continuación.

Sección 1.4 Certificación

El Plan podrá revelar Información de salud protegida al Empleador solo cuando reciba una certificación del Empleador en el sentido de que los documentos del Plan han sido modificados de modo que incorporen las disposiciones previstas en esta Sección y siempre que el Empleador acepte las disposiciones allí establecidas.

Sección 1.5 Condiciones acordadas por el empleador

El Empleador se compromete a:

- a. No utilizar ni revelar información de salud protegida, salvo lo permitido o exigido por el documento del Plan o lo exigido por la ley.
- b. Asegurarse de que cualquier agente, incluyendo un subcontratista, a quien la UVA proporcione Información de salud protegida recibida del Plan acepte las mismas restricciones y condiciones que se aplican a la UVA con respecto a dicha Información de salud protegida, y de que dichos agentes o subcontratistas convienen en implementar medidas de seguridad razonables y adecuadas para proteger cualquier Información de salud electrónica protegida perteneciente al Plan que haya sido suministrada por la UVA.
- c. No utilizar ni revelar información de salud protegida para acciones y decisiones relacionadas con el empleo, a menos que lo autorice una persona.
- d. No usar ni revelar Información de salud protegida en relación con ningún otro beneficio o plan de beneficios para empleados de la UVA, a menos que lo autorice una Persona.
- e. Informar al Plan sobre cualquier uso o revelación de Información de salud protegida que no se corresponda con los usos o revelaciones previstos en este Artículo, o sobre cualquier Incidente de seguridad del que tenga conocimiento.
- f. Poner información de salud protegida a disposición de una Persona de conformidad con los requisitos de acceso de la HIPAA, con arreglo a 45 CFR § 164.524.
- g. Hacer que la Información de salud protegida esté disponible para su modificación e incorporar cualquier modificación a la Información de salud protegida de conformidad con 45 CFR § 164.526.
- h. Poner a disposición la información requerida para proporcionar una contabilidad de las revelaciones de conformidad con 45 CFR § 164.528.
- i. Poner a disposición del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos las prácticas internas, libros y registros relacionados con el uso y revelación de la Información de salud protegida recibida del Plan con el fin de determinar el cumplimiento del Plan con la HIPAA.
- j. Si es posible, devolver o destruir toda la Información de salud protegida recibida del Plan que la UVA todavía mantenga en cualquier forma, y no conservar copias de dicha Información de salud protegida cuando ya no sea necesaria para el propósito para el cual se realizó la revelación (o si la devolución o destrucción no es factible, limitar los usos y revelaciones adicionales a aquellos fines que hagan que la devolución o destrucción no sea factible).
- k. Implementar salvaguardas administrativas, físicas y técnicas que protejan de manera razonable y adecuada la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la Información de salud electrónica protegida que cree, reciba, mantenga o transmita en nombre del Plan.
- l. Garantizar que la separación y los requisitos de las Secciones 7.09, 7.10 y 7.11 del Plan estén respaldados por medidas de seguridad razonables y apropiadas.

Sección 1.6 Separación adecuada entre el Plan y la UVA

De conformidad con la HIPAA, solo los siguientes empleados o clases de empleados pueden tener acceso a información de salud protegida: Equipo de Servicio de UHR, Analista Financiero, Gerente de Programa de Beneficios, Gerente de Bienestar, Gerente de Cumplimiento de Total Rewards, Director de Total Rewards, Ombudsman (*Defensor de los pacientes*).

Sección 1.7 Limitaciones del acceso y revelación

Las personas descritas en la Sección 1.6 de este Artículo solo podrán tener acceso a, utilizar y revelar Información de salud protegida para las funciones de administración del Plan que la UVA realiza 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 la UVA proporcionarán un mecanismo para resolver asuntos de incumplimiento, incluyendo sanciones disciplinarias.

Sección 1.9 Definiciones

Cuando la letra inicial de una palabra o frase esté en mayúscula en este Artículo, el significado de dicha palabra o frase será el siguiente:

- a. "Información de salud electrónica protegida" o "EPHI" significa "información de salud electrónica protegida" según se define en 45 CFR § 160.103; que, generalmente, significa Información de salud protegida que se transmite o se mantiene en medios electrónicos. Para estos fines, "medios electrónicos" significa: (i) medios de almacenamiento electrónico, incluyendo dispositivos de memoria en computadoras (discos duros) y cualquier medio de memoria digital extraíble/transportable, como cinta o disco magnético, disco óptico o tarjeta de memoria digital; o (ii) medios de transmisión utilizados para intercambiar información que ya se encuentra en medios de almacenamiento electrónico (por ejemplo, Internet, extranet, líneas arrendadas, líneas de acceso telefónico, redes privadas y el movimiento físico de medios de almacenamiento electrónicos extraíbles/transportables).
- b. "Regulaciones de Privacidad" significa las regulaciones bajo los Estándares para la Privacidad de la Información de Salud Individualmente Identificable (45 CFR Partes 160 y 164, con sus enmiendas).
- c. "Información de salud protegida" significa "información de salud protegida", según se define en 45 CFR § 160.103, que generalmente significa información (incluyendo información demográfica) que (i) identifique a una Persona (o con respecto a la cual exista una base razonable para creer que la información podría usarse para identificar a una persona), (ii) sea creada o recibida por un proveedor de atención de la salud, un plan de salud o una cámara de compensación de atención de la salud, y (iii) se relacione con el estado físico o con la salud o afección mental de una persona en el pasado, el presente o el futuro; la prestación de atención de la salud a una persona; o los Pagos pasados, presentes o futuros por la prestación de atención de la salud a una Persona. Para los fines de este Plan, la Información de salud protegida solo incluirá información relacionada con una Característica de beneficio: (1) que proporcione beneficios de atención médica (incluyendo la cobertura médica, dental, oftalmológica, de atención a largo plazo u otra cobertura que afecte cualquier estructura del cuerpo) que esté sujeta a las Regulaciones de Privacidad; y (2) que no tenga seguro o tenga seguro y proporcione información de salud protegida a la Compañía o a la UVA.
- d. "Incidente de seguridad" significa "incidente de seguridad" según se define en 45 CFR § 164.304; que, generalmente, significa el intento de acceso o acceso no autorizado, o el uso, revelación, modificación o destrucción de información o interferencia con las operaciones del sistema en un sistema de información.
- e. "Regulaciones de seguridad" significa las regulaciones bajo las Normas de seguridad para la protección de información médica protegida electrónica (45 CFR Apartes 160 y 164, con sus enmiendas).

Definición de términos

Monto permitido

Pago máximo que el Plan pagará por un servicio de atención de la salud cubierto.

Apelar

Solicitud para que Aetna revise una decisión en la que se deniegue un beneficio o pago (bien sea en su totalidad o en parte).

Facturación de saldo

Cuando un proveedor le factura a usted el saldo restante en la factura que el Plan no cubre. Este monto es la diferencia entre el monto efectivamente facturado y el monto permitido. Por ejemplo, si el cargo del proveedor es de \$200 y el monto permitido es de \$110, el proveedor podrá facturarle los \$90 restantes. Esto sucede con mayor frecuencia cuando usted asiste a la consulta de un proveedor fuera de la red (proveedor no preferido). Un proveedor de la red (proveedor preferido) no puede facturarle por servicios cubiertos.

Proveedor de salud conductual

Organización o profesional autorizado que presta servicios de diagnóstico, terapéuticos o psicológicos para el tratamiento de la salud mental y el abuso de sustancias. Los proveedores de salud conductual incluyen hospitales, centros de tratamiento residenciales, médicos psiquiátricos, psicólogos y trabajadores sociales.

Medicamento de marca

Medicamento recetado que está protegido por el registro de marcas comerciales.

Celular

Relativo o compuesto por células vivas.

Coseguro

Una vez que usted cumpla con su deducible, el Plan comienza a pagar beneficios por los gastos cubiertos. La parte pagada por el Plan es el coseguro del Plan. Cuando el coseguro del Plan es inferior al 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 la Tabla de beneficios (consulte “Sus opciones de cobertura médica en la UVA” en la página 29).

Acompañante

Esta es una persona que necesita estar con un paciente NME para permitirle:

- Recibir servicios relacionados con un procedimiento o tratamiento NME (Excelencia Médica Nacional) en la modalidad de paciente hospitalizado o ambulatorio; o
- Viajar hacia y desde el centro asistencial donde se administra el tratamiento.

Copagar/Copago

Monto fijo (por ejemplo, \$15) que usted paga al momento en que recibe un servicio de atención de la salud cubierto. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención de la salud cubierto. Un copago cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo.

En el caso de un medicamento recetado, un copago es el monto fijo que se le cobra en el momento en que se despacha un medicamento recetado del Nivel 1. El copago se realiza directamente a la farmacia por cada medicamento recetado o reabastecido en el momento en que se dispensa el medicamento recetado o reabastecido.

Costos compartidos

Su parte de los costos de los servicios que cubre el Plan y que usted debe pagar de su propio bolsillo (a veces denominados “costos de bolsillo”). Algunos ejemplos de costos compartidos son la parte del costo de los deducibles y los costos de bolsillo que usted, su cónyuge y/o sus hijos deben pagar de su propio bolsillo. Otros costos, incluyendo sus primas, multas que probablemente usted deba pagar, o el costo de la atención que el Plan no cubre, generalmente no se consideran costos compartidos.

Cuidado de custodia

Esto significa servicios y suministros, incluyendo alojamiento y comida y otros cuidados institucionales, proporcionados para ayudarle en las actividades de la vida diaria. No es necesario que usted esté discapacitado(a). Dichos servicios y suministros constituyen cuidados de custodia, independientemente de quién los prescriba, recomiende o realice.

Deducible

El deducible es la parte de los gastos cubiertos que usted paga cada año calendario antes de que el Plan comience a pagar beneficios. Los montos superiores al cargo reconocido no cuentan para su deducible anual.

Hay dos tipos de deducibles por año calendario para quienes estén 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 muestra en la Tabla de beneficios (consulte “Sus opciones de cobertura médica en la UVA” en la página 29), se alcanza el deducible de la persona. Luego, el Plan comienza a pagar beneficios para esa persona al porcentaje de coseguro adecuado.
- *Familia:* El deducible familiar se aplica a la familia como grupo. Cuando los gastos deducibles combinados de todos los miembros de la familia cubiertos alcancen el deducible familiar que se muestra en la Tabla de beneficios (consulte “Sus opciones de cobertura médica en la UVA” en la página 29), se alcanza el deducible familiar. Luego, el Plan comienza a pagar beneficios para todos los miembros cubiertos de la familia.

Hay dos tipos de deducibles por año calendario para quienes están inscritos en Basic Health:

- *Solo empleado:* El deducible exclusivo para empleados se aplica únicamente al empleado inscrito en la cobertura exclusiva para empleados. Cuando los gastos deducibles del empleado alcanzan el deducible único del empleado que se muestra en la Tabla de beneficios (consulte “Sus opciones de cobertura médica en la UVA” en la página 29), se alcanza el deducible del empleado. Luego, el Plan comienza a pagar beneficios para ese empleado al porcentaje de coseguro adecuado.

- *Empleado+cónyuge, Empleado+hijos y Familia:* El deducible empleado+cónyuge (E+Sp), empleado+hijos (E+Ch) y familiar aplica a los familiares inscritos como grupo. Cuando los gastos deducibles combinados de todos los miembros de la familia cubiertos alcancen el E+Sp, E+Ch y el deducible familiar que se muestran en la Tabla de beneficios (consulte “Sus opciones de cobertura médica en la UVA” en la página 29), se cumple con el deducible E+Sp, E+Ch y familiar. Luego, el Plan comienza a pagar beneficios para todos los miembros cubiertos de la familia.

Dentista

Esto significa un odontólogo legalmente calificado o un médico con autorización profesional para realizar el trabajo dental que realiza.

Detox/Desintoxicación

Se trata de cuidados principalmente destinados a superar las secuelas de un episodio concreto de consumo de alcohol o de abuso de sustancias.

Equipo médico duradero (DME)

Equipos y suministros solicitados por un proveedor de atención de la salud para uso diario o prolongado. Los DME puede incluir equipos de oxígeno, sillas de ruedas y muletas.

Admisión de emergencia

Esto significa una admisión hospitalaria cuando el médico le admite en el hospital inmediatamente después de la aparición repentina y, en ese momento, inesperada de un cambio en su condición física o mental que requiera internamiento inmediato como paciente hospitalizado a tiempo completo de modo que, si no se decide internar al paciente en el hospitalaria de manera inmediata, podría esperarse razonablemente (según lo determine Aetna) que tal omisión ocasione:

- Que su salud corra grave peligro;
- Deterioro grave de la función corporal;
- Disfunción grave de una parte u órgano del cuerpo; o
- Peligro grave para la salud del feto (en el caso de una mujer embarazada).

Cuidados de emergencia

Esto significa el tratamiento que se le brinda en la sala de emergencias de un hospital para evaluar y tratar afecciones médicas de reciente aparición y gravedad, incluyendo (entre otros) dolor intenso, que llevaría a una persona prudente, con un conocimiento promedio de la medicina y la salud, a creer que su afección, enfermedad o lesión es de tal naturaleza que si no se obtiene atención médica inmediata, tal omisión podría ocasionar que:

- Se ponga en grave peligro su salud; o
- Se ocasione un deterioro grave de la función corporal; o
- Disfunción grave de una parte u órgano del cuerpo; o
- Peligro grave para la salud del feto (en el caso de una mujer embarazada).

Condición médica de emergencia

Enfermedad, lesión, síntoma (incluyendo dolor intenso) o afección lo suficientemente grave como para suponer un riesgo grave para su salud si no recibe atención de la salud de inmediato. Si no recibiera atención de la salud inmediatamente, se podría esperar razonablemente una de las siguientes situaciones:

- Su salud correría grave peligro;
- Tendría serios problemas con sus funciones corporales; o
- Sufiría graves daños en cualquier parte u órgano de su cuerpo.

Transporte médico de emergencia

Servicios de ambulancia para una condición médica de emergencia. Los tipos de transporte médico de emergencia pueden incluir el transporte por aire, tierra o mar. Es posible que el Plan no cubra todos los tipos de transporte médico de emergencia o que pague menos por ciertos tipos.

Atención en la sala de emergencias/servicios de emergencia

Servicios para detectar una condición médica de emergencia y brindarle tratamiento para evitar que usted empeore. Estos servicios pueden brindarse en la sala de emergencias de un hospital acreditado o en otro centro asistencial que brinde atención para afecciones médicas de emergencia.

Servicios excluidos

Servicios de atención de la salud que el Plan no paga ni cubre.

Experimental o en investigación (ámbito médico)

Un medicamento, dispositivo, procedimiento o atención se considera experimental o en investigación si:

- No se dispone de suficientes datos de resultados de ensayos clínicos controlados publicados en la literatura revisada por colegas expertos que corroboren su seguridad y eficacia para la enfermedad o lesión de que se trate; o
- No cuenta con la aprobación requerida para su comercialización, que expide la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.; o
- Una sociedad médica o dental reconocida a nivel nacional o una agencia reguladora ha determinado, por escrito, que es experimental, de investigación o con fines de investigación; o
- Es un tipo de medicamento, dispositivo o tratamiento que es objeto de un ensayo clínico de Fase I o Fase II o del brazo experimental o de investigación de un ensayo clínico de Fase III, utilizando la definición de “fases” indicada en las regulaciones y otras acciones oficiales y publicaciones de la FDA y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; o
- Los protocolos escritos o el consentimiento informado por escrito utilizados por el centro de tratamiento (u otro centro que estudie el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento) establecen que es experimental, de investigación o con fines de investigación.

¿Dónde puedo encontrar más información?

En el sitio web de Aetna, www.aetna.com, se pueden encontrar ejemplos de cómo se aplica esta evidencia a tratamientos y afecciones específicas, denominados boletines de políticas clínicas.

Formulario

Lista de medicamentos que cubre el Plan. Un formulario puede incluir cuál es su parte del costo de cada medicamento. El Plan coloca los medicamentos en diferentes niveles o capas de costos compartidos. Por ejemplo, el formulario del Plan incluye niveles de medicamentos genéricos y de marca y a cada nivel se aplican diferentes montos de costo compartido.

GCIT

Cualquier servicio que sea:

- Basado en genes; y
- Terapéuticas celulares e innovadoras.

Gen

Unidad de herencia que se transfiere de padres a hijos y que se cree es capaz de determinar alguna característica del niño.

Medicamento genérico

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que no está protegido por un registro de marca comercial pero que se produce y vende bajo el nombre de formulación química.

Queja

Un reclamo que usted comunica a Aetna o al Plan.

Seguro de salud

Contrato que requiere que una aseguradora de salud pague algunos o todos sus costos de atención de la salud a cambio de una prima. Un contrato de seguro de salud también puede denominarse “póliza” o “plan”.

Prótesis auditivas

Cualquier instrumento o dispositivo portátil, no desechable, diseñado para ayudar o compensar la discapacidad auditiva, incluyendo piezas, aditamentos o accesorios.

Atención de la salud a domicilio

Servicios y suministros de atención de la salud que usted obtiene en su hogar según las órdenes de su médico. Los servicios pueden ser prestados por personal de enfermería, terapeutas, trabajadores sociales u otros proveedores de atención de la salud acreditados. La atención de la salud a domicilio generalmente no incluye ayuda con tareas no médicas, como cocinar, limpiar o conducir.

