

# NYC Community Plan<sup>SM</sup>

Nueva York

Fecha de vigencia: 1° de noviembre de 2008

Para empresas de  
2 a 50 empleados  
elegibles

Disponible para residentes que viven o trabajan, y acceden a la atención de salud, en los cinco condados de la Ciudad de Nueva York.



**AV. AETNA**

*Avenida Aetna<sup>SM</sup> — Su Destino Final para Soluciones para Pequeñas Empresas<sup>SM</sup>*

\*Los planes de beneficios y de seguro de salud son asegurados por Aetna Health Inc. y Aetna Health Insurance Company of New York (Aetna).

14.02.947.2-NY A (5/09)

Queremos que usted sepa<sup>®</sup>



# Aetna está logrando que la atención de de las posibilidades de las comunidades

Descripción general del plan	1
Comprender a las comunidades de la Ciudad de Nueva York (NYC)	2
Características del plan	3
Opciones del plan	4 – 8
Limitaciones y exclusiones	9

## **NYC Community Plan**

El *NYC Community Plan* brinda amplias opciones de beneficios y una red basada en la comunidad para poder pagar y acceder a los beneficios de atención de salud. Este plan está especialmente diseñado y disponible para los residentes que viven o trabajan, y acceden a la atención de salud, en los cinco condados de la Ciudad de Nueva York: Manhattan, Bronx, Queens, Staten Island y Brooklyn.

## **Aspectos destacados del plan**

- **Primas competitivas.** El *NYC Community Plan* permite que más empleadores puedan pagar la cobertura de atención de salud para sus empleados.
- **No se requieren copagos para la atención preventiva.** Incluye exámenes físicos de rutina, exámenes y vacunas, visitas de niño sano (*well-child*) y de mujeres sanas (*well-woman*).

- **Una red local de médicos** que trabajan en las comunidades y comprenden las preferencias culturales.
- **Nuestros programas de bienestar** ofrecen características adicionales para complementar la cobertura médica, que incluyen importantes descuentos en productos y materiales educativos para ayudar a los miembros a mantenerse saludables.
- **Facilidad de acceso.** Una gran cantidad de información en línea y de recursos ayudan a los miembros a navegar por el sistema de atención de salud y a tomar decisiones más informadas sobre la atención de salud.



# salud sea más accesible y esté dentro de la Ciudad de Nueva York

## Primas competitivas y beneficios del plan

El *NYC Community Plan* ofrece primas más bajas, cobertura del 100% después de los copagos aplicables para la mayoría de los servicios profesionales y no requiere copagos para la atención preventiva. Estas características ayudan a eliminar las barreras financieras que no permiten acceder a la atención de salud. El hecho de que no haya copagos para la atención preventiva también es útil para fomentar la detección y prevención tempranas de muchas enfermedades.

## Red y servicio locales

El *NYC Community Plan* incluye médicos que trabajan en las comunidades de la Ciudad de Nueva York. De manera que no sólo están cerca, sino que pueden comprender mejor las preferencias culturales, las necesidades y las condiciones de salud frecuentes de las diversas comunidades.

Nuestros equipos de ventas y servicios hablan diversos idiomas y ayudan a brindar asistencia y atención al cliente de alta calidad. Estos equipos locales están especialmente capacitados en el *NYC Community Plan* y están familiarizados con las necesidades culturales de las comunidades en Nueva York.

## Programas de bienestar

Además de las herramientas y los recursos, Aetna<sup>†</sup> brinda asistencia por medio de programas de manejo clínico y de enfermedades, líderes en la industria. Los programas de bienestar brindan información, asistencia y, en algunos casos, descuentos en programas de estilo de vida saludable y de bienestar físico para los miembros. Muchas de nuestras herramientas y nuestro material adicional de mercadeo para estos programas se encuentran disponibles en español.

## Información y recursos en línea

Gracias a la información y a los recursos en línea que brindamos, los miembros navegan por el sistema de atención de salud más fácilmente. Algunas de las herramientas e información de Aetna, que son líderes en la industria, ayudan a los miembros a tomar decisiones informadas sobre sus beneficios y opciones de atención de salud. Entre estas herramientas encontramos: *Aetna Navigator*<sup>®</sup>, *DocFind*<sup>®</sup> y nuestra Herramienta de Comparación de Hospitales.

