

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
 PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Limitaciones de los beneficios: Para los servicios o suministros que están sujetos a un máximo de visitas, días o límite en dólares por año, el año de beneficios comienza el 1.º de enero, a menos que se exija algo distinto. Consulte los documentos de su plan para obtener más información.		
Deducible (por año calendario)	\$3,500 individual. \$7,000 familiar.	\$9,000 individual. \$18,000 familiar.
<p>Todos los gastos cubiertos se acumulan separadamente para el deducible dentro y fuera de la red. A menos que se indique de otra manera, el deducible debe completarse antes de que los beneficios sean pagaderos. El costo compartido que paga el miembro por ciertos servicios, como se indica en el plan, se excluye de los cargos para completar el deducible. Los gastos de farmacia se aplican para el deducible. El deducible familiar es un deducible acumulativo para todos los miembros de la familia. El deducible familiar se puede alcanzar por una combinación de miembros de la familia; sin embargo, ningún individuo de la familia estará sujeto a una suma mayor que el monto de deducible individual.</p>		
Coseguro del miembro	20 %	50 %
Se aplica a todos los gastos, a menos que se especifique de otra manera.		
Límite de pago (por año calendario)	\$6,600 individual. \$13,200 familiar.	\$18,000 individual. \$36,000 familiar.
<p>Todos los gastos cubiertos se acumulan separadamente para el límite de pago dentro o fuera de la red. Ciertos elementos del costo compartido que paga el miembro pueden no ser aplicables para el límite de pago. Los gastos de farmacia se aplican para el límite de pago. Solo aquellos gastos de desembolso resultantes de la aplicación del porcentaje de coseguro, de los deducibles y de los copagos (excepto cualquier multa) pueden utilizarse para satisfacer el límite de pago. El límite de pago familiar es un límite de pago acumulativo para todos los miembros de la familia. El límite de pago familiar se puede alcanzar por una combinación de miembros de la familia; sin embargo, ningún individuo de la familia estará sujeto a una suma mayor que el monto de límite de pago individual.</p>		
Máximo de por vida	Sin límite, excepto donde se indique lo contrario.	
Pago por cuidado fuera de la red**	No aplica.	Profesional: 105 % de Medicare. Centro: 140 % de Medicare.
Selección del médico de cuidado primario	Opcional.	No aplica.
Requisitos para la certificación		
Debe obtenerse certificación para ciertos tipos de cuidado fuera de la red con el fin de evitar una reducción en los beneficios pagados por dicho cuidado. Se requiere certificación para ingresos en hospitales, ingresos en centros de tratamiento, ingresos en centros de convalecencia, cuidado de salud en el hogar, cuidado de hospicio y servicio privado de enfermería; el monto excluido que se aplica separadamente a cada tipo de gasto es de \$400 por ocurrencia.		
Requisitos de remisión	Ninguno.	Ninguno.
CUIDADO PREVENTIVO		
Exámenes físicos de rutina para adultos y vacunas	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
1 examen cada 12 meses hasta los 65 años de edad y 1 examen cada 12 meses a partir de los 65 años.		
Exámenes de rutina para niños sanos y vacunas	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 %; deducible eximido.
7 exámenes en los primeros 12 meses de vida, 3 exámenes entre los meses 13 y 24, 3 exámenes entre los meses 25 y 36; posteriormente, 1 examen cada 12 meses hasta los 22 años de edad.		
Exámenes de cuidado ginecológico de rutina	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
1 examen obstétrico o ginecológico y prueba de PAP por año. Incluye exámenes de rutina y los costos de laboratorio asociados.		

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
 PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