Agencia de atención de la salud a domicilio

Esta es una agencia que:

- Presta principalmente servicios de enfermería especializada y otros servicios terapéuticos; y
- Está asociada con un grupo profesional (de al menos un médico y un enfermero/a registrado/a) que formula políticas; y
- Cuenta con supervisión a tiempo completo por parte de un médico o un enfermero acreditado; y
- Mantiene registros médicos completos para cada paciente; y
- Tiene un administrador; y
- Cumple con los estándares de autorización profesional.

Plan de atención de la salud a domicilio

Este es un plan que brinda atención y tratamiento en su hogar. Debe ser:

- Prescrito por escrito por el médico tratante; y
- Una alternativa a la atención hospitalaria o en un centro de enfermería especializada.

Cuidados para enfermos terminales

Se trata de atención proporcionada a una persona con una enfermedad terminal por, o en virtud de acuerdos con una agencia de cuidados para enfermos terminales. La atención debe ser parte de un programa de cuidados para enfermos terminales.

Agencia de cuidados para enfermos terminales

Esta es una agencia u organización que ofrece cuidados para enfermos terminales, disponibles las 24 horas del día y cumple con los estándares de acreditación o certificación establecidos por la jurisdicción donde está ubicada y brinda servicios de enfermería especializada, servicios médicos, servicios sociales o asesoramiento psicológico y dietético.

- La agencia de cuidados para enfermos terminales presta o coordina otros servicios que incluyen:
 - Servicios de médicos;
 - Terapia física y ocupacional;
 - Servicios de asistencia de la salud a domicilio a tiempo parcial que consisten principalmente en el cuidado de personas con enfermedades terminales; y
 - Atención para pacientes hospitalizados en un centro asistencial cuando sea necesario para el control del dolor y el manejo de síntomas crónicos agudos.
- Cuenta al menos con el siguiente personal:
 - Un médico;
 - Un enfermero(a) registrado(a); y
 - Un trabajador social certificado o con acreditación que es empleado por la agencia;

- Establece políticas sobre cómo se brindan los cuidados para enfermos terminales;
- Evalúa las necesidades médicas y sociales del paciente;
- Desarrolla un programa de cuidados para enfermos terminales para satisfacer esas necesidades;
- Proporciona un programa continuo de garantía de calidad, que incluye revisiones realizadas por médicos distintos de los propietarios o directores de la agencia;
- Permite que todo el personal médico del área utilice sus servicios para sus pacientes;
- Mantiene un registro médico de cada paciente;
- Utiliza voluntarios capacitados para prestar servicios para necesidades no médicas; y
- Tiene un administrador a tiempo completo.

Programa de cuidados para enfermos terminales

Este es un plan escrito de cuidados para enfermos terminales que:

- Es establecido y revisado periódicamente por su médico tratante y el personal de la agencia de cuidados para enfermos terminales correspondiente;
- Está diseñado para brindar cuidados para enfermos terminales (alivio del dolor) y de apoyo a personas con enfermedades terminales y cuidados de apoyo a sus familias; y
- Incluye una evaluación de sus necesidades médicas y sociales, y una descripción de la atención que se brindará para satisfacer esas necesidades.

Servicios de cuidados para enfermos terminales

Servicios destinados a brindar comodidad y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Hospital

Este es un lugar que:

- Proporciona principalmente instalaciones para pacientes hospitalizados para el diagnóstico, tratamiento y atención quirúrgica y médica de personas lesionadas y enfermas;
- Está supervisado por un equipo de médicos;
- Proporciona servicio de enfermería acreditada (RN) las 24 horas del día;
- No es principalmente un lugar de descanso, para ancianos, para drogadictos, para alcohólicos o una residencia de ancianos; y
- Cobra por sus servicios.

Hospitalización

Atención en un hospital que requiere ingreso como paciente hospitalizado y generalmente requiere pasar la noche. El Plan podrá considerar una estadía de una noche para observación como atención ambulatoria en lugar de atención para pacientes hospitalizados.

Atención ambulatoria hospitalaria

Atención en un hospital que normalmente no requiere pernocta.

Infértil o Infertilidad

Una persona se considera infértil si no puede concebir o producir concepción.

Atención dentro de la red

Este es un servicio o suministro de atención de la salud prestado por:

- Un proveedor dentro de la red; o
- Un proveedor de atención de la salud que no sea un proveedor de la red cuando se presente una condición de emergencia y no sea posible el traslado para llegar a un proveedor de la red.

Coseguro dentro de la red

Su parte (por ejemplo, 20%) del monto permitido para los servicios de atención de la salud cubiertos. Su parte suele ser menor para los servicios cubiertos dentro de la red.

Proveedor dentro de la red

Este es un proveedor de atención de la salud que ha contratado la prestación de servicios o suministros por un cargo negociado, pero solo si el proveedor, con el consentimiento de Aetna, está incluido en el directorio como proveedor de atención preferido para:

- El servicio o suministro involucrado; y
- La clase de empleados a la que usted pertenece.

LPN

Esto significa un enfermero(a) práctico acreditado.

Farmacia de pedidos por correo

Establecimiento que expende lícitamente medicamentos recetados mediante la modalidad de correo.

Trastorno mental

Se trata de una enfermedad comúnmente entendida como un trastorno mental, tenga o no una base fisiológica u orgánica. El tratamiento para los trastornos mentales generalmente lo brinda un proveedor de salud conductual, como un psiquiatra, un psicólogo o un trabajador social psiquiátrico, o que esté bajo su dirección. Los trastornos mentales incluyen (sin sentido limitativo):

- Abuso de alcohol y sustancias
- Anorexia/Bulimia nerviosa

- Esquizofrenia
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno bipolar
- Trastorno de pánico
- Trastorno depresivo mayor
- Depresión psicótica
- Trastorno obsesivo compulsivo

A los efectos de los beneficios de este Plan, el trastorno mental incluirá el abuso de alcohol y sustancias solo si no existe un beneficio separado para el tratamiento del abuso de alcohol y sustancias. También se incluye cualquier otra afección mental que requiera tratamiento médicamente necesario.

Molecular

Relativo a, o compuesto por moléculas. Una molécula es un grupo de átomos unidos entre sí, que conforman la unidad vital más pequeña de un compuesto químico que puede participar en una reacción química.

Obesidad mórbida

Esto significa que su índice de masa corporal (IMC) excede 40 o su IMC excede 35 y tiene una de las siguientes afecciones:

- Enfermedad coronaria;
- Diabetes mellitus tipo 2;
- Apnea obstructiva del sueño clínicamente significativa; o
- Hipertensión médicamente refractaria (presión arterial superior a 140 mmHg sistólica y/o 90 mmHg diastólica, a pesar de un tratamiento médico óptimo).

El índice de masa corporal (IMC) es un marcador que se utiliza para evaluar el grado de obesidad. Para calcular su IMC:

- Multiplique su peso en libras por 703.
- Divida el resultado entre su estatura en pulgadas.
- Divida ese resultado entre su estatura en pulgadas nuevamente.

Paciente NME

Esta es una persona que:

- Necesita cualquiera de los procedimientos y tipos de tratamiento del programa Nacional de Excelencia Médica (NME) cubiertos por el Plan; y
- Se comunica con Aetna y Aetna lo aprueba como paciente NME; y

- Acepta que el procedimiento o tratamiento se realice en un hospital que Aetna determine que es el centro más adecuado.

Necesario/Medicamento necesario

El Plan solo paga los servicios y suministros médicamente necesarios.

Servicios y suministros de atención de la salud o dentales que un médico, otro proveedor de atención de la salud, incluyendo un proveedor de salud conductual o un odontólogo, ejerciendo un juicio clínico prudente, proporcionaría a un paciente con el fin de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, dolencia o sus síntomas. El servicio o suministro deberá ser:

- Proporcionado de conformidad con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica o dental;
- Clínicamente apropiado, en términos de tipo, frecuencia, extensión, sitio y duración;
- Se considera eficaz para la enfermedad, lesión o dolencia del paciente;
- No es principalmente para la conveniencia del paciente, médico, odontólogo u otro proveedor de atención de la salud; y
- No es más costoso que un servicio alternativo o secuencia de servicios que tendría al menos la misma probabilidad de producir resultados terapéuticos o de diagnóstico equivalentes al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, lesión o dolencia de ese paciente.
- Para el tratamiento del abuso de alcohol o sustancias que sea un programa de terapia de abuso de alcohol o sustancias y que haya sido recetado por un proveedor de salud conductual que incluya un programa de terapia de seguimiento dirigido por un médico al menos una vez al mes o reuniones al menos una vez al mes, con organizaciones dedicadas al tratamiento del abuso de alcohol o sustancias.
- Para el tratamiento de un trastorno mental en un programa que incluya un plan de tratamiento por escrito prescrito y supervisado por un proveedor de salud conductual, incluyendo el tratamiento de seguimiento y es para un trastorno que se puede modificar para mejorar el estado del paciente.

A estos efectos, “normas generalmente aceptadas de la práctica médica u odontológica” significa normas que son:

- Basadas en evidencia científica creíble publicada en literatura revisada por pares expertos y generalmente reconocida por la comunidad médica o dental pertinente; o
- De otro modo, son cónsonas con las recomendaciones de médicos o sociedades de especialidades dentales y las opiniones de médicos u odontólogos que ejercen en áreas clínicas pertinentes y cualquier otro factor pertinente.

Cargo negociado

Esta es la tarifa máxima que un proveedor dentro de la red ha acordado cobrar por cualquier servicio o suministro a los efectos de los beneficios de este Plan.

Red

Instalaciones, prestadores de servicios y proveedores con los que el Plan ha firmado contrato para prestar servicios de atención de la salud.

Proveedor de la red (proveedor preferido)

Proveedor que tiene un contrato con el Plan y que ha aceptado prestar servicios a los miembros. Usted pagará menos si acude a la consulta de un proveedor de la red. También denominado “proveedor preferido” o “proveedor participante”.

Cobertura no ocupacional

El Plan cubre únicamente gastos relacionados con lesiones y enfermedades no laborales.

Enfermedad no ocupacional

Una enfermedad no ocupacional es una enfermedad que no:

- Es ocasionada por (o en el transcurso de) cualquier trabajo remunerado o lucrativo; o
- Es ocasionada de cualquier forma por una enfermedad que sí es ocasionada por trabajo remunerado.

Una enfermedad se considerará no ocupacional independientemente de su causa si consigna pruebas de que usted:

- Está cubierto(a) por cualquier tipo de ley de Compensación para Trabajadores; y
- No está cubierto(a) para esa enfermedad según dicha ley.

Lesiones no ocupacionales

Una lesión no ocupacional es una lesión corporal accidental que no:

- Es ocasionada por (o en el transcurso de) cualquier trabajo remunerado o lucrativo; o
- Es ocasionada de cualquier forma por una lesión que sí es ocasionada por trabajo remunerado.

Farmacia no preferida

Una farmacia que no tiene contrato con Catalyst Rx para dispensar medicamentos a personas cubiertas por este Plan.

Admisión no urgente

Un ingreso que no es un ingreso de emergencia ni un ingreso urgente.

Tratamiento de ortodoncia

Es cualquier servicio o suministro médico o dental brindado para prevenir, diagnosticar o corregir una desalineación de:

- Los dientes;
- La mordida;
- La relación de las mandíbulas o de las articulaciones de las mandíbulas; o
- Ya sea con el fin de aliviar el dolor o no.

No se consideran tratamientos de ortodoncia:

- La instalación de un espaciador; o
- Un procedimiento quirúrgico para corregir la maloclusión.

Ortopedia y prótesis

Aparatos ortopédicos para las piernas, brazos, espalda y cuello; piernas, brazos y ojos artificiales; y prótesis mamarias externas después de una mastectomía. Estos servicios incluyen ajustes, reparaciones y reemplazos requeridos por roturas, desgaste, pérdida o cambio en la condición del paciente.

Atención fuera de la red

Este es un servicio o suministro de atención de la salud proporcionado por un proveedor fuera de la red si, según lo determine Aetna:

- El servicio o suministro podría haber sido proporcionado por un proveedor dentro de la red; y
- El proveedor no pertenece a una o más de las categorías de proveedores del directorio.

Proveedor fuera de la red (proveedor no preferido)

Un proveedor que no tiene un contrato con el Plan para prestar servicios. Si el Plan cubre servicios fuera de la red, generalmente usted pagará más por consultar a un proveedor fuera de la red que a un proveedor dentro de la red o preferido. Consulte “Sus opciones de cobertura médica en la UVA” en la página 29 para conocer su costo compartido fuera de la red. También puede denominarse “no preferido” o “no participante” en lugar de “proveedor fuera de la red”.

Monto máximo de gastos de bolsillo

El Plan pone un límite al monto que usted paga de su bolsillo por gastos cubiertos cada año, denominado máximo de gastos de bolsillo.

Hay dos tipos de gastos de bolsillo máximos según el Plan:

- *Individual:* El máximo de gastos de bolsillo individual se aplica por separado a cada persona cubierta de la familia. Una vez que un miembro de la familia alcance el máximo de gastos de bolsillo individual que se muestra en la Tabla de beneficios (consulte “Sus opciones de cobertura médica en la UVA” en la página 29), el Plan paga el 100% de los gastos médicos cubiertos de esa persona durante el resto del año calendario.
- *Familia:* El gasto de bolsillo máximo familiar se aplica a usted y a sus dependientes como grupo. Cuando los gastos de bolsillo combinados de su familiar satisfacen el desembolso máximo familiar, el Plan paga el 100% de los gastos médicos cubiertos de la familia durante el resto del año calendario.

Ciertos gastos no se aplican al desembolso máximo:

- Gastos superiores al cargo reconocido;
- Cargos por servicios y suministros que no estén cubiertos por el Plan;

- Tanto el costo compartido de los medicamentos recetados de marca como la diferencia en el costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico cuando existe un equivalente genérico para un medicamento de marca y el afiliado selecciona el medicamento de marca.

Tratamiento de confinamiento parcial

Un programa de tratamiento diurno, vespertino y/o nocturno supervisado médicamente para trastornos de salud mental o abuso de sustancias. La atención es coordinada por un equipo de tratamiento multidisciplinario. Los servicios se prestan de forma ambulatoria durante al menos cuatro horas por día y están disponibles al menos tres días a la semana. Los servicios son de la misma intensidad y nivel que los servicios para pacientes hospitalizados para el tratamiento de trastornos de salud conductual.

Farmacia

Establecimiento donde se dispensan legalmente medicamentos recetados.

Médico

Esto significa un médico legalmente calificado. El término “médico” también se utiliza a lo largo de este libro y tiene el mismo significado que “médico”.

Plan

La cobertura de salud se emite directamente a usted (plan individual) o a través de un empleador, sindicato u otro patrocinador grupal (plan grupal del empleador) que brinda cobertura para ciertos costos de atención de la salud. También llamado “plan de seguro médico”, “póliza”, “póliza de seguro médico” o “seguro médico”.

Preautorización

Decisión de su plan o seguro médico en el sentido de que un servicio de atención de la salud, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero (DME) es médicamente necesario. A veces se le denomina “autorización previa”, “aprobación previa” o “certificación previa”. El Plan requiere autorización previa para ciertos servicios antes de que pueda recibirlos, excepto en caso de emergencia. La autorización previa no es una promesa de que el Plan cubrirá el costo.

Farmacia preferida

Farmacia, incluyendo una farmacia de pedidos por correo, que tiene un contrato con Catalyst Rx para dispensar medicamentos a personas cubiertas por este Plan, pero solo mientras:

- El contrato permanece en vigencia; y
- La farmacia dispensa medicamentos recetados según los términos de su contrato con Catalyst Rx.

Prima

Monto que se debe pagar por su Plan. Usted lo paga mediante aportes de nómina o primas mensuales.

Prescriptor o facultativo

Cualquier persona, mientras actúa dentro del alcance de su licencia profesional, que tiene la autoridad legal para emitir una orden para un medicamento recetado.

Prescripción

Orden de un médico para un medicamento recetado. Si se trata de una orden verbal (como una receta telefónica), la farmacia debe redactarla por escrito de inmediato.

Medicamentos con receta

Fármacos y medicamentos que por ley requieren receta médica.

Cobertura de medicamentos recetados

Cobertura según el Plan para ayudar a pagar los medicamentos recetados. Los medicamentos recetados se agrupan por tipo o costo. El monto que pagará en concepto de costo compartido es diferente para cada “nivel” de medicamento recetado cubierto.

Atención Preventiva (Servicio Preventivo)

Atención médica de rutina, incluyendo exámenes de detección, chequeos y asesoramiento al paciente para prevenir o descubrir enfermedades, dolencias u otros problemas de salud.

Médico de atención primaria

Médico, incluido un M.D. (Médico) o D.O. (Doctor en Medicina Osteopática), quien le brinda o coordina diversos servicios de atención de la salud.

Proveedor de atención primaria

Médico, incluido un M.D. (Médico) o D.O. (Doctor en Medicina Osteopática), personal avanzado de enfermería, enfermero(a) clínico especialista o asistente médico, según lo permitido por la ley estatal y los términos del Plan, quien brinda, coordina o le ayuda a acceder a diversos servicios de atención de la salud.

Proveedor

Persona o centro que presta servicios de atención de la salud. Algunos ejemplos de proveedor incluyen un médico, un enfermero(a), un quiropráctico, un asistente médico, un hospital, un centro quirúrgico, un centro de enfermería especializada y un centro de rehabilitación. El Plan podría exigir que el proveedor tenga licencia, certificación o acreditación según lo exija la ley estatal.