Para saber qué médicos, hospitales y otros profesionales de la salud están en la red, visite [www.docfind.com](http://www.docfind.com); se encuentra disponible en inglés y en español.

## *Informed Health*<sup>®</sup> Line

La línea telefónica gratuita de Aetna ofrece acceso, las 24 horas del día, a un equipo de enfermeras registradas que hablan en inglés y en español, y pueden informarlo sobre diversos temas de salud.

## Contáctenos

En el sitio en Internet de autoservicio de Aetna, con información en línea sobre salud y beneficios, los miembros pueden enviar preguntas en forma electrónica y recibir respuestas en su lengua materna.

## Capacitación en competencia cultural

Los estudios indican que las minorías raciales y étnicas reciben una atención de salud de menor calidad que las no minorías, incluso cuando el estado del seguro, los ingresos, la edad y la gravedad de las condiciones son comparables. Al reconocer la necesidad imperiosa de que su propio personal y los proveedores de la red fueran culturalmente competentes, Aetna inició un programa de capacitación en competencia cultural en 2003.

### Aetna posee una larga y exitosa trayectoria en la consideración de las necesidades de la comunidad

Somos líderes en promover la igualdad racial y étnica en la atención de salud, colaboramos con organizaciones locales e invertimos recursos financieros y voluntarios para mejorar las vidas de diversas comunidades en todas partes.

■ Por segundo año consecutivo, Aetna ha sido premiada por el National Committee for Quality Assurance (Comité Nacional de Aseguramiento de Calidad); pero esta vez, como la única compañía de seguros de salud a nivel nacional en recibir el premio *"Recognizing Innovation in Multicultural Health Care Award"*. Esta distinción reconoce nuestros esfuerzos constantes por usar el poder de la información para reducir las diferencias raciales, étnicas y lingüísticas en la atención de salud.

■ Aetna no sólo ha brindado apoyo a programas que tratan las diferencias en la atención de salud a través de la Fundación Aetna, sino que también trabaja de manera voluntaria con muchas organizaciones para ayudar a mejorar las comunidades de la Ciudad de Nueva York. También colaboramos con muchas organizaciones que representan a las culturas dinámicas de las diferentes comunidades en la Ciudad de Nueva York.

## Aetna comprende las necesidades de atención de salud de las comunidades de la Ciudad de Nueva York

### Entendemos que cada persona es un mundo y percibimos las distintas necesidades culturales dentro de las comunidades

■ Los programas de bienestar de Aetna ofrecen el alcance y la asistencia culturalmente apropiados.

■ Nuestros planes reducen las diferencias lingüísticas al incluir proveedores, personal de ventas y de servicio de Aetna, y material sobre planes y programas en varios idiomas.

■ Ofrecemos capacitación y seminarios en competencia cultural para empleados y proveedores. De hecho, más del 95% del personal clínico de Aetna ha realizado esta capacitación. La capacitación y cursos en línea que Aetna ofrece a los proveedores participantes y a su personal en el consultorio aumenta la conciencia sobre las distintas necesidades culturales entre las diferentes comunidades. Esto produce mejores resultados en la salud.

■ **Aetna ayuda a los miembros a lograr y a mantener un estado de salud óptimo.**

■ **Aetna ayuda a mitigar las tendencias de costos de salud cada vez más altos para los dueños de empresas.**

■ **Aetna ayuda a los médicos y pacientes a identificar y tratar las condiciones más rápidamente. Esto produce mejores resultados.**

**Al facilitar el acceso y alentar el uso de los programas de bienestar y la atención preventiva de Aetna, ayudamos a las comunidades de la Ciudad de Nueva York a lograr y mantener un estado de salud óptimo.**

■ La atención frecuente y preventiva ayuda a los miembros a lograr y mantener un estado de salud óptimo. Está comprobado que tener acceso a una fuente habitual de atención es importante para prevenir y tratar rápidamente las enfermedades y lesiones, produce mejores resultados en la salud, reduce las diferencias y los costos.\*

■ Las investigaciones demuestran que cuando los pacientes acceden a la atención preventiva oportuna y eficazmente, a menudo pueden prevenir enfermedades, controlar episodios agudos o manejar condiciones crónicas para evitar hospitalizaciones en el caso de condiciones como el asma, la hipertensión acelerada, complicaciones por la diabetes o condiciones que pueden prevenirse por vacunación.\*\*

■ A menudo, los costos asociados con la atención preventiva son considerablemente menores que el costo de curar enfermedades evitables. Esto ayuda a mitigar las tendencias de costos de salud cada vez más altos para los dueños de empresas.