Mamografías de rutina	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Salud de la mujer	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Incluye exámenes para detectar diabetes gestacional; pruebas de ADN para detectar virus del papiloma humano (VPH); asesoramiento para infecciones de transmisión sexual; asesoramiento y exámenes para detectar virus de inmunodeficiencia humana (VIH); asesoramiento y exámenes en casos de violencia doméstica e interpersonal; asesoramiento, suministros y apoyo para lactancia materna; métodos anticonceptivos; procedimientos de esterilización; educación y asesoramiento de pacientes. Pueden existir limitaciones.		
Examen de tacto rectal de rutina	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Se recomienda para hombres con cobertura, de 40 años de edad y mayores.		
Prueba de antígeno específico prostático	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Se recomienda para hombres con cobertura, de 40 años de edad y mayores.		
Examen para detectar cáncer colorrectal	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Se recomienda para todos los miembros de 45 años de edad y mayores.		
Exámenes completos de ojos de rutina	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
1 examen de rutina cada 24 meses.		
Examen de audición de rutina	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
SERVICIOS PRESTADOS POR MÉDICOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Visitas al consultorio del médico de cuidado primario	Copago de \$25 por visita al consultorio; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Incluyen servicios de internista, médico general, médico de familia o pediatra.		
Visitas al consultorio de un especialista	Copago de \$75 por visita al consultorio; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Exámenes de audición	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Maternidad (cuidado prenatal)	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Clínicas sin cita previa	Copago de \$25; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Clínicas sin cita previa designadas		
Cobertura del 100 %; deducible eximido.		
Las clínicas sin cita previa son centros de cuidado de salud independientes que (a) pueden estar ubicadas en una farmacia, supermercado u otra tienda de venta al por menor, y (b) brindan cuidado y servicios médicos limitados con programación previa o sin ella. Los centros de cuidado de urgencia, las salas de emergencias, los departamentos de cuidado ambulatorio de los hospitales, los centros quirúrgicos ambulatorios y los consultorios médicos no se consideran clínicas sin cita previa.		
Pruebas de alergias	El costo compartido se basa en el tipo de servicio y el lugar donde se presta.	El costo compartido se basa en el tipo de servicio y el lugar donde se presta.
Inyecciones para tratar alergias	El costo compartido se basa en el tipo de servicio y el lugar donde se presta.	El costo compartido se basa en el tipo de servicio y el lugar donde se presta.
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Radiografías de diagnóstico	Copago de \$60; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Si los estudios se realizan como parte de la visita al consultorio y son facturados por el médico, los gastos están cubiertos según el costo compartido que paga el miembro por la visita al consultorio.		

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
 PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

Servicios de laboratorio para diagnóstico	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Si los estudios se realizan como parte de la visita al consultorio y son facturados por el médico, los gastos están cubiertos según el costo compartido que paga el miembro por la visita al consultorio.		
Servicios ambulatorios de imágenes complejas para diagnóstico	Copago de \$300; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Si los estudios se realizan como parte de la visita al consultorio y son facturados por el médico, los gastos están cubiertos según el costo compartido que paga el miembro por la visita al consultorio.		
CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Proveedor de cuidado de urgencia	Copago de \$50 por visita al consultorio; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Uso no urgente de un proveedor de cuidado de urgencia	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Sala de emergencias (copago eximido en caso de ingreso)	Copago de \$500; deducible eximido.	Igual al cuidado dentro de la red.
Cuidado que no es de emergencia en sala de emergencias	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Uso de emergencia de la ambulancia	20 % después del deducible.	Igual al cuidado dentro de la red.
Uso que no es de emergencia de la ambulancia	Sin cobertura.	Sin cobertura.
CUIDADO EN HOSPITAL	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Cobertura de internación	20 % después del deducible.	50 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación.		
Cobertura de internación por maternidad (incluye cuidado para el parto y posparto)	20 % después del deducible.	50 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación.		
Gastos de cuidado ambulatorio en hospital	20 % después del deducible.	50 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria.		
Cirugía ambulatoria (hospital)	Copago de \$800 después del deducible.	50 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria.		
Cirugía ambulatoria (centro independiente)	Copago de \$400; deducible eximido.	50 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria.		
SERVICIOS DE SALUD MENTAL	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Con internación	20 % después del deducible.	50 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación.		
Visitas al consultorio por servicios de salud mental	Copago de \$75; deducible eximido.	50 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria.		
Otros servicios de salud mental	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
ABUSO DE SUSTANCIAS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Con internación	20 % después del deducible.	50 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación.		
Centros residenciales de tratamiento	20 % después del deducible.	50 % después del deducible.