Hospital psiquiátrico

Una institución que cumpla con todos los siguientes criterios:

- Proporciona principalmente un programa para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos mentales o abuso de alcohol o sustancias.
- No es principalmente una escuela o institución de custodia, recreación o capacitación.
- Proporciona servicios médicos a nivel de enfermería.
- Proporciona, o coordina con un hospital del área para que proporcione, cualquier otro servicio médico que pueda ser necesario.
- Está supervisado a tiempo completo por un médico psiquiátrico que es responsable de la atención al paciente.

- Cuenta con médicos psiquiátricos involucrados en la atención y el tratamiento.
- Tiene un médico psiquiátrico presente durante todo el día de tratamiento.
- Presta, en todo momento, servicios de trabajo social psiquiátrico y de enfermería.
- Presta en todo momento servicios de enfermería especializada a cargo de enfermeros(as) acreditados, que son supervisados por un enfermero(a) registrado(a) a 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 los estándares de autorización profesional.

Enfermero(a) registrada(a)

Esto significa un enfermero(a) registrado(a).

Cargo reconocido

El Plan paga beneficios fuera de la red solo por la parte permitida de un gasto cubierto que es reconocido. Usted es responsable de todos los montos que superen el cargo reconocido. El cargo reconocido podría ser menor que el cargo total del proveedor.

El cargo reconocido de su plan se aplica a todos los gastos cubiertos fuera de la red, excepto los servicios de emergencia fuera de la red. Se aplica incluso a los cargos de un proveedor fuera de la red en un hospital que es proveedor de la red. También se aplica cuando su médico de atención primaria (PCP) u otro proveedor de la red lo remite a un proveedor fuera de la red. Excepto por la lista de tarifas de uso de instalaciones de Aetna, el cargo reconocido se determina según el área geográfica donde recibe el servicio o suministro.

El cargo reconocido es el menor de:

- El cargo habitual del proveedor por proporcionar ese servicio o suministro; o
- El cargo que Aetna determine apropiado; o
- Para cargos no relacionados con las instalaciones (incluye servicios profesionales y otros servicios o suministros): 75% de la Tasa de Monto Razonable.
- Para cargos por uso de instalaciones: 140% de la Escala de valor relativo basada en recursos de Medicare (RBRVS).

Si su tarjeta de identificación muestra el logotipo del Programa Nacional Advantage (NAP), su costo podría ser menor cuando usted recibe atención de un proveedor NAP. Los proveedores NAP son proveedores fuera de la red y proveedores externos que tienen contratos con Aetna, pero que no son proveedores de la red.

Aetna se reserva el derecho de aplicar sus políticas de reembolso. Esas políticas podrían reducir aún más el cargo reconocido. Estas políticas tienen en cuenta factores como los siguientes:

- La duración y complejidad de un servicio;
- Cuando se facturan varios procedimientos al mismo tiempo, si se requieren gastos generales adicionales;

- Si es necesario un cirujano asistente para el servicio;
- Si se incluye atención de seguimiento;
- Si otras características modifican o hacen único un servicio en particular;
- Cuando un cargo incluye más de una línea de reclamación, si los servicios descritos por una línea de reclamación son parte de, o incidentales al servicio principal prestado; y
- El nivel educativo, la licencia o la duración de la formación del proveedor.

Las políticas de reembolso de Aetna se basan en la revisión de:

- La Iniciativa Nacional de Codificación Correcta (NCCI) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y otros materiales externos, que indican qué prácticas de facturación y codificación son y no son apropiadas;
- Las normas generalmente aceptadas de la práctica médica y odontológica; y
- Las opiniones de los médicos y odontólogos que ejercen en las áreas clínicas pertinentes.

Aetna utiliza software comercial para administrar algunas de estas políticas. Algunas de las políticas distinguen entre los servicios profesionales y los servicios con uso de instalaciones.

El programa de tarifas de Aetna para uso de instalaciones, el área geográfica, la tarifa de monto razonable y las tarifas permitidas por Medicare se definen de la siguiente manera:

- **Lista de tarifas de Aetna para uso de instalaciones:** Programa de tarifas que hemos desarrollado utilizando nuestros datos o experiencia en servicios y suministros de uso de instalaciones fuera de la red. Aetna ajusta la tabla cada cierto tiempo, a su discreción.
- **Área geográfica:** El Área geográfica se compone de los primeros tres dígitos de los códigos ZIP del Servicio Postal de EE. UU. Si Aetna determina que se necesitan más datos para un servicio o suministro en particular, las tarifas pueden basarse en un área geográfica más amplia, como un estado completo.
- **Tasa de monto razonable:** No existe un monto “razonable” único. Su plan establece los montos “razonables” de la siguiente manera:
 - Para servicios profesionales y para otros servicios o suministros no mencionados a continuación; y
 - El valor del percentil 75 reportado en una base de datos preparada por FAIR Health, una empresa sin fines de lucro. FAIR Health cambia estas tarifas periódicamente. Aetna actualiza sus sistemas con estos cambios dentro de los 180 días posteriores a recibirlos 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 diferente que Aetna considere comparable. Si la fuente de datos alternativa no contiene un valor para un servicio o suministro en particular, Aetna basará el cargo reconocido en la tarifa permitida por Medicare.
- **Tarifas permitidas por Medicare:** Excepto por lo que se especifica a continuación, estas son las tarifas que CMS establece para los servicios y suministros proporcionados a los afiliados de Medicare. Aetna actualiza sus sistemas con estas tarifas revisadas dentro de los 180 días posteriores al momento en que las recibe de CMS. Si Medicare no tiene una tarifa, Aetna determinará la tarifa de la siguiente manera:

- Usa el mismo método que utiliza CMS para establecer las tarifas de Medicare;
- Observa lo que cobran otros proveedores;
- Observa cuánto trabajo se necesita para realizar un servicio;
- Observa otros elementos, según sea necesario, para decidir qué tarifa es razonable para un servicio o suministro en particular; o
- Para servicios de hospitales y otras instalaciones: 140% de la tarifa permitida por Medicare.

Información adicional

Obtenga el máximo valor de sus beneficios. Utilice la herramienta “Estimate the Cost of Care” (*Estime el costo de la atención*) en el sitio web para miembros de Aetna, que le ayudará a decidir si desea recibir atención dentro, o fuera de la red. El sitio web seguro para miembros de Aetna en www.aetna.com podría contener información adicional que puede ayudarle a determinar el costo de un servicio o suministro. Inicie sesión en el sitio web para miembros de Aetna para acceder a la función "Estimar el costo de la 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 necesarios para corregir o mejorar una parte del cuerpo debido a un defecto de nacimiento, accidente, lesiones o condiciones médicas.

Servicios de rehabilitación

Servicios de atención de la salud que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar habilidades y funcionamiento para la vida diaria que se perdieron o se deterioraron debido a que la persona estuvo enferma, herida o discapacitada. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla y servicios de rehabilitación psiquiátrica en diversos entornos para pacientes hospitalizados y/o ambulatorios.

Centro de tratamiento residencial (para abuso de alcohol o sustancias)

Esta es una institución que cumple con la totalidad de los siguientes requisitos:

- Proveedor de la salud conductual acredita, presente en el centro asistencial, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- Proporciona una evaluación integral del paciente (preferiblemente antes del ingreso, pero al menos al momento del ingreso);
- La admisión está a cargo de un Médico;
- Tiene acceso a los servicios médicos necesarios las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si el afiliado requiere servicios de desintoxicación, deberá tener disponibilidad de tratamiento médico en el centro las 24 horas del día, los 7 días de la semana, el cual deberá ser supervisado activamente por un Médico tratante;

- Proporciona preparativos de vivienda que fomentan la vida comunitaria y la interacción entre pares que sean cónsonos con las necesidades de desarrollo;
- Ofrece sesiones de terapia grupal con al menos un enfermero(a) registrado(a) o un profesional de la salud con nivel de maestría;
- Tiene la capacidad de hacer participar a la familia/sistemas de apoyo en la terapia (obligatorio para niños y adolescentes; recomendado para adultos);
- Brinda acceso a sesiones al menos semanales con un Psiquiatra o psicólogo para psicoterapia individual;
- Tiene actividades orientadas a pares profesionales;
- Los servicios son administrados por un proveedor de salud conductual autorizado que, aunque no necesita ser contratado individualmente, debe (1) cumplir con los criterios de acreditación de Aetna como profesional individual y (2) funcionar bajo la dirección/supervisión de un psiquiatra autorizado (médico Director);
- Tiene un plan de tratamiento activo individualizado dirigido al alivio del impedimento que causó el ingreso;
- Proporciona un nivel de intervención especializada acorde con el riesgo del paciente;
- Cumple todas y cada una de las normas aplicables en materia de autorizaciones establecidas por la jurisdicción en la que se encuentra;
- No es un programa de tratamiento de áreas silvestres (ya sea que el programa sea parte o no de una instalación de tratamiento residencial autorizada o de otra institución autorizada), servicios educativos, educación o cualquier programa relacionado o similar, incluyendo programas terapéuticos dentro de un entorno escolar;
- Capacidad para evaluar y reconocer complicaciones de abstinencia que amenazan la vida o las funciones corporales y para obtener los servicios necesarios, bien sea en el centro o externamente;
- Supervisión las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por parte de un médico con evidencia de observación estrecha y frecuente; y
- Proveedor de salud conductual con licencia profesional, profesionales médicos o de abuso de sustancias en el lugar, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Centro de tratamiento residencial (para un trastorno mental)

Esta es una institución que cumple con la totalidad de los siguientes requisitos:

- Proveedor de la salud conductual acredita, presente en el centro asistencial, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- Proporciona una evaluación integral del paciente (preferiblemente antes del ingreso, pero al menos al momento del ingreso);
- La admisión está a cargo de un Médico;
- Tiene acceso a los servicios médicos necesarios las 24 horas del día, los 7 días de la semana;

- Proporciona preparativos de vivienda que fomentan la vida comunitaria y la interacción entre pares que sean cónsonos con las necesidades de desarrollo;
- Ofrece sesiones de terapia grupal con al menos un enfermero(a) registrado(a) o un profesional de la salud con nivel de maestría;
- Tiene la capacidad de hacer participar a la familia/sistemas de apoyo en la terapia (obligatorio para niños y adolescentes; recomendado para adultos);
- Brinda acceso a sesiones al menos semanales con un Psiquiatra o psicólogo para psicoterapia individual;
- Tiene actividades orientadas a pares profesionales;
- Los servicios son administrados por un proveedor de salud conductual autorizado que, aunque no necesita ser contratado individualmente, debe (1) cumplir con los criterios de acreditación de Aetna como profesional individual y (2) funcionar bajo la dirección/supervisión de un psiquiatra autorizado (médico Director);
- Tiene un plan de tratamiento activo individualizado dirigido al alivio del impedimento que causó el ingreso;
- Proporciona un nivel de intervención especializada acorde con el riesgo del paciente;
- Cumple con todas y cada una de las normas de licencias aplicables establecidas por la jurisdicción en la que se encuentra; y
- No es un programa de tratamiento de áreas silvestres (ya sea que el programa sea parte o no de una instalación de tratamiento residencial autorizada o de otra institución autorizada), servicios educativos, educación o cualquier programa similar o relacionado, incluyendo los programas terapéuticos dentro de un entorno escolar.

Cargos por alojamiento y comida

Cargos realizados por una institución por alojamiento y comida y otros servicios y suministros necesarios. Los cargos deberán realizarse periódicamente a razón diaria o semanal.

Si un hospital u otro centro de atención de la salud no identifica los montos específicos cobrados por los cargos de alojamiento y comida y otros cargos, Aetna partirá del supuesto de que el 40% del total es el cargo de alojamiento y comida, y el 60% son otros cargos.

Despistaje

Tipo de atención preventiva que incluye pruebas o exámenes para detectar la presencia de algo; generalmente se realiza cuando no se tienen síntomas, signos o antecedentes médicos predominantes de una enfermedad o afección.

Tarifa de habitación semiprivada

Este es el cargo de alojamiento y alimentación que una institución aplica a la mayoría de las camas en sus habitaciones semiprivadas de dos o más camas. Si no existen dichas habitaciones, Aetna calculará la tarifa. Será la tarifa que más comúnmente cobren instituciones similares en la misma área geográfica.

Compartir el costo de la atención

Usted comparte el costo de su atención médica pagando deducibles, copagos y coseguro. Consulte el Programa de beneficios (en particular “Sus opciones de cobertura médica en la UVA” en la página 29) para obtener más información sobre las características específicas de los costos compartidos que se aplican a cada opción del Plan.

Atención de enfermería especializada

Servicios realizados o supervisados por enfermeros(as) con autorización profesional en su hogar o en un hogar de ancianos. La atención de enfermería especializada no es lo mismo que los “servicios de atención especializada”, que son servicios prestados por terapeutas o técnicos (en lugar de enfermeros/as autorizados/as) en su hogar o en un hogar de ancianos.

Centro de enfermería especializada

Esta es una institución que:

- Tiene licencia o aprobación según la ley estatal o local;
- Califica como un centro de enfermería especializada según Medicare o como una institución acreditada por:
 - La Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica;
 - La Oficina de Hospitales de la Asociación Estadounidense de Osteopática; o
 - La Comisión de Acreditación de Instalaciones de Rehabilitación.
- Se dedica principalmente a brindar atención de enfermería especializada y servicios relacionados a residentes que necesitan:
 - Atención médica o de enfermería; o
 - Servicios de rehabilitación por lesión, enfermedad o discapacidad;
- Tiene licencia para proporcionar, y proporciona, lo siguiente en régimen de paciente hospitalizado para personas convalecientes de una enfermedad o lesión:
 - Atención de enfermería profesional brindada por un enfermero(a) registrado(a) o LPN, dirigida por un enfermero registrado a tiempo completo; y
 - Servicios de restauración física para ayudar a los pacientes a alcanzar una meta de autocuidados personales en las actividades de la vida diaria;
- Brinda atención de enfermería las 24 horas del día a cargo de enfermeros(as) autorizados(as) dirigidos por un enfermero registrado a tiempo completo;
- Está supervisado a tiempo completo por un médico o enfermero(a) registrado(a);
- Mantiene un registro médico completo de cada paciente;
- Tiene un plan de revisión de utilización;
- No es principalmente un lugar de descanso, para personas mayores, para personas con retraso mental o para cuidados de custodia o educativos;

- No es principalmente un lugar para la atención y tratamiento del alcoholismo, abuso de sustancias o trastornos mentales, y
- Cobra por sus servicios.

Un centro de enfermería especializada puede ser un hospital de rehabilitación o una parte de un hospital que ha sido designada para prestar servicios especializados o de rehabilitación.

Especialista

Proveedor que se enfoca en un área específica de la medicina o en grupos de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

Medicamento especializado

Tipo de medicamento recetado que, por lo general, requiere un manejo especial o un seguimiento y evaluación continuos por parte de un profesional de la salud, o es relativamente difícil de dispensar. Generalmente, los medicamentos especializados son los más caros del formulario.

Centro quirúrgico

Este es un centro quirúrgico ambulatorio independiente que:

- Cumple con las normas necesarias para la obtención de una licencia;
- Ha sido creado, equipado y es administrado para prestar servicios de cirugía general;
- Cobra por sus servicios;
- Está dirigido por un equipo de médicos, al menos uno de los cuales se encuentra en las instalaciones cuando se realiza la cirugía y durante el período de recuperación;
- Tiene al menos un anestesiólogo certificado dentro del centro para cuando se realicen cirugías que requieran anestesia general o espinal y durante el período de recuperación;
- Extiende los privilegios del personal quirúrgico a los médicos que practican cirugía en un hospital del área y a los odontólogos que realizan cirugía bucal;
- Tiene al menos dos quirófanos y una sala de recuperación;
- Proporciona o coordina con un centro médico en el área servicios de laboratorio y rayos X de diagnóstico necesarios en relación con la cirugía;
- No cuenta con un lugar para que los pacientes pasen la noche;
- Presta, en los quirófanos y salas de recuperación, servicios de enfermería especializada a tiempo completo dirigidos por un enfermero(a) registrado;
- Está equipado y cuenta con personal capacitado para atender emergencias médicas;
- Debe contar con un médico capacitado en RCP, un desfibrilador, un equipo de traqueotomía y un expansor de volumen sanguíneo;

- Tiene un acuerdo escrito con un hospital del área para el traslado de emergencia inmediato de pacientes. Los procedimientos escritos para dicho traslado deben estar en un lugar visible y el personal debe conocerlos;
- Proporciona un programa continuo de garantía de la calidad que incluye revisiones realizadas por médicos que no son los propietarios, ni dirigen el centro; y
- Mantiene un registro médico de cada paciente.

Telemedicina

Consulta telefónica o por Internet con un proveedor que haya contratado a Aetna para ofrecer estos servicios.

Enfermo terminal

Este es un pronóstico médico de 12 meses o menos de vida.

Terapéutico

Tratamiento, terapia o fármaco destinado a tener un buen efecto en el cuerpo o en la mente y contribuye a una sensación de bienestar.