■ La atención frecuente y preventiva puede ayudar a los médicos y pacientes a identificar y tratar las condiciones más rápidamente. Esto produce mejores resultados.

\*Robert Phillips, MD MSPH, "Primary Care Value Proposition", Robert Graham Center, AcademyHealth 2007.

\*\*Centro Nacional de Estadísticas de la Salud (National Center for Health Statistics, NCHS), octubre de 2006.

# Características del *NYC Community Plan*

## **NYC Community Plan<sup>SM\*</sup>**

El plan está especialmente diseñado para los residentes que viven o trabajan, y acceden a la atención de salud, en los cinco condados de la Ciudad de Nueva York. El *NYC Community Plan* es un plan solamente para proveedores dentro de la red que tiene dos niveles de beneficios dentro de ésta: Beneficios Remitidos y Beneficios Autorremitidos.

## **Los miembros acceden a la atención a través de los Médicos de Cuidado Primario del NYC Community Plan**

En este plan de beneficios de salud, los miembros comienzan por seleccionar un Médico de Cuidado Primario (PCP) del *NYC Community Plan* entre los proveedores participantes Remitidos del *NYC Community Plan*. Los miembros seleccionan un PCP que coordinará sus necesidades de atención de salud para los servicios o beneficios cubiertos. Cada dependiente cubierto de la familia del miembro puede elegir su propio PCP del *NYC Community Plan*.

## **Los Beneficios Remitidos del NYC Community Plan:**

- El PCP del miembro coordina sus servicios de atención de salud cubiertos.
- Se requieren remisiones para los servicios que no sean prestados por el PCP del miembro; no se pagarán beneficios sin una remisión.
- Los beneficios incluyen costos bajos de desembolso sin límites para los máximos en dólares de por vida.
- No se requiere copago para los servicios de atención de rutina y preventiva para alentar la detección y prevención tempranas de muchas dolencias.
- No se requieren formularios de reclamo.

## **Los Beneficios Autorremitidos del NYC Community Plan:**

- Los miembros pueden utilizar a los proveedores participantes Autorremitidos sin remisiones de sus PCP.
- Los costos de desembolso para los miembros son considerablemente más altos cuando se utilizan proveedores participantes Autorremitidos.
  - > Los miembros comparten el costo de la atención a través de los montos del deducible y del coseguro incluyendo los límites para los máximos en dólares de por vida.



\*Por favor, consulte el *NYC Community Plan* a través de *DocFind*® de Aetna para obtener una lista de los proveedores participantes remitidos y autorremitidos.

# Opciones del plan

**El NYC Community Plan ofrece seis opciones de plan diferentes para brindar la flexibilidad y las alternativas que mejor se adapten a las necesidades de las pequeñas empresas:**

- NYC Community Plan 1D-07
- NYC Community Plan 2-07
- NYC Community Plan 3D-07
- NYC Community Plan 4-07
- NYC Community Plan 5E-08
- NYC Community Plan 6E-08

Estos diseños de plan abarcan desde la cobertura médica básica hasta los beneficios médicos más completos. Los diseños del plan también incluyen opciones de cobertura para medicamentos con receta.

Según el plan médico, los miembros tendrán un plan de medicamentos con receta con dos niveles de copago o coseguro, un plan de medicamentos con receta sólo para medicamentos genéricos o una tarjeta de descuentos que les permite obtener medicamentos con receta a los precios con descuento de Aetna.

En las siguientes páginas encontrará los aspectos generales de los beneficios y de las opciones de farmacia para cada uno de los seis planes. Después de revisar los planes, si usted tiene preguntas o necesita más información, por favor, llame a su agente o a su representante de Aetna, o visite [www.aetnaNYCplan.com](http://www.aetnaNYCplan.com).

## Glosario

### Coseguro del Plan

El porcentaje del monto en dólares por los servicios de atención de salud cubiertos que un miembro debe pagar por la atención después de cumplir con el deducible por año calendario.