**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
 PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

Visitas al consultorio por abuso de sustancias	Copago de \$75; deducible eximido.	50 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria.		
Otros servicios por abuso de sustancias	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
OTROS SERVICIOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Centro de enfermería especializada	20 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Limitado a 60 días por año. El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación.		
Cuidado de salud en el hogar	Copago de \$75; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Limitado a 60 visitas por año. No se cubre el servicio privado de enfermería. La cobertura incluye asesoramiento nutricional y servicios de un trabajador social médico. El reembolso no puede ser inferior a \$1,000 por año calendario, incluso si se alcanza la cantidad máxima de visitas. Limitado a 3 visitas intermitentes por día por una agencia de cuidado de salud en el hogar participante; 1 visita equivale a un período de 4 horas o menos.		
Cuidado de hospicio (con internación)	20 % después del deducible.	50 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación.		
Cuidado de hospicio (ambulatorio)	Copago de \$75; deducible eximido.	50 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria.		
Servicio privado de enfermería (ambulatorio)	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Terapia de manipulación de la columna vertebral	Copago de \$75 después del deducible.	50 % después del deducible.
Limitado a 20 visitas por año.		
Rehabilitación ambulatoria a corto plazo	Copago de \$75 después del deducible.	50 % después del deducible.
Limitado a 30 visitas por año. Incluye terapias física, ocupacional y del habla.		
Terapia física para enseñanza de habilidades	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Terapia ocupacional para enseñanza de habilidades	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Terapia del habla para enseñanza de habilidades	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Terapia de salud emocional y psicológica para casos de autismo	Copago de \$75; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Tiene igual cobertura que cualquier otro beneficio de servicios ambulatorios de salud mental.		
Análisis aplicado del comportamiento para casos de autismo	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Tiene igual cobertura que cualquier otro beneficio de servicios ambulatorios de salud mental.		
Terapia física para casos de autismo	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Terapia ocupacional para casos de autismo	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Terapia del habla para casos de autismo	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Equipo médico duradero	20 % después del deducible.	50 % después del deducible.

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
 PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

Suministros para diabéticos (si no están cubiertos como beneficio de farmacia)	Tiene igual cobertura que otros gastos médicos.	Tiene igual cobertura que otros gastos médicos.
Medicamentos y dispositivos anticonceptivos para mujeres no disponibles en farmacias	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	Tiene igual cobertura que otros gastos.
Anticonceptivos para mujeres exigidos por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act)	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	Tiene igual cobertura que otros gastos.
Terapia de infusión Suministrada en el domicilio o en el consultorio médico.	Copago de \$75; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Terapia de infusión Suministrada en un departamento hospitalario para cuidado ambulatorio o en un centro independiente.	El costo compartido se basa en el tipo de servicio y el lugar donde se presta.	El costo compartido se basa en el tipo de servicio y el lugar donde se presta.
Accesorios para la vista	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Trasplantes	20 % después del deducible. La cobertura preferida es brindada únicamente en un centro contratado Institutes of Excellence™ (IOE).	50 % después del deducible. La cobertura no preferida es brindada en un centro no IOE.
Cirugía bariátrica	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Dependientes fuera del área	Cobertura brindada en el nivel de beneficios no preferidos del plan si no está disponible un proveedor de la red.	
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Tratamiento contra la esterilidad Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad subyacente solamente.	El costo compartido se basa en el tipo de servicio y el lugar donde se presta.	El costo compartido se basa en el tipo de servicio y el lugar donde se presta.
Tecnología de reproducción asistida Incluye fertilización <i>in vitro</i> , transferencia intrafalopiana de cigotos, transferencia intrafalopiana de gametos, transferencia de embriones criopreservados, inyección de esperma intracitoplasmática o microcirugía de óvulos.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Servicios integrales para la esterilidad relativa Inseminación artificial e inducción de la ovulación.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Vasectomía	El costo compartido se basa en el tipo de servicio y el lugar donde se presta.	50 % después del deducible.
Ligadura de trompas	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
FARMACIA	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Se aplica el costo total del medicamento al deducible antes de que los beneficios sean considerados para el pago según el plan de farmacia.		
Tipo de plan de farmacia	Plan Advanced Control de Aetna	
Medicamentos genéricos preferidos		
Al por menor	Copago de \$10.	50 % del costo presentado después del costo compartido dentro de la red.
Orden por correo	Copago de \$20.	No aplica.
Medicamentos de marca preferidos		
Al por menor	Copago de \$45.	50 % del costo presentado después del costo compartido dentro de la red.
Orden por correo	Copago de \$90.	No aplica.