Admisión urgente

Una admisión urgente es aquella en la que el médico admite a un paciente en el hospital debido a:

- La aparición o cambio de una enfermedad; o
- El diagnóstico de una enfermedad; o
- Una lesión causada por un accidente que, si bien no necesita una admisión de emergencia, es lo suficientemente grave como para requerir hospitalización como paciente hospitalizado dentro de las dos semanas siguientes a la fecha en que se hace evidente la necesidad de hospitalización.

Atención de urgencias

Atención de una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable procure atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

Proveedor de atención de urgencias

Este es un centro médico independiente que:

- Presta servicios médicos no programados para tratar una afección urgente si su médico no está razonablemente disponible;
- Proporciona rutinariamente servicios médicos continuos no programados durante más de 8 horas consecutivas;
- Cobra por sus servicios;
- Tiene autorización y certificación profesional según lo exija la ley o regulación estatal o federal;
- Mantiene un registro médico de cada paciente;

- Proporciona un programa continuo de garantía de la calidad, que incluye revisiones realizadas por médicos distintos de los propietarios o administradores del centro;
- Está dirigido por un equipo de médicos, y tiene un médico de guardia en todo momento; y
- Tiene un administrador a tiempo completo, quien también es médico.

Un proveedor de atención de urgencias también puede ser el consultorio de un médico, si el proveedor tiene un contrato con Aetna para brindar atención de urgencias y, con el consentimiento de Aetna, está incluido en su directorio de proveedores como proveedor de atención de urgencias dentro de la red.

La sala de emergencias de un hospital o el departamento para pacientes ambulatorios no se consideran proveedores de atención de urgencias.

Condición urgente

Esta es una enfermedad, lesión o condición repentina que:

- Es lo suficientemente grave como para requerir atención de la salud inmediata a fin de evitar problemas de salud graves;
- Incluye una afección que podría causarle un dolor intenso que no se podría controlar sin atención o tratamiento urgentes;
- No requiere el nivel de cuidados brindado en la sala de emergencias de un hospital; y
- Requiere atención médica ambulatoria inmediata que no se puede posponer hasta que su médico esté razonablemente disponible.

Clínica sin cita previa

Centro asistencial independiente que tiene un contrato con Aetna para:

- Tratar enfermedades y lesiones no programadas y/o que no sean de emergencia; y
- Administra ciertas vacunas.

Una clínica sin cita previa debe:

- Proporcionar servicios médicos no programados y/o que no sean de emergencia;
- Cobrar por los servicios que presta;
- Tener autorización y certificación según lo exija cualquier ley o reglamento estatal o federal;
- Contar con profesionales independientes, como personal de enfermería especializada, con autorización en el estado donde está ubicada la clínica;
- Mantener un expediente médico de cada paciente;
- Proporcionar un programa continuo de garantía de la calidad;
- Tener al menos un médico de guardia en todo momento;

- Contar con un médico que establezca protocolos de políticas, directrices y decisiones clínicas; y
- No ser la sala de emergencias o el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital.

Resúmenes de beneficios y cobertura

 El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de salud cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominada la prima) se suministrará 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, visite www.HealthReformPlanSBC.com o llame al 1-888-982-3862. Para obtener definiciones generales de los términos comunes, como monto permitido, facturación del saldo, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Usted puede consultar el Glosario visitando <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamando al 1-888-982-3862 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Qué es el <u>deducible</u> general?	UVA dentro de la red: Individual \$800 / Familiar \$1,600. Aetna dentro de la red: Individual \$800 / Familiar \$1,600. Fuera de la red: Individual \$2,400 / Familiar \$4,800.	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe abonar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos <u>deducibles</u> pagados 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. Los <u>medicamentos recetados</u> genéricos dentro de la red; además de las visitas al consultorio dentro de la <u>red</u> y la <u>atención preventiva</u> están cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos ítems y servicios, incluso si usted aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Pero es posible que se aplique un <u>copago</u> o un <u>copago</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que usted alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Existen otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No es necesario que usted alcance los <u>deducibles</u> para recibir servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	UVA dentro de la red: Individual \$5,500 / Familiar \$11,000. Aetna dentro de la red: Individual \$5,500 / Familiar \$11,000. Fuera de la red: Individual \$11,000 / Familiar \$22,000.	El <u>límite de gastos de su bolsillo</u> es la cantidad máxima que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , ellos deberán alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las <u>Primas</u> , los cargos de <u>facturación de saldo</u> y de <u>atención de la salud</u> que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague al incurrir en estos gastos, ellos no cuentan para alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará usted menos si utiliza un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Consulte www.aetna.com/docfind o llame al 1-800-370-4526 para obtener una lista de los <u>proveedores dentro de la red</u> de la UVA.	Usted paga menos si utiliza un <u>proveedor dentro de la red</u> de la UVA. Usted paga más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> para que usted pague la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como exámenes de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita una <u>remisión</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	No.	Usted puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>remisión</u> .



Todos los costos de **copagos** y de **coseguro** que se muestran en este cuadro son posteriores al momento en que se ha alcanzado el monto de su **deducible**, en caso de que se aplique un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		UVA dentro de la red (Usted pagará menos)	Aetna dentro de la red (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si usted visita el consultorio o clínica de un proveedor de atención de la salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad.	\$25 de copago/visita al consultorio únicamente, no se aplica deducible ; 20% de coseguro para todos los demás servicios	\$40 de copago/visita al consultorio únicamente, no se aplica deducible ; 20% de coseguro para todos los demás servicios	40% de coseguro	Incluye internista, médico general, médico de familia, pediatra y ginecólogo/obstetra.
	Visita a un especialista	\$50 de copago/visita al consultorio únicamente, no se aplica deducible ; 20% de coseguro para todos los demás servicios	\$80 de copago/visita al consultorio únicamente, no se aplica deducible ; 20% de coseguro para todos los demás servicios	40% de coseguro	La cobertura está limitada a 26 visitas de atención quiropráctica y 20 visitas de acupuntura por año calendario.
	Atención preventiva/despistaje/vacunación	Sin cargos	Sin cargos	No cubierto	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique qué cantidad pagará su plan . Podrían aplicarse tablas de edad y frecuencia.
Si usted se somete a una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, exámenes de sangre)	20% de coseguro	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguno
	Imágenes (tomografías CT/PET, IRM)	20% de coseguro	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguno
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos genéricos	No se aplica Deducible ; \$6 de copago /30 días (minorista), \$14 de copago /90 días	No se aplica Deducible ; \$6 de copago /30 días (minorista), \$14 de copago /90 días	No se aplica Deducible ; \$6 de copago más el monto facturado menos la tarifa contratada/30 días (minorista)	Cubre un suministro de 30 días (minorista), un suministro de 31 a 90 días (pedido por correo, farmacias UVA, farmacias Costco, farmacias CVS). Incluye medicamentos y dispositivos anticonceptivos que se pueden obtener

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		UVA dentro de la red (Usted pagará menos)	Aetna dentro de la red (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Más información sobre la cobertura de recetados está disponible en www.aetnapharmacy.com/standard	Medicamentos de marca preferida	Después del <u>deducible</u> , 20% de <u>coseguro</u> con \$200 máximo por 30 días (minorista); 20% de <u>coseguro</u> con \$425 máximo por 90 días	Después del <u>deducible</u> , 20% de <u>coseguro</u> con \$34 min y \$200 máx/30 días (minorista); 20% de <u>coseguro</u> con \$75 min y \$425 máx/90 días	Después del <u>deducible</u> , 20% de <u>coseguro</u> con \$34 min y \$200 máx más monto facturado menos tarifa contratada/30 días (minorista)	en una farmacia, medicamentos para la fertilidad orales e inyectables. Sin cargo para el caso de anticonceptivos femeninos genéricos preferidos aprobados por la FDA dentro de la red. Revise su <u>formulario</u> para conocer los medicamentos recetados que requieren precertificación o terapia escalonada para obtener cobertura. Su costo será mayor si elige medicamentos de marca en lugar de genéricos; la multa por la diferencia de costo no se aplica al <u>deducible</u> ni al <u>límite de gastos de bolsillo</u> . Medicamentos de mantenimiento: después de dos reabastecimientos en expendios minoristas, los miembros deben obtener un suministro para 90 días en farmacias UVA, farmacias Costco, farmacias de servicio por correo CVS Caremark® o farmacias CVS. El <u>Deducible</u> no se aplica a ciertos medicamentos preventivos y crónicos.
	Medicamentos de marca no preferida	Después del <u>deducible</u> , 20% de <u>coseguro</u> con \$275 máx/30 días (minorista); 20% de <u>coseguro</u> con \$525 máx/90 días	Después del <u>deducible</u> , 20% de <u>coseguro</u> con \$68 min & \$275 máx/30 días (minorista); 20% de <u>coseguro</u> con \$150 min y \$525 máx/90 días	Después del <u>deducible</u> , 20% de <u>coseguro</u> con \$68 min y \$275 máx más monto facturado menos tarifa contratada/30 días (minorista)	Cubre un suministro para un máximo de 30 días. Los <u>medicamentos especializados</u> se deben dispensar a través de una Farmacia de Medicamentos Especializados de la UVA. Los <u>medicamentos especializados</u> de distribución limitada se pueden surtir a través de una Farmacia CVS de Medicamentos Especializados. Los genéricos son obligatorios.
	<u>Medicamentos especializados</u> : Genérico (G), Marca preferida (P), Marca no preferida (N)	Después del <u>deducible</u> , G: 20% de <u>coseguro</u> con \$150 máximo; P: 20% de <u>coseguro</u> con máximo de \$200; N: 20% de <u>coseguro</u> con un máximo de \$350	Después del <u>deducible</u> , G: 20% de <u>coseguro</u> con \$150 máximo; P: 20% de <u>coseguro</u> con máximo de \$200; N: 20% de <u>coseguro</u> con un máximo de \$350	No cubierto	
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa por uso de instalaciones (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria) Honorarios de médicos/cirujanos	20% de <u>coseguro</u> 20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u> 20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u> 40% de <u>coseguro</u>	Ninguno Ninguno

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		UVA dentro de la red (Usted pagará menos)	Aetna dentro de la red (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	Al usar servicios de emergencia fuera de la red se paga lo mismo que dentro de la red. No hay cobertura para usos que no sean de emergencia.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Al usar servicios de emergencia fuera de la red se paga lo mismo que dentro de la red. Transporte que no sea de emergencia: no cubierto, excepto si está preautorizado.
	Atención de urgencias	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura para uso no urgente.
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa por uso de instalaciones (por ejemplo, habitación de hospital)	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>Preautorización</u> para obtener atención fuera de la red.
	Honorarios de médicos/cirujanos	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Consultorio: \$25 de <u>copago</u> /visita, no se aplica <u>deducible</u> ; otros servicios para pacientes ambulatorios 20% de <u>coseguro</u>	Consultorio: \$40 de <u>copago</u> /visita, no se aplica <u>deducible</u> ; otros servicios para pacientes ambulatorios 20% de <u>coseguro</u>	Consultorio y otros servicios ambulatorios: 40% de <u>coseguro</u>	Ninguno
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>Preautorización</u> para obtener atención fuera de la red.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo por servicios de rutina.	Sin cargo por servicios de rutina.	40% de <u>coseguro</u>	Los costos compartidos no se aplican a los servicios preventivos. La atención de maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otras secciones del SBC (por ejemplo, ultrasonido). Se requiere <u>preautorización</u> para atención fuera de la red.
	Servicios profesionales de nacimiento/parto.	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	
	Servicios por uso de instalaciones para nacimientos/partos	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras	<u>Atención de la salud a domicilio</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	90 visitas/año calendario. Se requiere <u>preautorización</u> para atención fuera de la red.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		UVA dentro de la red (Usted pagará menos)	Aetna dentro de la red (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
necesidades de salud especiales	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$40 de <u>copago</u> /visita, no se aplica <u>deducible</u>	\$40 de <u>copago</u> /visita, no se aplica <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u>	40 visitas/año calendario para terapia física y ocupacional combinadas, 40 visitas/año calendario para terapia del habla, incluyendo los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.
	<u>Servicios de <u>habilitación</u></u>	\$40 de <u>copago</u> /visita, no se aplica <u>deducible</u>	\$40 de <u>copago</u> /visita, no se aplica <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguno
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	180 días/año calendario. Se requiere <u>preautorización</u> para atención fuera de la red.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Limitado a 1 <u>equipo médico duradero</u> para el mismo propósito o propósito similar. Excluye reparaciones por mal uso/abuso.
Si su niño necesita atención dental u oftalmológica	<u>Servicios de cuidados para enfermos terminales</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>Preautorización</u> para obtener atención fuera de la red.
	Examen de la vista para niños	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto.
	Gafas para niños	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto.
	Chequeo dental infantil	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento de su plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos.)

- Cirugía cosmética
- Atención dental (adultos y niños)
- Gafas (infantiles)
- Cuidados a largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada
- Cuidado oftalmológico de rutina (adultos y niños)
- Cuidados de rutina de los pies
- Programas de pérdida de peso: excepto los servicios preventivos obligatorios.

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

- Acupuntura: 20 visitas por año calendario para enfermedades, lesiones y dolor crónico.
- Cirugía bariátrica: limitada únicamente a centros asistenciales contratados por Institutes of Quality.

- Atención quiropráctica: 26 visitas/año calendario.
- Prótesis auditivas: \$1,200 máximo/48 meses.

- Tratamiento de la infertilidad: para obtener más información y conocer las excepciones, consulte el documento de la póliza proporcionado por su empleador o llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Sus derechos para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura una vez finalizada. La información de contacto de esas agencias es:

- Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-888-982-3862.
- Si su cobertura de salud grupal está sujeta a ERISA, también puede comunicarse con la Administración de Seguridad para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitando <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
- Para planes de salud grupales gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos, llamando al 1-877-267-2323 x61565 o visitando www.ccio.cms.gov.
- Si su cobertura es un plan de una institución religiosa, debe saber que los planes de instituciones religiosas no están cubiertos por las reglas federales de continuación de cobertura de COBRA. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con el regulador de seguros estatal para informarse sobre sus posibles derechos a continuar con la cobertura en el marco de las leyes estatales.

Es posible que usted también tenga a su disposición otras opciones de cobertura, incluyendo la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros médicos. Para más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a plantear quejas y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si usted tiene un reclamo en contra de su plan por una denegación de una reclamación. Este reclamo se denomina queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, una apelación o una queja por cualquier motivo ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o para obtener asistencia, comuníquese con:

- Si su cobertura de salud grupal está sujeta a ERISA, puede comunicarse con Aetna directamente llamando al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación médica o llamando a nuestro número general, que es el 1-888-982-3862. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitando <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
- Para planes de salud grupales gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos, llamando al 1-877-267-2323 x61565 o visitando www.ccio.cms.gov.
- Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle 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 cobertura esencial mínima? Sí.

La Cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro de salud, disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si usted es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito tributario de prima.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría ser elegible para un crédito tributario de prima que le ayudará a pagar un plan a través del Mercado.

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que usted reciba, los precios que cobran sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y los servicios excluidos que contempla el plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar al usar diferentes planes de salud. Por favor, tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

- **El deducible general del plan** \$800
- **Copago de especialista** \$50
- **Coseguro de hospital (uso de instalaciones)** 20%
- **Otros montos de coseguro** 20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios

como:

Visitas al consultorio de un especialista (*cuidados prenatales*)
 Servicios profesionales de nacimiento/parto
 Servicios de instalaciones de nacimiento/parto
Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y exámenes de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total en el ejemplo	\$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$800
<u>Copagos</u>	\$10
<u>Coseguro</u>	\$2,100
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$2,970

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- **El deducible general del plan** \$800
- **Copago de especialista** \$50
- **Coseguro de hospital (uso de instalaciones)** 20%
- **Otros montos de coseguro** 20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios

como:

Visitas al consultorio de un Médico de atención primaria (*incluyendo educación sobre una enfermedad*)
Pruebas de diagnóstico (*exámenes de sangre*)
Medicamentos recetados
Suministros para diabéticos (*medidor de glucosa*)

Costo total en el ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$800
<u>Copagos</u>	\$900
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,720

La fractura simple de Mia

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

- **El deducible general del plan** \$800
- **Copago de especialista** \$50
- **Coseguro de hospital (uso de instalaciones)** 20%
- **Otros montos de coseguro** 20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios

como:

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

Costo total en el ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$800
<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coseguro</u>	\$300
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,300

Tecnología de asistencia

Es posible que las personas que utilizan tecnología de asistencia no puedan acceder completamente a la siguiente información. Para obtener ayuda, por favor, llame al 866-393-0002.

Teléfono inteligente o tableta

Para ver documentos desde su teléfono inteligente o tableta, es necesaria la aplicación gratuita WinZip. Es posible que esté disponible en su App Store.

Ausencia de discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata ilícitamente, ni de manera diferente a las personas por su raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, identidad de género u orientación sexual.

Prestamos ayuda/servicios gratuitos a personas con discapacidades y a personas que necesitan asistencia en idiomas.

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

Si usted cree que no hemos prestado estos servicios o que de otra manera le hemos discriminado en virtud de una de las clases protegidas mencionadas anteriormente, también puede presentar una queja ante el Coordinador de Derechos Civiles comunicándose con:

Civil Rights Coordinator,
P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes CA HMO: P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779),
1-800-648-7817, TTY: 711,
Fax: 859-425-3379 (clientes de CA HMO: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o en: U.S. Department of Health and Human Services, 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 utilizada para productos y servicios prestados por una o más de las empresas del grupo Aetna, incluyendo Aetna Life Insurance Company y sus empresas afiliadas (Aetna).