### Deducible por Año Calendario

El monto de servicios de atención de salud con cobertura que un miembro paga cada año calendario antes de que se paguen los beneficios.

### Desembolso Máximo por Año Calendario

El límite en el monto de coseguro que un miembro debe pagar por los servicios de atención de salud cubiertos por año calendario.

### Máximo de por Vida

El monto máximo en dólares que se pagará para un miembro de por vida por los servicios de atención de salud con cobertura.

### Médico de Cuidado Primario

Un médico general, médico internista o pediatra que participa en la red del plan de salud, es el principal punto de contacto del miembro para obtener atención médica y realiza la remisión para obtener atención de un especialista.

### Especialista

Un médico que brinda atención médica en una especialidad o subespecialidad médica o quirúrgica. Por ejemplo, un alergista, un dermatólogo o un obstetra/ginecólogo.

### Atención Preventiva

Servicios de atención médica de rutina que ayudan a mantener la buena salud y cuyo fin es detectar los primeros signos de enfermedad.

### Servicios Ambulatorios

Atención médica brindada en un centro independiente o ámbito hospitalario de atención ambulatoria y que no requiere internación.

### Servicios Hospitalarios en Internación

Servicios de atención médica brindados a un miembro mientras éste se encuentra en un consultorio externo de hospital y que requieren internación.

### Cirugía Ambulatoria

Una operación realizada en un centro independiente o ámbito hospitalario de atención ambulatoria para tratar una enfermedad o lesión sin internación.



### **Sala de Emergencias**

Departamento de un hospital en donde los miembros solicitan atención por condiciones médicas graves que son el resultado de una lesión o enfermedad que surge repentinamente y requiere atención médica inmediata.

### **Centro de Atención Urgente**

Un centro médico independiente que brinda tratamiento para una enfermedad o lesión inesperada que no pone en riesgo la vida, pero necesita atención médica inmediata en momentos en que el médico del miembro no está razonablemente disponible.

### **Salud Mental en Hospital**

Atención con hospitalización para tratar condiciones de naturaleza psicológica o del comportamiento.

### **Abuso de Sustancias en Hospital**

Atención con hospitalización para erradicar la dependencia de sustancias químicas legales y/o ilegales o el abuso de éstas.

### **Servicios de Quiropráctico**

El diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades sin utilizar medicamentos con receta o cirugía invasiva. Servicios como la manipulación de columna vertebral y los servicios terapéuticos relacionados, prestados por profesionales médicos con licencia.

### **Terapia Física, Ocupacional y del Habla – Ambulatorio**

Servicios médicos prestados por un médico, o terapeuta ocupacional, físico o del habla, con licencia o certificado, para mejorar o restaurar funciones corporales debido a una lesión, una enfermedad o un defecto congénito.

### **Equipo Médico Duradero**

Un equipo médico (por ejemplo, una silla de ruedas) que puede utilizarse reiteradamente, tiene principalmente un propósito médico, generalmente no es útil para una persona que no está enferma o lesionada y es apropiado para ser utilizado en el domicilio.

### **Reembolso por Anteojos y Lentes de Contacto**

Pago fijo en dólares que recibe el miembro por anteojos y lentes de contacto cubiertos.

### **Descuentos Aetna Vision<sup>SM</sup>**

Red de proveedores que ayudan a los miembros a ahorrar dinero en muchos productos para el cuidado de los ojos, incluyendo anteojos y lentes de contacto, anteojos para sol sin receta, soluciones para lentes de contacto y accesorios.

### **Medicamentos con Receta**

Medicamentos o medicinas que han sido aprobados por la *Food and Drug Administration* (FDA, Administración de Drogas y Alimentos) para tratar enfermedades y trastornos específicos, y que deben obtenerse con receta médica.

### **Farmacia al por Menor**

Una farmacia contratada de la comunidad que ofrece a los miembros medicamentos con receta cubiertos para casos ambulatorios.

### **Orden de Farmacia por Correo**

Una farmacia contratada que proporciona medicamentos con receta o medicinas cubiertos para casos ambulatorios e insulina, por correo u otro medio.

### **Máximo por Año Calendario para Medicamentos con Receta**

El mayor monto en dólares de beneficios cubiertos que un miembro puede recibir por medicamentos con receta por año calendario.