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

Medicamentos de marca y genéricos no preferidos		
Al por menor	Copago de \$70.	50 % del costo presentado después del costo compartido dentro de la red.
Orden por correo	Copago de \$140.	No aplica.
Medicamentos de especialidad		
Medicamentos de especialidad preferidos	30 %	Sin cobertura.
Medicamentos de especialidad no preferidos	Máximo de \$250. 30 %	Sin cobertura.
	Máximo de \$250.	
Farmacia (requisitos y días de suministro)		
Al por menor	Suministro de hasta 30 días de la red nacional de Aetna.	
Orden por correo	Suministro de 31 a 90 días de CVS Caremark® Mail Service Pharmacy.	
De especialidad	Suministro de hasta 30 días. Todas las recetas deben abastecerse a través de nuestra red preferida de farmacias de especialidad. <i>Formulario del plan Advanced Control, Lista de medicamentos asegurados de Aetna.</i>	

Deducible eximido para medicamentos genéricos.

Elija genéricos haciendo caso omiso de la leyenda “Entregar tal como se prescribe” (DAW). El miembro paga solo el copago aplicable si el médico requiere un medicamento de marca. Si el miembro solicita un medicamento de marca cuando existe un equivalente genérico, el miembro paga el copago aplicable más la diferencia entre el precio del genérico y el del producto de marca.

La diferencia de copago no se aplica al límite de coseguro.

El plan incluye lo siguiente:

Suministros para diabéticos, y medicamentos y dispositivos anticonceptivos disponibles en farmacias.

Se cubre una lista limitada de medicamentos sin receta si se obtienen a través de una receta.

Medicamentos quimioterapéuticos orales con cobertura del 100 %.

Se incluyen límites de precertificación y cantidad.

Se incluye terapia escalonada.

Vacunas estacionales con cobertura del 100 % dentro de la red.

Vacunas preventivas con cobertura del 100 % dentro de la red.

Anticonceptivos femeninos exigidos por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act) y medicamentos preventivos con cobertura del 100 % dentro de la red.



**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

ESTIPULACIONES GENERALES

Cumplimiento con los requisitos de dependientes Cónyuge, hijos desde el nacimiento hasta los 26 años de edad, sin importar su estado estudiantil.

** Cubrimos el costo de los servicios según los médicos brinden servicios dentro o fuera de la red. Queremos ayudarlo a comprender cuánto pagamos por su cuidado fuera de la red. Al mismo tiempo, queremos dejar en claro cuánto más deberá pagar usted por este cuidado fuera de la red.

- Para médicos y otros profesionales, el monto está basado en lo que paga Medicare por esos servicios. El gobierno establece la tarifa de Medicare. La cantidad exacta que reconocemos depende del plan que usted o su empleador elijan.
- Para hospitales y otros centros, el monto está basado en lo que paga Medicare por esos servicios. El gobierno establece la tarifa de Medicare. La cantidad exacta que reconocemos depende del plan que usted o su empleador elijan.

El médico fija su propia tarifa para cobrarle. Esta puede ser más alta (a veces mucho más alta) de lo que su plan reconoce. El médico puede facturarle el monto en dólares que no reconocemos. Además, usted debe pagar todo copago, coseguro y deducible estipulados en el plan. Los montos en dólares que superen el cargo reconocido no cuentan para alcanzar los desembolsos o deducibles máximos que le corresponden. Para obtener más información sobre cómo pagamos los beneficios fuera de la red, visite nuestro sitio web.

Los planes son brindados por Aetna Life Insurance Company. Aunque creemos que este material es correcto en la fecha de elaboración, está sujeto a cambios.

Los planes de beneficios y de seguro de salud contienen exclusiones y limitaciones. No todos los servicios de salud están cubiertos.

Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura. Las características y la disponibilidad del plan pueden variar según la ubicación y están sujetas a cambios. Usted puede ser responsable de la totalidad de los cargos de un proveedor del cuidado de la salud por todos los servicios que no están cubiertos, incluidas aquellas circunstancias en las cuales usted haya superado el límite de beneficios que figura en el plan. Los proveedores son contratistas independientes y no son nuestros agentes. La participación de los proveedores puede modificarse sin previo aviso. No brindamos cuidado ni garantizamos acceso a servicios de salud.

Si en su plan se requiere la selección de un médico de cuidado primario, y este forma parte de un sistema de servicios médicos integrados o de un grupo de médicos, su médico de cuidado primario generalmente lo remitirá a especialistas y hospitales afiliados a ese sistema o grupo.