 El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de salud cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominada la prima) se suministrará 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, visite www.HealthReformPlanSBC.com o llame al 1-888-982-3862. Para obtener definiciones generales de los términos comunes, como monto permitido, facturación del saldo, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Usted puede consultar el Glosario visitando <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamando al 1-888-982-3862 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Qué es el <u>deducible general</u> ?	Dentro de la <u>red</u> : Individual \$800 / Familiar \$1,600. Fuera de la <u>red</u> : Individual \$2,400 / Familiar \$4,800.	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe satisfacer su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay <u>servicios cubiertos</u> antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Los <u>medicamentos recetados</u> genéricos dentro de la <u>red</u> ; además de las visitas al consultorio dentro de la <u>red</u> y la <u>atención preventiva</u> están cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos ítems y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Pero es posible que se aplique un <u>copago</u> o un <u>copago</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que usted alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Existen otros <u>deducibles</u> para <u>servicios específicos</u> ?	No.	No es necesario que usted alcance los <u>deducibles</u> para recibir <u>servicios</u> específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la <u>red</u> : Individual \$5,500 / Familiar \$11,000. Fuera de la <u>red</u> : Individual \$11,000 / Familiar \$22,000.	El <u>límite de gastos de su bolsillo</u> es el monto máximo que podría pagar en un año por los <u>servicios cubiertos</u> . Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , ellos deben cumplir con sus propios <u>límites de gastos de su bolsillo</u> hasta que se alcance el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , los cargos de <u>facturación de saldo</u> y de <u>atención de la salud</u> que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague al incurrir en estos gastos, ellos no cuentan para alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará usted menos si utiliza un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Consulte http://www.aetna.com/docfind o llame al 1-800-370-4526 para obtener una lista de los <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor dentro de la red del plan</u> . Usted pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> y es posible que reciba una <u>factura de un proveedor</u> por la diferencia entre lo cobrado por dicho <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan (facturación de saldo)</u> . Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos <u>servicios (como exámenes de laboratorio)</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener <u>servicios</u> .
¿Necesita una <u>remisión para consultar a un especialista</u> ?	No.	Usted puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>remisión</u> .



Todos los costos de **copagos** y de **coseguro** que se muestran en este cuadro son posteriores al momento en que se ha alcanzado el monto de su **deducible**, en caso de que se aplique un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si usted visita el consultorio o clínica de un <u>proveedor de atención de la salud</u>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad.	\$25 <u>copago</u> /visita al consultorio únicamente, no se aplica <u>deducible</u> ; 20% de <u>coseguro</u> para todos los demás servicios	40% de <u>coseguro</u>	Incluye internista, médico general, médico de familia, pediatra y ginecólogo/obstetra.
	Visita a un <u>especialista</u>	\$50 <u>copago</u> /visita al consultorio únicamente, no se aplica <u>deducible</u> ; 20% de <u>coseguro</u> para todos los demás servicios	40% de <u>coseguro</u>	La cobertura está limitada a 26 visitas de atención quiropráctica y 20 visitas de acupuntura por año calendario.
	<u>Atención preventiva/despistaje/vacunación</u>	Sin cargos	No cubierto	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que pagará su <u>plan</u> .
Si usted se somete a una prueba	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografías, exámenes de sangre)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguno
	Imágenes (tomografías CT/PET, IRM)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguno
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos genéricos	No se aplica <u>Deducible</u> : \$6 de <u>copago</u> /30 días (minorista), \$14 de <u>copago</u> /90 días	No se aplica <u>deducible</u> : \$6 de <u>copago</u> más el monto facturado menos la tarifa contratada/30 días (minorista)	Cubre un suministro de 30 días (minorista), un suministro de 31 a 90 días (pedido por correo, farmacias UVA, farmacias Costco, farmacias CVS). Incluye medicamentos y dispositivos anticonceptivos que se pueden obtener en una farmacia, medicamentos para la fertilidad orales e inyectables.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante	
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)		
<p>Más información sobre la cobertura de recetados está disponible en www.aetnapharmacy.com/standard</p>	<p>Medicamentos de marca preferida</p> <p>Medicamentos de marca no preferida</p> <p>Medicamentos especializados: Genérico (G), Marca preferida (P), Marca no preferida (N)</p>	<p>Después del <u>deducible</u>, 20% de <u>coseguro</u> con \$34 mínimo/\$200 máximo 30 días (minorista); 20% de <u>coseguro</u> con \$75 mínimo/\$425 máximo 90 días</p> <p>Después del <u>deducible</u>, 20% de <u>coseguro</u> con \$68 mínimo/\$275 máximo 30 días (minorista); 20% de <u>coseguro</u> con \$150 mínimo/\$525 máximo 90 días</p>	<p>Después del <u>deducible</u>, 20% de <u>coseguro</u> con \$34 mínimo/\$200 máximo más el monto facturado menos la tarifa contratada/30 días (minorista)</p> <p>Después del <u>deducible</u>, 20% de <u>coseguro</u> con \$68 mínimo/\$275 máximo más el monto facturado menos la tarifa contratada/30 días (minorista)</p> <p>No cubierto</p>	<p>Sin cargo por anticonceptivos femeninos genéricos preferidos aprobados por la FDA dentro de la <u>red</u>. Revise su <u>formulario</u> para conocer los medicamentos recetados que requieren precertificación o terapia escalonada para obtener cobertura. Su costo será mayor si elige medicamentos de marca en lugar de genéricos; la multa por la diferencia de costo no se aplica al <u>deducible</u> ni al <u>límite de gastos de bolsillo</u>. Medicamentos de mantenimiento: después de dos reabastecimientos en expendios minoristas, los miembros deben obtener un suministro para 90 días en farmacias UVA, farmacias Costco, farmacias de servicio por correo CVS Caremark® o farmacias CVS. El <u>Deducible</u> no se aplica a ciertos medicamentos preventivos y crónicos.</p> <p>Cubre un suministro para un máximo de 30 días. Los medicamentos especializados deben surtirse a través de la farmacia de medicamentos especializados de UVA. Los medicamentos especializados de distribución limitada se pueden surtir a través de la farmacia CVS de medicamentos especializados. Los genéricos son obligatorios.</p>	
<p>Si tiene una cirugía ambulatoria</p>	<p>Tarifa por uso de instalaciones (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)</p> <p>Honorarios de médicos/cirujanos</p> <p>Atención en la sala de <u>emergencias</u></p>	<p>20% de <u>coseguro</u></p> <p>20% de <u>coseguro</u></p> <p>25% de <u>coseguro</u></p>	<p>Ninguno</p> <p>Ninguno</p> <p>40% de <u>coseguro</u></p> <p>40% de <u>coseguro</u></p> <p>25% de <u>coseguro</u></p>	<p>Al usar servicios de emergencia fuera de la <u>red</u> se paga lo mismo que dentro de la <u>red</u>. No hay cobertura para usos que no sean de emergencia.</p>	
<p>Si necesita atención médica inmediata</p>	<p>Transporte <u>médico de emergencia</u></p> <p>Atención de urgencias</p>	<p>20% de <u>coseguro</u></p> <p>20% de <u>coseguro</u></p>	<p>Al usar servicios de emergencia fuera de la <u>red</u> se paga lo mismo que dentro de la <u>red</u>. Transporte que no sea de emergencia: no cubierto, excepto si está preautorizado.</p> <p>Sin cobertura para uso no urgente.</p>	<p>Al usar servicios de emergencia fuera de la <u>red</u> se paga lo mismo que dentro de la <u>red</u>. Transporte que no sea de emergencia: no cubierto, excepto si está preautorizado.</p> <p>Sin cobertura para uso no urgente.</p>	

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa por uso de instalaciones (por ejemplo, habitación de hospital)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>Preautorización</u> para obtener atención fuera de la red.
	Honorarios de médicos/cirujanos	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguno
	Servicios ambulatorios	Consultorio: \$25 de <u>copago</u> /visita, no se aplica <u>deducible</u> ; otros servicios para pacientes ambulatorios 20% de <u>coseguro</u>	Consultorio y otros servicios ambulatorios: 40% de <u>coseguro</u>	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>Preautorización</u> para obtener atención fuera de la red.
	Visitas al consultorio	Sin cargo por servicios de rutina.	40% de <u>coseguro</u>	Los <u>costos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios preventivos</u> . La atención de maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otras secciones del SBC (por ejemplo, ultrasonido). Se requiere <u>preautorización</u> para atención fuera de la red.
	Servicios profesionales de nacimiento/parto. Servicios por uso de instalaciones para nacimientos/partos	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Atención de la salud a domicilio</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	90 visitas/año calendario. Se requiere <u>preautorización</u> para atención fuera de la red.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$40 de <u>copago</u> /visita, no se aplica <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u>	40 visitas/año calendario para terapia física y ocupacional combinadas; 40 visitas/año calendario para Logopedia, incluyendo servicios hospitalarios ambulatorios.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$40 de <u>copago</u> /visita, no se aplica, <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguno
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	180 días/año calendario. Se requiere <u>preautorización</u> para atención fuera de la red.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Limitado a 1 equipo médico duradero para el mismo propósito o propósito similar. Excluye reparaciones por mal uso/abuso.
Examen de la vista para niños Gafas para niños	<u>Servicios de cuidados para enfermos terminales</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>Preautorización</u> para obtener atención fuera de la red.
		No cubierto No cubierto	No cubierto No cubierto	No cubierto. No cubierto.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si su niño necesita atención dental u oftalmológica	Chequeo dental infantil	No cubierto	No cubierto	No cubierto.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento de su plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos.)

- Cirugía cosmética
- Atención dental (adultos y niños)
- Gafas (infantiles)
- Cuidados a largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada
- Cuidado oftalmológico de rutina (adultos y niños)
- Cuidados de rutina de los pies
- Programas de pérdida de peso: excepto los servicios preventivos obligatorios.

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

- Acupuntura: 20 visitas por año calendario para enfermedades, lesiones y dolor crónico.
- Cirugía bariátrica: limitada únicamente a centros asistenciales contratados por Institutes of Quality.
- Atención quiropráctica: 26 visitas/año calendario.
- Prótesis auditivas: \$1,200 máximo/48 meses.
- Tratamiento de la infertilidad: para obtener más información y conocer las excepciones, consulte el documento de la póliza proporcionado por su empleador o llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Sus derechos para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura una vez finalizada. La información de contacto de esas agencias es:

- Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-888-982-3862.
- Si su cobertura de salud grupal está sujeta a ERISA, también puede comunicarse con la Administración de Seguridad para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitando <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
- Para planes de salud grupales gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos, llamando al 1-877-267-2323 x61565 o visitando www.ccio.cms.gov.
- Si su cobertura es un plan de una institución religiosa, debe saber que los planes de instituciones religiosas no están cubiertos por las reglas federales de continuación de cobertura de COBRA. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con el regulador de seguros estatal para informarse sobre sus posibles derechos a continuar con la cobertura en el marco de las leyes estatales.

Es posible que usted también tenga a su disposición otras opciones de cobertura, incluyendo la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros médicos. Para más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a plantear quejas y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si usted tiene una reclamación contra su plan por una denegación de una reclamación. Esta reclamación se denomina queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, una apelación o una queja por cualquier motivo ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o para obtener asistencia, comuníquese con:

- Si su cobertura de salud grupal está sujeta a ERISA, puede comunicarse con Aetna directamente llamando al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación médica o llamando a nuestro número general, que es el 1-888-982-3862. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitando <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
- Para planes de salud grupales gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos, llamando al 1-877-267-2323 x61565 o visitando www.ccio.cms.gov.
- Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle 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 cobertura esencial mínima? Sí.

La Cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros de salud disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito tributario de prima.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría ser elegible para un crédito tributario de prima que le ayudará a pagar un plan a través del Mercado.

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes, lo cual dependerá de la atención que efectivamente usted reciba, los precios que cobran sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y los servicios excluidos que contempla el plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar con diferentes planes de salud. Por favor, tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

- **El deducible general del plan** \$800
- **Copago de especialista** \$50
- **Coseguro de hospital (uso de instalaciones)** 20%
- **Otros montos de coseguro** 20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios

como:

Visitas al consultorio de un especialista (*cuidados prenatales*)
 Servicios profesionales de nacimiento/parto
 Servicios de instalaciones de nacimiento/parto
 Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y exámenes de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total en el ejemplo	\$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
Deducibles	\$800
Copagos	\$10
Coseguro	\$2,100
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$2,970

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- **El deducible general del plan** \$800
- **Copago de especialista** \$50
- **Coseguro de hospital (uso de instalaciones)** 20%
- **Otros montos de coseguro** 20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios

como:

Visitas al consultorio de un Médico de atención primaria (*incluyendo educación sobre una enfermedad*)
 Pruebas de diagnóstico (*exámenes de sangre*)
 Medicamentos recetados
Suministros para diabéticos (*medidor de glucosa*)

Costo total en el ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
Deducibles	\$800
Copagos	\$900
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,720

La fractura simple de Mia

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

- **El deducible general del plan** \$800
- **Copago de especialista** \$50
- **Coseguro de hospital (uso de instalaciones)** 20%
- **Otros montos de coseguro** 20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios

como:

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

Costo total en el ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
Deducibles	\$800
Copagos	\$200
Coseguro	\$300
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,300

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

Tecnología de asistencia

Es posible que las personas que utilizan tecnología de asistencia no puedan acceder completamente a la siguiente información. Para obtener ayuda, por favor, llame al 866-393-0002.

Teléfono inteligente o tableta

Para ver documentos desde su teléfono inteligente o tableta, es necesaria la aplicación gratuita WinZip. Es posible que esté disponible en su App Store.

Ausencia de discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata ilícitamente, ni de manera diferente a las personas por su raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, identidad de género u orientación sexual.

Prestamos ayuda/servicios gratuitos a personas con discapacidades y a personas que necesitan asistencia en idiomas.

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

Si usted cree que no hemos prestado estos servicios o que de otra manera le hemos discriminado en virtud de una de las clases protegidas mencionadas anteriormente, también puede presentar una queja ante el Coordinador de Derechos Civiles comunicándose con:

Civil Rights Coordinator,
P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes CA HMO: P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779),
1-800-648-7817, TTY: 711,
Fax: 859-425-3379 (clientes de CA HMO: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o en: U.S. Department of Health and Human Services, 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 utilizada para productos y servicios prestados por una o más de las empresas del grupo Aetna, incluyendo Aetna Life Insurance Company y sus empresas afiliadas (Aetna).

- Hmong - Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-888-982-3862.
- Igbo - Iji nwetabherè na orụ gasi asụsụ n'efu, kpọọ 1-888-982-3862
- Ilocano - Tapno maakseso dagiti serbisio maipapan iti pagsasao nga awan ti bayadanyo, tawagan ti 1-888-982-3862.
- Indonesio - Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, hubungi 1-888-982-3862.
- Italiano - Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-888-982-3862.
- Japonés - 言語サービスを無料でご利用いただくには、1-888-982-3862 までお電話ください。
- Karen - လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကိၣ်အတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖိးတၢ်မၤတၢ်ဖၣ်လၢတၢ်အိၣ်ဒီးအပူၤလၢကတၢ်ဟ့ၣ်အိၣ်ဒီးတၢ်ဘၣ်န့ၢ် 1-888-982-3862 တက့ၢ်.
- Coreano - 무료 언어 서비스를 이용하려면 1-888-982-3862 번으로 전화해 주십시오.
- Kru-Bassa - M dyi wudu-dù kà kò dò bè dyi mɔú n ni Pídyi ní, níí, dǎ nobà nià ke: 1-888-982-3862
- Kurdo - 1-888-982-3862 به ژماره‌ی ١٨٨٨٨٨٢٣٨٦٢ پێچووون بۆ تۆ، پێچووندى بکه به ژماره‌ی
- Laotian - ເພື່ອເຂົາໃຊ້ການບວກງານພາສາໄດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕາມທາງ, ໃຫ້ໃຫ້ທາງເບ 1-888-982-3862
- Marathi - कोणत्याही शब्दकालशवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी,, 1-888-982-3862 वर फोन करा.
- Marshallese - Nan etal nan jikin jiban ikijen Kajin ilo an ejelok onen nan kwe, kirlök 1-888-982-3862.
- Micronesio - Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlh 1-888-982-3862.
- Pohnpeyan - ເຂັຍຊັຍຊວນດາສເສນາກຸກຸກາສາໂຂ້ເຂນສັກສັກໂຂ້ສຸ່ປາປາລາກາກາກ ສາຍເນັກສາເນັກສາເນັກ 1-888-982-3862
- Mon-Khmer, Camboyano - T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowol doo báqáh ílínígó kojí' hǎ́ǎ́ǎ́ 1-888-982-3862.
- Navajo - निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न 1-888-982-3862 मा टेलिफोन गर्नुहोस् ।
- Nepali - Tè koor yin weer de thokic ke cìn wèu kər keek tənəŋ yin. Ke col kəs ye kəs kuony ne nomba 1-888-982-3862.
- Nilotic-Dinka - For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring 1-888-982-3862.
- Noruego - Pennsylvania Dutch - Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-888-982-3862.
- Persa - برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-888-982-3862 تماس بگیرید .
- Polaco - Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć 1-888-982-3862.
- Portugués - Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-888-982-3862.
- Punjabi - ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, 1-888-982-3862 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।
- Rumano - Pentru a accesa gratuit serviciile de limbă, apelați 1-888-982-3862.
- Ruso - Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону 1-888-982-3862.
- Samoaano - Mo le mauaina o auauunaga tau gagana e auoua ma se totogi, vala'au le 1-888-982-3862.