Opciones del NYC Community Plan<sup>SM</sup> de Aetna\*

OPCIONES DEL PLAN	NYC Community Plan 1D-07		NYC Community Plan 2-07	
<b>BENEFICIOS DEL MIEMBRO</b>	Remitido	Autorremitido	Remitido	Autorremitido
<b>Coseguro del plan</b>	No aplica.	30% después del deducible	No aplica.	30% después del deducible
<b>Deducible por año calendario**</b>	No aplica.	\$5,000 individual \$15,000 familiar	No aplica.	\$5,000 individual \$15,000 familiar
<b>Desembolso máximo por año calendario**</b>	No aplica.	\$20,000 individual \$60,000 familiar	No aplica.	\$20,000 individual \$60,000 familiar
<b>Máximo de por vida</b>	Sin límite	\$1,000,000	Sin límite	\$1,000,000
<b>Visita al consultorio de médico de cuidado primario</b>	Copago de \$20	30% después del deducible	Copago de \$30	30% después del deducible
<b>Visita al consultorio del especialista</b>	Copago de \$40	30% después del deducible	Copago de \$50	30% después del deducible
<b>Atención preventiva</b>				
Exámenes a niños sanos ( <i>well-child</i> ) Aplican límites de edad y frecuencia.	Copago de \$0	0%, deducible exonerado	Copago de \$0	0%, deducible exonerado
Vacunas	Copago de \$0	0%, deducible exonerado	Copago de \$0	0%, deducible exonerado
Exámenes físicos a adultos, examen ginecológico de rutina, mamografías de rutina, y DRE y PSA de rutina Aplican límites de edad y frecuencia.	Copago de \$0	30% después del deducible	Copago de \$0	30% después del deducible
Exámenes rutinarios de ojos	Copago de \$0	30% después del deducible  Un examen cada 24 meses; remitido y autorremitido combinados	Copago de \$0	30% después del deducible  Un examen cada 24 meses; remitido y autorremitido combinados
<b>Servicios ambulatorios</b>				
Laboratorio	Copago de \$0	30% después del deducible	Copago de \$0	30% después del deducible
Rayos X	Copago de \$40	30% después del deducible	Copago de \$50	30% después del deducible
<b>Hospitalización</b>	Copago de \$750 por admisión	30% después del deducible	Copago de \$1,000 por admisión	30% después del deducible
<b>Cirugía ambulatoria</b>	Copago de \$150	30% después del deducible	Copago de \$150	30% después del deducible
<b>Sala de emergencias</b> Copago exonerado si hay admisión.	Copago de \$150	Pagado como remitido	Copago de \$150	Pagado como remitido
<b>Atención urgente</b>	Copago de \$35	30% después del deducible	Copago de \$35	30% después del deducible
<b>Salud mental en hospital</b>	Copago de \$750 por admisión	30% después del deducible	Copago de \$1,000 por admisión	30% después del deducible
	<i>Trastornos emocionales graves en niños o de origen biológico - Sin límite de días por año calendario</i> <i>Trastornos distintos de trastornos emocionales graves en niños o de origen biológico - Máximo de 30 días combinados por año calendario; remitido y autorremitido combinados</i>		<i>Trastornos emocionales graves en niños o de origen biológico - Sin límite de días por año calendario</i> <i>Trastornos distintos de trastornos emocionales graves en niños o de origen biológico - Máximo de 30 días combinados por año calendario; remitido y autorremitido combinados</i>	
<b>Abuso de sustancias en hospital</b>	Copago de \$750 por admisión	30% después del deducible	Copago de \$1,000 por admisión	30% después del deducible
	<i>Desintoxicación - Máximo de 7 días por año calendario; remitido y autorremitido combinados</i> <i>Rehabilitación - Máximo de 30 días por año calendario; remitido y autorremitido combinados</i>		<i>Desintoxicación - Máximo de 7 días por año calendario; remitido y autorremitido combinados</i> <i>Rehabilitación - Máximo de 30 días por año calendario; remitido y autorremitido combinados</i>	
<b>Servicios de quiropráctico</b>	Copago de \$40	30% después del deducible	Copago de \$50	30% después del deducible
<b>Terapia física, ocupacional y del habla – Ambulatorio</b>	Copago de \$40	30% después del deducible	Copago de \$50	30% después del deducible
	Limitado a 20 visitas combinadas por año calendario; remitido y autorremitido combinados		Limitado a 20 visitas combinadas por año calendario; remitido y autorremitido combinados	
<b>Equipo médico duradero</b>	50%	50% después del deducible	50%	50% después del deducible
	Máximo de \$2,500 por año calendario; remitido y autorremitido combinados		Máximo de \$2,500 por año calendario; remitido y autorremitido combinados	
<b>Reembolso por anteojos y lentes de contacto</b>	No está cubierto.		No está cubierto.	
<b>Descuentos Aetna Vision<sup>SM</sup></b>	Incluido		Incluido	
<b>MEDICAMENTOS CON RECETA**</b>	Farmacias participantes	Farmacias no participantes	Farmacias participantes	Farmacias no participantes
<b>Al por menor:</b> hasta 30 días de suministro	\$15/50%	No está cubierto.	Sin beneficio de medicamentos con receta - Solamente tarjeta de descuentos Rx	No está cubierto.
<b>Orden por correo:</b> de 31 a 90 días de suministro	\$30/50%	No está cubierto.	No está cubierto.	No está cubierto.
<b>Máximo por año calendario para medicamentos con receta</b>	\$3,000 individual	No está cubierto.	No aplica.	No está cubierto.