La siguiente es una lista de servicios y suministros que, *en general*, no están cubiertos. Sin embargo, los documentos de su plan pueden contener excepciones a esta lista basadas en mandatos estatales, en el diseño del plan o en las cláusulas adicionales adquiridas por su empleador.

DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

- Todos los servicios médicos y hospitalarios que no estén específicamente cubiertos en los documentos del plan o que estén limitados o excluidos en estos.
- Cirugía cosmética, incluida la reducción del seno.
- Cuidado no médico.
- Cuidado dental y radiografías dentales.
- Extracción de óvulos de la donante.
- Procedimientos en etapa de prueba e investigación (excepto para la cobertura de los costos del cuidado médico necesario de rutina a los pacientes miembros que participan en ensayos clínicos contra el cáncer).
- Audífonos.
- Partos en el hogar.
- Vacunas para viajes o empleos, excepto en los casos que sean médicamente necesarias o indicadas.
- Medicamentos implantables y ciertos medicamentos inyectables, incluidos medicamentos inyectables para tratar la esterilidad.
- Servicios para tratar la esterilidad, incluida la inseminación artificial y tecnología de reproducción asistida (como fertilización *in vitro*, transferencia intrafalopiana de cigotos, transferencia intrafalopiana de gametos, inyección de esperma intracitoplasmática) y otros servicios relacionados, a menos que se enumeren específicamente como cubiertos en los documentos de su plan.
- Terapia de rehabilitación a largo plazo.
- Servicios o suministros médicamente innecesarios.
- Medicamentos con receta en casos ambulatorios (excepto para el tratamiento de la diabetes), a menos que estén cubiertos por una cláusula adicional sobre la cobertura de medicamentos con receta, y suministros y medicamentos sin receta (excepto cuando se proveen en un hospital).
- Queratotomía radial o procedimientos relacionados.
- Reversión de esterilización.
- Servicios para el tratamiento de la disfunción sexual o para mejorar el rendimiento, incluidos suministros, terapia, asesoramiento o medicamentos con receta.
- Servicio especial de enfermería.
- Terapias o rehabilitaciones distintas de las enumeradas como cubiertas.
- Servicios para el control de peso, incluidos procedimientos quirúrgicos, tratamientos médicos, programas de pérdida o control de peso, regímenes y suplementos alimenticios, supresores del apetito y otros medicamentos; alimentos o suplementos alimentarios; programas de ejercicios, equipos de ejercicios u otros equipos; y otros servicios y suministros cuya intención principal es controlar el peso o tratar la obesidad, incluida la obesidad mórbida, o cuyo propósito es reducir el peso, sin importar la existencia de enfermedades comórbidas.

Aetna (o sus filiales) recibe descuentos de los fabricantes de medicamentos que se pueden tener en cuenta para determinar la *Lista de medicamentos preferidos* de Aetna. Es posible que los descuentos reduzcan el monto que un miembro paga a la farmacia por las recetas cubiertas. CVS Caremark® Mail Service Pharmacy es una farmacia con licencia subsidiaria de Aetna Inc., que opera a través de órdenes por correo. Los cargos negociados por Aetna con CVS Caremark® Mail Service Pharmacy pueden ser más altos que los costos que paga por los medicamentos y los costos de sus servicios de farmacia de órdenes por correo. Para estos efectos, el costo de comprar medicamentos de la farmacia tiene en cuenta descuentos, créditos y otros montos que pueda recibir de mayoristas, fabricantes, proveedores y distribuidores.

En casos de emergencia, llame al 911 o a su número local para llamadas de emergencia, o diríjase directamente a un centro de cuidado de emergencia.

Es posible que este material se encuentre disponible en otro idioma. Comuníquese con Servicios al Cliente, al **1-888-982-3862**.

Translation of the material into another language may be available. Please call Member Services at **1-888-982-3862**.

Las características y la disponibilidad del plan pueden variar según la ubicación y el tamaño del grupo.

Para obtener más información sobre los planes de Aetna, consulte en www.aetna.com.

Aetna y MinuteClinic, LLC (que opera o brinda determinados servicios de asistencia en la administración a clínicas sin cita previa MinuteClinic), son miembros del grupo de CVS Health.

© 2014 Aetna Inc.