El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de salud cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominada la prima) se suministrará 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, visite www.HealthReformPlanSBC.com o llame al 1-888-982-3862. Para obtener definiciones generales de los términos comunes, como monto permitido, facturación del saldo, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Usted puede consultar el Glosario visitando <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamando al 1-888-982-3862 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Qué es el <u>deducible general</u> ?	Dentro de la red: Individual \$500 / Familiar \$1,000. Fuera de la red: Individual \$1,500 / Familiar \$3,000.	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe satisfacer su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay <u>servicios cubiertos</u> antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Los <u>Medicamentos recetados</u> genéricos dentro de la red; más la <u>atención preventiva</u> dentro de la red están cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos ítems y servicios, incluso si usted aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Pero es posible que se aplique un <u>copago</u> o un <u>copago</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que usted alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Existen otros <u>deducibles</u> para <u>servicios específicos</u> ?	No.	No es necesario que usted alcance los <u>deducibles</u> para recibir <u>servicios</u> específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la red: Individual \$5,500 / Familiar \$11,000. Fuera de la red: Individual \$11,000 / Familiar \$22,000.	El <u>límite de gastos de su bolsillo</u> es el monto máximo que usted podría pagar en un año por los <u>servicios cubiertos</u> . Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , ellos deben cumplir con sus propios <u>límites de gastos de su bolsillo</u> hasta que se alcance el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las <u>Primas</u> , los cargos de <u>facturación de saldo</u> y de <u>atención de la salud</u> que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague al incurrir en estos gastos, ellos no cuentan para alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará usted menos si utiliza un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Visite www.aetna.com/docfind o llame al 1-800-370-4526 para obtener una lista de <u>proveedores</u> dentro de la red.	Este <u>plan</u> utiliza una red de <u>proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> dentro de la red del <u>plan</u> . Usted pagará más si utiliza 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 lo cobrado por dicho <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos <u>servicios</u> (como <u>exámenes de laboratorio</u>). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener <u>servicios</u> .
¿Necesita una <u>remisión</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	No.	Usted puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>remisión</u> .



Todos los costos de **copagos** y de **coseguro** que se muestran en este cuadro son posteriores al momento en que se ha alcanzado el monto de su **deducible**, en caso de que se aplique un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si usted visita el consultorio o clínica de un proveedor de atención de la salud	<p>Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad.</p> <p>Visita a un <u>especialista</u></p> <p><u>Atención preventiva/despistaje/vacunación</u></p>	<p>15% de <u>coseguro</u></p> <p>15% de <u>coseguro</u></p> <p>Sin cargos</p>	<p>35% de <u>coseguro</u></p> <p>35% de <u>coseguro</u></p> <p>No cubierto</p>	<p>Incluye internista, médico general, médico de familia o pediatra.</p> <p>La cobertura está limitada a 26 visitas de atención quiropráctica y 20 visitas de acupuntura por año calendario.</p> <p>Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que pagará su <u>plan</u>.</p>
Si usted se somete a una prueba	<p>Prueba de <u>diagnóstico</u> (radiografías, exámenes de sangre)</p> <p>Imágenes (tomografías CT/PET, IRM)</p>	<p>15% de <u>coseguro</u></p> <p>15% de <u>coseguro</u></p>	<p>35% de <u>coseguro</u></p> <p>35% de <u>coseguro</u></p>	<p>Ninguno</p> <p>Ninguno</p>
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	<p>Medicamentos genéricos</p>	<p>No se aplica</p> <p>Deducible: \$6 de <u>copago</u>/30 días (minorista), \$14 de <u>copago</u>/90 días</p> <p>Después del deducible, 20% de coseguro con \$34 mínimo/\$200 máximo 30 días (minorista); 20% de <u>coseguro</u> con \$75 mínimo/\$425 máximo 90 días</p>	<p>No se aplica</p> <p>deducible: \$6 de <u>copago</u> más el monto facturado menos la tarifa contratada/30 días (minorista)</p> <p>Después del deducible, 20% de coseguro con \$34 mínimo/\$200 máximo más el monto facturado menos la tarifa contratada/30 días (minorista)</p>	<p>Cubre un suministro de 30 días (minorista), un suministro de 31 a 90 días (pedido por correo, farmacias UVA, farmacias Costco, farmacias CVS).</p> <p>Incluye medicamentos y dispositivos anticonceptivos que se pueden obtener en una farmacia, medicamentos para la fertilidad orales e inyectables.</p> <p>Sin cargo por anticonceptivos femeninos genéricos preferidos aprobados por la FDA dentro de la red.</p> <p>Revise su <u>formulario</u> para conocer los medicamentos recetados que requieren precertificación o terapia escalonada para obtener cobertura. Su costo será mayor si elige medicamentos de marca en lugar de genéricos; la multa por la diferencia de costo no se aplica al <u>deducible</u> ni al <u>límite de gastos de bolsillo</u>.</p>
Más información sobre la cobertura de medicamentos recetados está disponible en www.aetnapharmacy.com/standard	<p>Medicamentos de marca preferida</p>	<p>Después del deducible, 20% de coseguro con \$34 mínimo/\$200 máximo 30 días (minorista); 20% de <u>coseguro</u> con \$75 mínimo/\$425 máximo 90 días</p>	<p>Después del deducible, 20% de coseguro con \$34 mínimo/\$200 máximo más el monto facturado menos la tarifa contratada/30 días (minorista)</p>	

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
	Medicamentos de marca no preferida	Después del <u>deducible</u> , 20% de <u>coseguro</u> con \$68 mínimo/\$275 máximo 30 días (minorista); 20% de <u>coseguro</u> con \$150 mínimo/\$525 máximo 90 días	Después del <u>deducible</u> , 20% de <u>coseguro</u> con \$68 mínimo/\$275 máximo más el monto facturado menos la tarifa contratada/30 días (minorista)	Medicamentos de mantenimiento: después de dos reabastecimientos en expendios minoristas, los miembros deben obtener un suministro para 90 días en farmacias UVA, farmacias Costco, farmacias de servicio por correo CVS Caremark® o farmacias CVS. El <u>Deducible</u> no se aplica a ciertos medicamentos preventivos y crónicos.
	Medicamentos especializados: Genérico (G), Marca preferida (P), Marca no preferida (N)	Después del <u>deducible</u> , G: 20% de <u>coseguro</u> con un máximo de \$150; P: 20% de <u>coseguro</u> con máximo de \$200; N: 20% de <u>coseguro</u> con un máximo de \$350	No cubierto	Cubre un suministro para un máximo de 30 días. Los <u>medicamentos especializados</u> se deben dispensar a través de una Farmacia de Medicamentos Especializados de la UVA. Los medicamentos especializados de distribución limitada se pueden surtir a través de la farmacia CVS de medicamentos especializados. Los genéricos son obligatorios.
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa por uso de instalaciones (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria) Honorarios de médicos/cirujanos	15% de <u>coseguro</u> 15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u> 35% de <u>coseguro</u>	Ninguno Ninguno
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u> <u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u> 15% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u> 15% de <u>coseguro</u>	Al usar servicios de emergencia fuera de la <u>red</u> se paga lo mismo que dentro de la <u>red</u> . No hay cobertura para usos que no sean de emergencia. Al usar servicios de emergencia fuera de la <u>red</u> se paga lo mismo que dentro de la <u>red</u> . Transporte que no sea de emergencia: no cubierto, excepto si está preautorizado.
Si tiene una estadía en el hospital	<u>Atención de urgencias</u> Tarifa por uso de instalaciones (por ejemplo, habitación de hospital) Honorarios de médicos/cirujanos	15% de <u>coseguro</u> 15% de <u>coseguro</u> 15% de <u>coseguro</u>	15% de <u>coseguro</u> 35% de <u>coseguro</u> 35% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura para uso no urgente. Se requiere <u>Preautorización</u> para obtener atención fuera de la red. Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Consultorio y otros servicios ambulatorios: 15% de <u>coseguro</u>	Consultorio y otros servicios ambulatorios: 35% de <u>coseguro</u>	Ninguno

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
	Servicios para pacientes hospitalizados	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>Preautorización</u> para obtener atención fuera de la red.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo por servicios de rutina.	35% de <u>coseguro</u>	Los <u>costos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios preventivos</u> . La atención de maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otras secciones del SBC (por ejemplo, ultrasonido). Se requiere <u>preautorización</u> para atención fuera de la red.
	Servicios profesionales de nacimiento/parto.	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	
	Servicios por uso de instalaciones para nacimientos/partos	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	
	<u>Atención de la salud a domicilio</u>	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Servicios de rehabilitación</u>	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	90 visitas/año calendario. Se requiere <u>preautorización</u> para atención fuera de la red.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	40 visitas/año calendario para terapia física y ocupacional combinadas, 40 visitas/año calendario para terapia del habla, incluyendo los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	Ninguno
	<u>Equipo médico duradero</u>	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	180 días/año calendario. Se requiere <u>preautorización</u> para atención fuera de la red.
	<u>Servicios de cuidados para enfermos terminales</u>	15% de <u>coseguro</u>	35% de <u>coseguro</u>	Limitado a 1 equipo médico duradero para el mismo propósito o propósito similar. Excluye reparaciones por mal uso/abuso.
Si su niño necesita atención dental u oftalmológica	Examen de la vista para niños	No cubierto	No cubierto	Se requiere <u>preautorización</u> para obtener atención fuera de la red.
	Gafas para niños	No cubierto	No cubierto	No cubierto.
	Chequeo dental infantil	No cubierto	No cubierto	No cubierto.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento de su plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos.)

- Cirugía cosmética
- Atención dental (adultos y niños)
- Gafas (infantiles)
- Cuidados a largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada
- Cuidado oftalmológico de rutina (adultos y niños)
- Cuidados de rutina de los pies
- Programas para perder peso: excepto los servicios preventivos obligatorios.

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

- Acupuntura: 20 visitas por año calendario para enfermedades, lesiones y dolor crónico.
- Atención quiropráctica: 26 visitas/año calendario.
- Tratamiento de la infertilidad: para obtener más información y conocer las excepciones, consulte el documento de la póliza proporcionado por su empleador o llame al número que figura en su tarjeta de identificación.
- Cirugía bariátrica: limitada únicamente a centros asistenciales contratados por Institutes of Quality.
- Prótesis auditivas: \$1,200 máximo/48 meses.

Sus derechos para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura una vez finalizada. La información de contacto de esas agencias es:

- Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-888-982-3862.
- Si su cobertura de salud grupal está sujeta a ERISA, también puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitando <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
- Para planes de salud grupales gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos, llamando al 1-877-267-2323 x61565 o visitando www.ccio.cms.gov.
- Si su cobertura es un plan de una institución religiosa, debe saber que los planes de instituciones religiosas no están cubiertos por las reglas federales de continuación de cobertura de COBRA. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con el regulador de seguros estatal para informarse sobre sus posibles derechos a continuar con la cobertura en el marco de las leyes estatales.

Es posible que usted también tenga a su disposición otras opciones de cobertura, incluyendo la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros médicos. Para más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a plantear quejas y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si usted tiene un reclamo contra su plan por una denegación de una reclamación. Este reclamo se denomina queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, apelación o una queja por cualquier motivo ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o para obtener asistencia, comuníquese con:

- Si su cobertura de salud grupal está sujeta a ERISA, puede comunicarse con Aetna directamente llamando al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación médica o llamando a nuestro número general, que es el 1-888-982-3862. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitando <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
- Para planes de salud grupales gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos, llamando al 1-877-267-2323 x61565 o visitando www.ccio.cms.gov.
- Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle 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 cobertura esencial mínima? Sí.

La Cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro de salud disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si usted es elegible para ciertos tipos de Cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito tributario de prima.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría ser elegible para un crédito tributario de prima que le ayudará a pagar un plan a través del Mercado.

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que cobran sus proveedores y numerosos otros factores. Concéntrese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y servicios excluidos que contempla el plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar según diferentes planes de salud. Por favor, tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

- El deducible general del plan **\$500**
- Coseguro de Especialista **15%**
- Coseguro de hospital (uso de instalaciones) **15%**
- Otros coseguros **15%**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios

como:
 Visitas al consultorio de un especialista (*cuidados prenatales*)
 Servicios profesionales de nacimiento/parto
 Servicios de instalaciones de nacimiento/parto
Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y exámenes de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total en el ejemplo	\$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$10
<u>Coseguro</u>	\$1,700
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$2,270

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El deducible general del plan **\$500**
- Coseguro de Especialista **15%**
- Coseguro de hospital (uso de instalaciones) **15%**
- Otros coseguros **15%**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios

como:
 Visitas al consultorio de un Médico de atención primaria (*incluyendo educación sobre una enfermedad*)
Pruebas de diagnóstico (*exámenes de sangre*)
Medicamentos recetados
Suministros para diabéticos (*medidor de glucosa*)

Costo total en el ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$700
<u>Coseguro</u>	\$100
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,320

La fractura simple de Mia

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

- El deducible general del plan **\$500**
- Coseguro de Especialista **15%**
- Coseguro de hospital (uso de instalaciones) **15%**
- Otros coseguros **15%**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios

como:
 Atención en la sala de emergencias (*incluyendo suministros médicos*)
Prueba de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total en el ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$10
<u>Coseguro</u>	\$400
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$910

El plan sería responsable de los demás costos en estos EJEMPLOS de servicios cubiertos.

Tecnología de asistencia

Es posible que las personas que utilizan tecnología de asistencia no puedan acceder completamente a la siguiente información. Para obtener ayuda, por favor, llame al 866-393-0002.

Teléfono inteligente o tableta

Para ver documentos desde su teléfono inteligente o tableta, es necesaria la aplicación gratuita WinZip. Es posible que esté disponible en su App Store.

Ausencia de discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata ilícitamente, ni de manera diferente a las personas por su raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, identidad de género u orientación sexual.

Prestamos ayuda/servicios gratuitos a personas con discapacidades y a personas que necesitan asistencia en idiomas.

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

Si usted cree que no hemos prestado estos servicios o que de otra manera le hemos discriminado en virtud de una de las clases protegidas mencionadas anteriormente, también puede presentar una queja ante el Coordinador de Derechos Civiles comunicándose con:

Civil Rights Coordinator,
P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes CA HMO: P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779),
1-800-648-7817, TTY: 711,
Fax: 859-425-3379 (clientes de CA HMO: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o en: U.S. Department of Health and Human Services, 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 utilizada para productos y servicios prestados por una o más de las empresas del grupo Aetna, incluyendo Aetna Life Insurance Company y sus empresas afiliadas (Aetna).

- Hmong - Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-888-982-3862.
- Igbo - Iji nwetabherè na orụ gasi asụsụ n'efu, kpọọ 1-888-982-3862
- Ilocano - Tapno maakseso dagiti serbisio maipapan iti pagsasao nga awan ti bayadanyo, tawagan ti 1-888-982-3862.
- Indonesio - Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, hubungi 1-888-982-3862.
- Italiano - Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-888-982-3862.
- Japonés - 言語サービスを無料でご利用いただくには、1-888-982-3862 までお電話ください。
- Karen - လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကိၣ်အတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖိးတၢ်မၤတၢ်ဖၣ်လၢတၢ်အိၣ်ဒီးအပူၤလၢကတၢ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်တၢ်န့ၣ် 1-888-982-3862 တက့ၢ်.
- Coreano - 무료 언어 서비스를 이용하려면 1-888-982-3862 번으로 전화해 주십시오.
- Kru-Bassa - M dyi wudu-dù kà kò dò bè dyi mǎú n̄ ni Pídyi ní, níí, dǎ nobà nià ke: 1-888-982-3862
- Kurdo - 1-888-982-3862 به ژمارهی 1-888-982-3862 پێچووون بۆ تۆ، پێچووندى بکه به ژمارهی
- Laotian - ເພື່ອເຂົາໃຊ້ການບວກງານພາສາໄດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕາມທາງ, ໃຫ້ໃຫ້ທ່ານເບ 1-888-982-3862
- Marathi - कोणत्याही शब्दकालशवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी,, 1-888-982-3862 वर फोन करा.
- Marshallese - Nan etal nan jikin jiban ikijen Kajin ilo an ejelok onen nan kwe, kirllok 1-888-982-3862.
- Micronesio - Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipweei, koahlilh 1-888-982-3862.
- Pohnpeyan - ເຂັຍຊຽງຮວນາຮສູນກຸຮກສາສາໂຮມໂຮມສັກສັກໂຮມສຸປາບໂລກກຸກກຸກ ສຸຍເປົ່າໂຮມຕາໂຮກາສເນຍ 1-888-982-3862
- Mon-Khmer, Camboyano - T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowol doo báqáh ílínígó kojí' hǎ́ǎ́ǎ́ 982-3862.
- Navajo - निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न 1-888-982-3862 मा टेलिफोन गर्नुहोस् ।
- Nepali - Tè koor yin weer de thokic ke cìn wèu kər keek tənəŋ yin. Ke col kəs ye kəs kuony ne nomba 1-888-982-3862.
- Nilotic-Dinka - For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring 1-888-982-3862.
- Noruego - Pennsylvania Dutch - Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-888-982-3862.
- Persa - برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-888-982-3862 تماس بگیرید .
- Polaco - Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć 1-888-982-3862.
- Portugués - Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-888-982-3862.
- Punjabi - ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, 1-888-982-3862 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।
- Rumano - Pentru a accesa gratuit serviciile de limbă, apelați 1-888-982-3862.
- Ruso - Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону 1-888-982-3862.
- Samoaano - Mo le mauaina o auauunaga tau gagana e auoua ma se totogi, vala'au le 1-888-982-3862.

 El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de salud cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominada la prima) se suministrará 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, visite www.HealthReformPlanSBC.com o llame al 1-888-982-3862. Para obtener definiciones generales de los términos comunes, como monto permitido, facturación del saldo, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Usted puede consultar el Glosario visitando <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o al 1-888-982-3862 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Qué es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la Red: EE únicamente \$2,000; EE+ Familia \$4,000. Fuera de la red: EE únicamente \$6,000; EE+ Familia \$12,000.	Generalmente, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros familiares en la póliza, se debe alcanzar el <u>deducible</u> familiar general antes de que el <u>plan</u> comience a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. La atención <u>preventiva</u> dentro de la red está cubierta antes de que usted alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si usted aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Pero es posible que se aplique un <u>copago</u> o un <u>copago</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que usted alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Existen otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No es necesario que usted alcance los <u>deducibles</u> para recibir servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la Red: EE únicamente \$5,500; EE+ Familia: Individual \$5,500/ Familiar \$11,000. Fuera de la red: EE únicamente \$11,000; EE+ Familia: Individual \$11,000/ Familiar \$22,000.	El <u>límite de gastos de su bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , usted debe alcanzar el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> general de la familia.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las primas, los cargos de <u>facturación de saldo</u> y de atención de la salud que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague al incurrir en estos gastos, ellos no cuentan para alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará usted menos si utiliza un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Consulte www.aetna.com/docfind o llame al 1-888-982-3862 para obtener una lista de los <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Usted pagará más si utiliza un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo de ese <u>proveedor</u> y el monto que paga su <u>plan</u> (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor</u> dentro de la red podría utilizar un <u>proveedor</u> fuera de la red para algunos servicios (como exámenes de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita una <u>remisión</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	No.	Usted puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>remisión</u> .



Todos los costos de **copagos** y de **coseguro** que se muestran en este cuadro son posteriores al momento en que se ha alcanzado el monto de su **deducible**, en caso de que se aplique un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si usted visita el consultorio o clínica de un proveedor de atención de la salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad. Visita a un <u>especialista</u> <u>Atención preventiva/despistaje/vacunación</u>	20% de <u>coseguro</u> 20% de <u>coseguro</u> Sin cargos	40% de <u>coseguro</u> 40% de <u>coseguro</u> No cubierto	Ninguno Ninguno Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que pagará su <u>plan</u> .
Si usted se somete a una prueba	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografías, exámenes de sangre) Imágenes (tomografías CT/PET, IRM)	20% de <u>coseguro</u> 20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u> 40% de <u>coseguro</u>	Ninguno Ninguno
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos genéricos	20% de <u>coseguro</u>	Después del <u>deducible</u> , 20% de <u>coseguro</u> más el monto facturado menos la tarifa contratada/30 días	Cubre el suministro para 30 días (minorista) y el suministro para 90 días (pedido por correo, farmacias UVA, farmacias Costco, farmacias CVS). Incluye medicamentos y dispositivos anticonceptivos que se pueden obtener en una farmacia, medicamentos para la fertilidad orales e inyectables. Sin cargo por anticonceptivos femeninos genéricos preferidos aprobados por la FDA dentro de la <u>red</u> . Revise su <u>formulario</u> para conocer los medicamentos recetados que requieren <u>precertificación</u> o <u>terapia escalonada</u> para obtener cobertura. Su costo será mayor si elige medicamentos de marca en lugar de genéricos; la
Más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> está disponible en	Medicamentos de marca preferida	20% de <u>coseguro</u>	Después del <u>deducible</u> , 20% de <u>coseguro</u> más el monto facturado menos la tarifa contratada/30 días	

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
www.aetnapharmacy.com/standard	Medicamentos de marca no preferida	20% de <u>coseguro</u>	Después del <u>deducible</u> , 20% de <u>coseguro</u> más el monto facturado menos la tarifa contratada/30 días	<p>multa por la diferencia de costo no se aplica al <u>deducible</u> ni al <u>límite de gastos de bolsillo</u>. Medicamentos de mantenimiento: después de dos reabastecimientos en expendios minoristas, los miembros deben obtener un suministro para 90 días en farmacias UVA, farmacias Costco, farmacias de servicio por correo CVS Caremark® o farmacias CVS. No se aplica <u>deducible</u> a ciertos medicamentos preventivos. La <u>sustitución</u> por genéricos es obligatoria. El <u>plan</u> tendrá en cuenta el precio mayorista promedio (AWP) del medicamento en la ecuación de reembolso al reembolsar a los miembros por <u>reclamaciones</u> fuera de la <u>red</u>. El cálculo será AWP + 10%. La diferencia entre el costo total de lo que el afiliado pagó en la farmacia y el monto calculado del AWP + 10% sería responsabilidad del afiliado. Ejemplo 1: La farmacia cobra al miembro \$100 para un medicamento recetado. El AWP es de \$75 más 10% (\$7.50) = \$82.50. El miembro tiene un 20% de <u>coseguro</u>. El <u>plan</u> reembolsa al miembro \$72.50 (\$75 + \$7.50 (10% del AWP)) = \$82.50 menos 20% (\$16.50).</p> <p>Cubre suministro para un máximo de 30 días. Los <u>medicamentos especializados</u> deben surtirse a través de la <u>farmacia especializada</u> de la UVA. Los <u>medicamentos especializados</u> de distribución limitada se pueden surtir a través de farmacia CVS de medicamentos especializados. Los genéricos son obligatorios.</p>
		20% de <u>coseguro</u>	No cubierto	
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa por uso de instalaciones (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguno
	Honorarios de médicos/cirujanos	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguno
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	Al usar servicios de emergencia fuera de la <u>red</u> se paga lo mismo que dentro de la <u>red</u> . No hay cobertura para usos que no sean de emergencia.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si tiene una estadía en el hospital	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Al usar servicios de emergencia fuera de la <u>red</u> se paga lo mismo que dentro de la <u>red</u> . Transporte que no sea de emergencia: no cubierto, excepto si está preautorizado.
	<u>Atención de urgencias</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura para uso no urgente.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Tarifa por uso de instalaciones (por ejemplo, habitación de hospital)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>Preautorización</u> para obtener atención fuera de la red.
	Honorarios de médicos/cirujanos	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Consultorio y otros servicios ambulatorios: 20% de coseguro	Consultorio y otros servicios ambulatorios: 40% de coseguro	Ninguno
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>Preautorización</u> para obtener atención fuera de la red.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo por servicios de rutina.	40% de <u>coseguro</u>	Los <u>costos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios preventivos</u> . La atención de maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otras secciones del SBC (por ejemplo, ultrasonido). Se requiere <u>preautorización</u> para atención fuera de la red.
	Servicios profesionales de nacimiento/parto. Servicios por uso de instalaciones para nacimientos/partos	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	90 visitas/año calendario. Se requiere <u>preautorización</u> para atención fuera de la red.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Atención de la salud a domicilio</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	40 visitas/año calendario para terapia física y ocupacional combinadas, 40 visitas/año calendario para terapia del habla, incluyendo los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguno
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Servicios de habilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	180 días/año calendario. Se requiere <u>preautorización</u> para atención fuera de la red.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Limitado a 1 <u>equipo médico duradero</u> para el mismo propósito o propósito similar. Excluye reparaciones por mal uso/abuso.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>Preautorización</u> para obtener atención fuera de la red.
	<u>Servicios de cuidados para enfermos terminales</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	No cubierto.
	Examen de la vista para niños	No cubierto	No cubierto	No cubierto.
	Gafas para niños	No cubierto	No cubierto	No cubierto.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si su niño necesita atención dental u oftalmológica	Chequeo dental infantil	No cubierto	No cubierto	No cubierto.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento de su plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos.)

- Cirugía cosmética
- Atención dental (adultos y niños)
- Gafas (infantiles)
- Cuidados a largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada
- Cuidado oftalmológico de rutina (adultos y niños)
- Cuidados de rutina de los pies
- Programas para perder peso: excepto los servicios preventivos obligatorios.

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

- Acupuntura: 20 visitas por año calendario para enfermedades, lesiones y dolor crónico.
- Cirugía bariátrica: limitada únicamente a centros asistenciales contratados por Institutes of Quality.
- Atención quiropráctica: 26 visitas/año calendario.
- Prótesis auditivas: \$1,200 máximo/48 meses.
- Tratamiento de la infertilidad: para obtener más información y conocer las excepciones, consulte el documento de la póliza proporcionado por su empleador o llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Sus derechos para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura una vez finalizada. La información de contacto de esas agencias es:

- Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-888-982-3862.
- Si su cobertura de salud grupal está sujeta a ERISA, también puede comunicarse con la Administración de Seguridad para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitando <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
- Para planes de salud grupales gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos, llamando al 1-877-267-2323 x61565 o visitando www.ccio.cms.gov.
- Si su cobertura es un plan de una institución religiosa, debe saber que los planes de instituciones religiosas no están cubiertos por las reglas federales de continuación de cobertura de COBRA. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con el regulador de seguros estatal para informarse sobre sus posibles derechos a continuar con la cobertura en el marco de las leyes estatales.

Es posible que usted también tenga a su disposición otras opciones de cobertura, incluyendo la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros médicos. Para más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a plantear quejas y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene un reclamo contra su plan por una denegación de una reclamación. Este reclamo se denomina queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, una apelación o una queja por cualquier motivo ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o para obtener asistencia, comuníquese con:

- Si su cobertura de salud grupal está sujeta a ERISA, puede comunicarse con Aetna directamente llamando al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación médica o llamando a nuestro número general, que es el 1-888-982-3862. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitando <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
- Para planes de salud grupales gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos, llamando al 1-877-267-2323 x61565 o visitando www.ccio.cms.gov.
- Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle 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 cobertura esencial mínima? Sí.

La Cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro de salud disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de Cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito tributario de prima.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría ser elegible para un crédito tributario de prima que le ayudará a pagar un plan a través del Mercado.

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención que efectivamente usted reciba, los precios que cobran sus proveedores y numerosos otros factores. Concéntrese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y servicios excluidos que contempla el plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar según diferentes planes de salud. Por favor, tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

- **El deducible general del plan** \$2,000
- **Coseguro de especialista** 20%
- **Coseguro de hospital (uso de instalaciones)** 20%
- **Otros montos de coseguro** 20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios

como:

Visitas al consultorio de un especialista (*cuidados prenatales*)
 Servicios profesionales de nacimiento/parto
 Servicios de instalaciones de nacimiento/parto
 Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y exámenes de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total en el ejemplo	\$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$2,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,900
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3,960

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- **El deducible general del plan** \$2,000
- **Coseguro de especialista** 20%
- **Coseguro de hospital (uso de instalaciones)** 20%
- **Otros montos de coseguro** 20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios

como:

Visitas al consultorio de un Médico de atención primaria (*incluyendo educación sobre una enfermedad*)
 Pruebas de diagnóstico (*exámenes de sangre*)
 Medicamentos recetados
 Suministros para diabéticos (*medidor de glucosa*)

Costo total en el ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$2,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$700
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$2,720

La fractura simple de Mia

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

- **El deducible general del plan** \$2,000
- **Coseguro de especialista** 20%
- **Coseguro de hospital (uso de instalaciones)** 20%
- **Otros montos de coseguro** 20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios

como:

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

Costo total en el ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$2,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,200

Tecnología de asistencia

Es posible que las personas que utilizan tecnología de asistencia no puedan acceder completamente a la siguiente información. Para obtener ayuda, por favor, llame al 866-393-0002.

Teléfono inteligente o tableta

Para ver documentos desde su teléfono inteligente o tableta, es necesaria la aplicación gratuita WinZip. Es posible que esté disponible en su App Store.

Ausencia de discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata ilícitamente, ni de manera diferente a las personas por su raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, identidad de género u orientación sexual.

Prestamos ayuda/servicios gratuitos a personas con discapacidades y a personas que necesitan asistencia en idiomas.

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

Si usted cree que no hemos prestado estos servicios o que de otra manera le hemos discriminado en virtud de una de las clases protegidas mencionadas anteriormente, también puede presentar una queja ante el Coordinador de Derechos Civiles comunicándose con:

Civil Rights Coordinator,
P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes CA HMO: P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779),
1-800-648-7817, TTY: 711,
Fax: 859-425-3379 (clientes de CA HMO: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o en: U.S. Department of Health and Human Services, 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 utilizada para productos y servicios prestados por una o más de las empresas del grupo Aetna, incluyendo Aetna Life Insurance Company y sus empresas afiliadas (Aetna).

Glosario de cobertura de salud y términos médicos

- Este glosario define muchos términos de uso común, pero no es una lista completa. Estos términos y definiciones del glosario tienen fines educativos y podrían ser distintos a los términos y definiciones de su [plan](#) o póliza de [seguro de salud](#). Es posible que algunos de estos términos tampoco tengan exactamente el mismo significado cuando se utilizan en su póliza o [plan](#) y, en cualquier caso, prevalece la póliza o [plan](#). (Consulte su Resumen de beneficios y cobertura para obtener información sobre cómo obtener una copia de su documento de póliza o [plan](#))
- El texto [subrayado](#) indica un término definido en este Glosario.
- Consulte la página 6 para ver un ejemplo que muestra cómo los [deducibles](#), el [coseguro](#) y los [límites de gastos de bolsillo](#) funcionan juntos en una situación de la vida real.

Apelación

Solicitud para que su compañía de seguros de salud o [plan](#) revise una decisión en la que se deniegue un beneficio o pago (ya sea en su totalidad o en parte).

Atención ambulatoria hospitalaria

Atención en un hospital que normalmente no requiere pernocta.

Atención de enfermería especializada

Servicios prestados o supervisados por enfermeros(as) autorizados(as) en el hogar del paciente o en un hogar para personas de la tercera edad. La atención de enfermería especializada **no** es lo mismo que los “servicios de atención especializada”, que son servicios prestados por terapeutas o técnicos (en lugar de enfermeros autorizados/as) en su hogar o en un hogar de ancianos.

Atención de urgencias

Atención de una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable procure atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir [atención en la sala de emergencias](#).

Atención en la sala de emergencias/Servicios de emergencia

Servicios para abordar una [condición médica de emergencia](#) y brindarle tratamiento para evitar que una [condición médica de emergencia](#) empeore. Estos servicios pueden prestarse en la sala de emergencias de un hospital autorizado u otro centro asistencial que brinde atención para [condiciones médicas de emergencia](#).

Atención médica a domicilio

Servicios y suministros de atención de la salud que usted obtiene en su hogar según las órdenes de su médico. Los servicios pueden ser proporcionados por enfermeros(as), terapeutas, trabajadores sociales u otros [proveedores](#) de atención de la salud autorizados. La atención de la salud a domicilio generalmente no incluye la ayuda con tareas no médicas, como cocinar, limpiar o conducir.

Atención preventiva (Servicio preventivo)

Atención médica de rutina, incluyendo [exámenes de despistaje](#), chequeos y asesoramiento al paciente, que previenen o descubren enfermedades, dolencias u otros problemas de salud.

Cirugía reconstructiva

Cirugía y tratamiento de seguimiento necesarios para corregir o mejorar una parte del cuerpo debido a defectos de nacimiento, accidentes, lesiones o condiciones médicas.

Cobertura de medicamentos recetados

Cobertura de un [plan](#) que ayuda a pagar [medicamentos recetados](#). Si el [formulario](#) del plan utiliza "niveles", los medicamentos recetados se agrupan por tipo o costo. El monto que usted pagará en [costo compartido](#) será diferente para cada "nivel" de [medicamentos recetados](#) cubiertos.

Cobertura esencial mínima

La cobertura esencial mínima generalmente incluye [planes, seguro de salud](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que usted no sea elegible para el [crédito tributario de prima](#).

Complicaciones del embarazo

Condiciones debidas al embarazo, trabajo de parto y nacimiento que requieren atención médica para evitar daños graves a la salud de la madre o del feto. Las náuseas matutinas y una cesárea que no es de emergencia generalmente no son complicaciones del embarazo.

Condición médica de emergencia

Enfermedad, lesión, síntoma (incluyendo dolor intenso) o condición de salud lo suficientemente grave como para suponer un riesgo grave para su salud si no recibiera atención de la salud de inmediato. Si no recibiera atención de la salud de inmediato, usted podría esperar razonablemente una de las siguientes situaciones: 1) Su salud se pondría en grave peligro; o 2) Tendría graves problemas con sus funciones corporales; o 3) Sufiría daños graves en cualquier parte u órgano de su cuerpo.

Copago

Monto fijo (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de atención de la salud cubierto, generalmente cuando recibe el servicio (a veces se denomina “pago conjunto”). Este monto puede variar según el tipo de servicio de atención de la salud cubierto.

Copago dentro de la red

Monto fijo (por ejemplo, \$15) que usted paga por servicios de atención de la salud cubiertos a los [proveedores](#) que tienen contrato con su [seguro de salud](#) o [plan](#). Los copagos dentro de la red generalmente son menores que los [copagos fuera de la red](#).

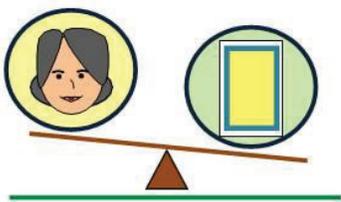
Copago fuera de la red

Monto fijo (por ejemplo, \$30) que usted paga por los servicios de atención de la salud cubiertos prestados por [proveedores](#) que **no** tienen contrato con su [seguro de salud](#) o [plan](#). Los copagos fuera de la red suelen ser superiores a los [copagos dentro de la red](#).

Coseguro

Su parte de los costos de un servicio de atención de la salud cubierto, calculado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) del [monto permitido](#) para el servicio. Por lo general, usted paga el coseguro **más** cualquier [deducible](#) que usted adeude.

(Por ejemplo, si el monto permitido del [seguro de salud](#) o [plan](#) para una visita al consultorio es de \$100 y usted ha alcanzado su [deducible](#), su pago de coseguro de 20% sería \$20. El [seguro de salud](#) o el [plan](#) paga el resto del monto permitido.)



Jane paga 20% El plan de ella paga 80%

Coseguro dentro de la red

Su parte (por ejemplo, 20%) del [monto permitido](#) para los servicios de atención de la salud cubiertos. Su parte suele ser menor para los servicios cubiertos dentro de la red.

Coseguro fuera de la red

Su parte (por ejemplo, 40%) del [monto permitido](#) que usted paga por servicios de atención de la salud cubiertos a [proveedores](#) que no tengan un contrato con su [seguro de salud](#) o [plan](#). El coseguro fuera de la red generalmente le cuesta más que el [coseguro dentro de la red](#).

Costo compartido

Su parte de los costos de los servicios que cubre un [plan](#) y que usted debe pagar de su propio bolsillo (a veces llamados “costos de bolsillo”). Algunos ejemplos de costos compartidos son los [copagos](#), los [deducibles](#) y el [coseguro](#). El costo compartido familiar es la parte del costo de los [deducibles](#) y de los [gastos de bolsillo](#) que usted, su cónyuge

y/o sus hijos deben pagar de su propio bolsillo. Otros costos, incluyendo sus [primas](#), multas que quizás deba pagar o el costo de la atención que un [plan](#) no cubre, generalmente no se consideran costos compartidos.

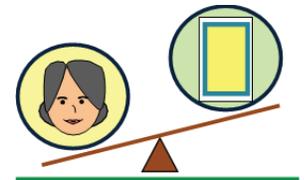
Créditos fiscales para primas

Ayuda financiera que reduce sus impuestos para ayudarle a usted y a su familia a pagar un [seguro de salud](#) privado. Usted puede obtener esta ayuda si obtiene un [seguro de salud](#) a través del [Mercado](#) y sus ingresos están por debajo de cierto nivel. Los pagos por adelantado del crédito tributario se pueden utilizar de inmediato para reducir los costos mensuales de la [prima](#).

Deducible

Monto que usted podría adeudar durante un período de cobertura (generalmente un año) por servicios de atención de la salud cubiertos antes de que su [plan](#) comience a pagar. Se aplica un deducible general a todos o casi todos los artículos y servicios cubiertos. Es posible que un [plan](#) con un deducible general también tenga deducibles por separado que se apliquen a servicios o grupos de servicios específicos.

Un [plan](#) también puede tener solo deducibles separados. (Por ejemplo, si su deducible es \$1000, su plan no pagará nada hasta que usted haya alcanzado su deducible de \$1000 por servicios de salud cubiertos sujetos al deducible).



Jane paga 100% El plan de ella paga 0%
(Consulte la página 6 para ver un ejemplo detallado).

Despistaje

Tipo de [atención preventiva](#) que incluye pruebas o exámenes para detectar la presencia de algo, que generalmente se realiza cuando no se tienen síntomas, signos o antecedentes médicos predominantes de una enfermedad o afección.

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)

Equipos y suministros solicitados por un [proveedor](#) de atención de la salud para uso diario o prolongado. El DME puede incluir: equipo de oxígeno, sillas de ruedas y

Especialista

[Proveedor](#) que se enfoca en un área específica de la medicina o en grupos de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

Estándar de valor mínimo

Estándar básico para medir el porcentaje de costos permitidos que cubre el [plan](#). Si le ofrecen un [plan](#) de empleador que pague al menos el 60% de los costos totales permitidos de beneficios, el [plan](#) ofrece un valor mínimo y es posible que usted no califique para [créditos tributarios de primas](#) y [reducciones de costos compartidos](#) para comprar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Facturación de saldo

Ocurre cuando un [proveedor](#) le factura por el saldo restante en la factura que su [plan](#) no cubre. Este monto es la diferencia entre el monto efectivamente facturado y el [monto permitido](#). Por ejemplo, si el cargo del proveedor es \$200 y el monto permitido es \$110, el proveedor podría facturarle los \$90 restantes. Esto sucede con mayor frecuencia cuando usted consulta a un [proveedor fuera de la red](#) ([proveedor no preferido](#)). Un [proveedor dentro de la red](#) ([proveedor preferido](#)) no puede facturarle saldos por servicios cubiertos.

Formulario

Lista de medicamentos cubiertos por su [plan](#). Un formulario podría incluir datos sobre cuál es su parte del costo de cada medicamento. Su [plan](#) podría incluir medicamentos en diferentes niveles o niveles de [costo compartido](#). Por ejemplo, un formulario podría incluir niveles de medicamentos genéricos y de marca y se aplicarían diferentes montos de [costo compartido](#) a cada nivel.

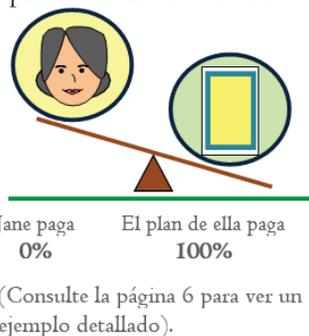
Hospitalización

Atención en un hospital que requiere una admisión como paciente hospitalizado y que generalmente requiere que el paciente pase noche(s) en el centro asistencial. Algunos [planes](#) podrían considerar la posibilidad de una estadía de una noche para observación como atención ambulatoria en lugar de atención para pacientes hospitalizados.

Límite de gastos de bolsillo

Monto máximo que usted *podría* pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte de los costos de los servicios cubiertos. Después de alcanzar este límite, el [plan](#) normalmente pagará el 100% del [monto permitido](#). Este límite le ayuda a planificar los costos de atención de la salud.

Este límite nunca incluye su [prima](#), cargos con [facturación de saldo](#) o atención de la salud que su [plan](#) no cubre. En algunos [planes](#), no todos sus [copagos](#), pagos de [deducibles](#), de [coseguro](#), pagos fuera de la red u otros gastos cuentan



Límite máximo de gastos de bolsillo

Monto anual que el gobierno federal establece como máximo que cada persona o familia debe pagar en [costo compartido](#) durante el año del [plan](#) por servicios cubiertos dentro de la red. Se aplica a la mayoría de los tipos de [planes](#) y seguros de salud. Este monto podría ser mayor que los [límites de gastos de bolsillo](#) establecidos para su [plan](#).

Medicamento necesario

Servicios o suministros de atención de la salud necesarios

para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, incluyendo habilitación, y que cumplan con los estándares aceptados en la medicina.

Medicamento especializado

Tipo de [medicamento recetado](#) que, en general, requiere un manejo especial o vigilancia y evaluación continuos por parte de un profesional de la salud, o es relativamente difícil de dispensar. Generalmente, los medicamentos especializados son los más caros del [formulario](#).

Medicamentos recetados

Fármacos y medicamentos que por ley requieren receta médica.

Médico de atención primaria

Médico, incluyendo un M.D. (*Doctor en ciencias médicas*) (Médico) o D.O. (Doctor en Medicina Osteopática), quien le presta o coordina diversos servicios de atención de la salud.

Mercado

Mercado de [seguros de salud](#) donde las personas, las familias y las pequeñas empresas pueden conocer sus opciones de [plan](#); comparan planes según costos, beneficios y otras características importantes; solicitan y reciben ayuda financiera para el pago de [primas](#) y [costos compartidos](#) según los ingresos; y eligen un [plan](#) y se inscriben en la cobertura. También conocido como "Intercambio". El Mercado está administrado por el estado en algunos estados y por el gobierno federal en otros. En algunos estados, el Mercado también ayuda a los consumidores elegibles a inscribirse en otros programas, incluyendo Medicaid y el Programa de seguros de salud para niños (CHIP). Disponible en línea, por teléfono y en persona.

Monto permitido

Este es el pago máximo que el [plan](#) pagará por un servicio de atención de la salud cubierto. También puede denominarse "gasto elegible", "asignación de pago" o "tasa negociada".

Ortesis y Prótesis

Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; piernas, brazos y ojos artificiales y prótesis mamarias externas que se usan después de una mastectomía. Estos servicios incluyen: ajustes, reparaciones y reemplazos requeridos por roturas, desgaste, pérdidas o cambios en la condición física del paciente.

Plan

Cobertura de salud emitida a usted directamente (plan individual) o a través de un empleador, sindicato u otro patrocinador grupal (plan grupal del empleador) que brinda cobertura para ciertos costos de atención de la salud. También se denomina "plan de seguro de salud", "póliza", "póliza de seguro de salud" o "[seguro de salud](#)".

Preautorización

Decisión de su aseguradora de salud o [plan](#) en el sentido de que un servicio de atención de la salud, plan de tratamiento, [medicamento recetado](#) o [equipo médico duradero \(DME\)](#) es [médicamente necesario](#). En ocasiones, se denomina “preautorización”, “aprobación previa” o “precertificación”. Su [seguro de salud](#) o [plan](#) puede exigir una preautorización para ciertos servicios antes de que los reciba, excepto en caso de emergencia. La preautorización no es una promesa de que su [seguro de salud](#) o [plan](#) cubrirá el costo.

Prima

Monto que se debe pagar por su [seguro de salud](#) o [plan](#). Usted y o su empleador generalmente lo pagan mensual, trimestral o anualmente.

Proveedor

Persona o centro asistencial que presta servicios de atención de la salud. Algunos ejemplos de proveedor incluyen un médico, un enfermero(a), un quiropráctico, un asistente médico, un hospital, un centro quirúrgico, un centro de enfermería especializada y un centro de rehabilitación. El [plan](#) puede exigir que el proveedor tenga autorización, certificación o acreditación según lo exige la ley estatal.

Proveedor de atención primaria

Médico, incluyendo un M.D. (*Doctor en ciencias médicas*) (Médico) o D.O. (Doctor en Medicina Osteopática), personal avanzado de enfermería, enfermero(a) clínico especialista o asistente médico, según lo permitido por la ley estatal y los términos del [plan](#), que presta, coordina o le ayuda a acceder a diversos servicios de atención de la salud.

Proveedor de la red (Proveedor preferido)

[Proveedor](#) que tiene un contrato con su [aseguradora de salud](#) o [plan](#) y que ha aceptado prestar servicios a los miembros de un [plan](#). Usted pagará menos si consulta a un [proveedor](#) dentro de la [red](#). También denominado “proveedor preferido” o “proveedor participante”.

Proveedor fuera de la red (proveedor no preferido)

[Proveedor](#) que no tiene un contrato con su [plan](#) para prestar servicios. Si su [plan](#) cubre servicios fuera de la red, normalmente usted pagará más por consultar a un proveedor fuera de la red que a un [proveedor preferido](#). Su póliza le explicará cuáles pueden ser esos costos. También puede denominarse “no preferido” o “no participante” en lugar de “proveedor fuera de la red”.

Prueba de diagnóstico

Pruebas que se realizan para saber cuál es su problema de salud. Por ejemplo, una radiografía puede ser una prueba de diagnóstico para saber si usted tiene un hueso

Queja

Reclamo que usted comunica a su aseguradora de salud o [plan](#).

Reclamación

Solicitud de un beneficio (incluyendo el reembolso de un

gasto de atención de la salud) realizada por usted o su [proveedor](#) de atención de la salud a su aseguradora de salud o [plan](#) por artículos o servicios que usted cree que están cubiertos.

Red

Centros asistenciales, [proveedores](#) y empresas de suministros que su aseguradora de salud o [plan](#) ha contratado para prestarle servicios de atención de la salud.

Reducciones de costos compartidos

Descuentos que reducen el monto que usted paga por ciertos servicios cubiertos por un [plan](#) individual que usted compra a través del [Mercado](#). Usted puede obtener un descuento si sus ingresos están por debajo de cierto nivel y elige un plan de salud de nivel Plata o si es miembro de una tribu reconocida a nivel federal, lo que incluye ser accionista de una corporación conforme a la Ley de Resolución de Reclamaciones de los Nativos de Alaska.

Remisión

Orden escrita de su [proveedor de atención primaria](#) para que usted consulte a un [especialista](#) u obtenga ciertos servicios de atención de la salud. En muchas organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO), es necesario obtener una remisión para poder recibir servicios de atención de la salud de cualquier persona que no sea su [proveedor de atención primaria](#). Si primero no obtiene una remisión, es posible que el [plan](#) no pague los servicios.

Seguro de salud

Contrato que exige a una aseguradora de salud el pago de algunos o todos sus costos de atención de la salud a cambio de una [prima](#). Un contrato de seguro de salud también puede denominarse “póliza” o “[plan](#)”.

Servicios de habilitación

Servicios de atención de la salud que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funcionamiento para la vida diaria. Como ejemplos se incluyen la terapia para un niño que no camina ni habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla y el lenguaje y otros servicios para personas con discapacidades en diversos entornos hospitalarios y/o ambulatorios.

Servicios de médicos

Servicios de atención de la salud que presta o coordina un médico autorizado, incluyendo un M.D. (Médico) o D.O. (Doctor en Medicina Osteopática).

Servicios de rehabilitación

Servicios de atención de la salud que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar habilidades y funcionamiento para la vida diaria que se perdieron o se deterioraron debido a que la persona estuvo enferma, herida o discapacitada. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla y el lenguaje y servicios de rehabilitación

psiquiátrica en diversos entornos hospitalarios y/o ambulatorios.

Servicios excluidos

Servicios de atención de la salud que su [plan](#) no paga ni cubre.

Servicios para enfermos terminales

Servicios destinados a brindar comodidad y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Transporte médico de emergencia

Servicios de ambulancia para una [condición médica de emergencia](#). Los tipos de transporte médico de emergencia podrían incluir el transporte por aire, tierra o mar. Es posible que su [plan](#) no cubra todos los tipos de transporte médico de emergencia, o que pague menos por ciertos tipos.

UCR (habitual, acostumbrado y razonable)

Monto pagado por un servicio médico en un área geográfica según los montos que los [proveedores](#) del área suelen cobrar por el mismo servicio médico o uno similar. El monto UCR a veces se utiliza para determinar el [monto permitido](#).

Cómo usted y su aseguradora comparten los costos: ejemplo

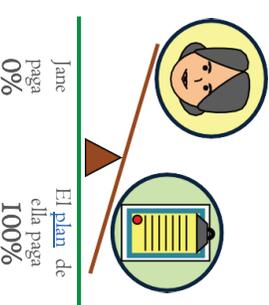
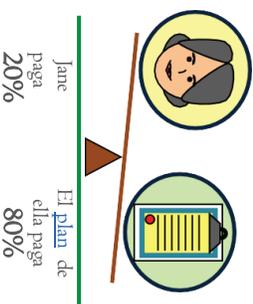
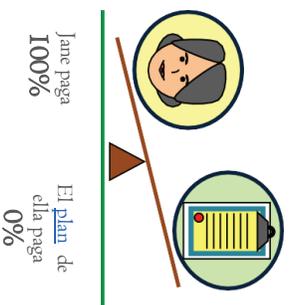
Deducible del plan de Jane: \$1,500

Coseguro: 20%

Límite de gastos de bolsillo: \$5,000

1 de enero
Inicio del período de cobertura

31 de diciembre
Fin del período de cobertura



Jane aún no la ha alcanzado su deducible de \$1,500

El plan de ella no paga ninguno de los costos.

Costos de la consulta:

\$125 Jane paga: \$125 El

plan de ella paga: \$0

Jane alcanza su deducible de \$1500, el coseguro comienza Jane ha visitado a un médico varias veces y ha pagado \$1500 en total, hasta alcanzar su deducible.

Por lo tanto, su plan paga algunos de los costos de su próxima visita.

Costos de la consulta: \$125 Jane

paga: 20% de \$125 = \$25

Su plan paga: 80% de \$125 = \$100

Jane alcanza su límite de gastos de bolsillo de \$5,000

Jane ha visitado al médico con frecuencia y ha pagado \$5,000 en total. Su plan paga el costo total de sus servicios de atención de la salud cubiertos durante el resto del año.

Costos de la consulta:

\$125 Jane paga: \$0

Su plan paga: \$125

Declaración de revelación de PRA: Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que la misma muestre un número de control válido de la OMB. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1146. Se estima que el tiempo necesario para completar y revisar la recopilación de información es un promedio de 0.08 horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si usted tiene comentarios sobre la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar esta formulario, escriba a CMS, 7500 Security Boulevard a la atención de: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop CA-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