\*Esta es una descripción parcial de los planes y beneficios disponibles; para obtener más información, consulte el resumen del diseño del plan específico. El monto en dólares y el porcentaje de copagos indican lo que el miembro debe pagar.

\*\*Todos los gastos cubiertos se acumulan separadamente para el Deducible y el Desembolso Máximo Remitido y Autorremitido; sólo los gastos de desembolso que resulten de la aplicación del porcentaje del coseguro pueden ser utilizados para satisfacer el Desembolso Máximo; y ciertos servicios pueden no ser aplicables para el Deducible y el Desembolso Máximo.

\*\*Se incluyen 90 días de Transición de Cobertura (TOC) para Autorización Previa y Terapia Escalonada. La Transición de Cobertura para Autorización Previa y Terapia Escalonada ayuda a los miembros de los nuevos grupos a realizar la transición a Aetna proporcionándoles una oportunidad de 90 días calendario, a partir de la fecha de vigencia inicial del grupo, durante los cuales los requerimientos de Autorización Previa y Terapia Escalonada no se aplican a ciertos medicamentos. Una vez vencidos los 90 días calendario, las revisiones en la Autorización Previa y Terapia Escalonada se aplicarán a todos los medicamentos que las requieran, según están enumerados en la guía de medicamentos de formulario. Aquellos miembros que tengan reclamos pagos por un medicamento que requiere Autorización Previa y Terapia Escalonada durante el período de Transición de Cobertura podrán continuar recibiendo este medicamento después de los 90 días calendario y no necesitarán obtener Autorización Previa o aprobación de una excepción médica para este medicamento.

NOTA: consulte el listado de la página 9 para conocer las Limitaciones y Exclusiones.

Opciones del NYC Community Plan<sup>SM</sup> de Aetna\*

OPCIONES DEL PLAN	NYC Community Plan 3D-07		NYC Community Plan 4-07	
<b>BENEFICIOS DEL MIEMBRO</b>	Remitido	Autorremitido	Remitido	Autorremitido
<b>Coseguro del plan</b>	No aplica.	30% después del deducible	No aplica.	30% después del deducible
<b>Deducible por año calendario**</b>	No aplica.	\$5,000 individual \$15,000 familiar	No aplica.	\$5,000 individual \$15,000 familiar
<b>Desembolso máximo por año calendario**</b>	No aplica.	\$20,000 individual \$60,000 familiar	No aplica.	\$20,000 individual \$60,000 familiar
<b>Máximo de por vida</b>	Sin límite	\$1,000,000	Sin límite	\$1,000,000
<b>Visita al consultorio de médico de cuidado primario</b>	Copago de \$20	30% después del deducible	Copago de \$30	30% después del deducible
<b>Visita al consultorio del especialista</b>	Copago de \$40	30% después del deducible	Copago de \$50	30% después del deducible
<b>Atención preventiva</b>				
Exámenes a niños sanos ( <i>well-child</i> ) Aplican límites de edad y frecuencia.	Copago de \$0	0%, deducible exonerado	Copago de \$0	0%, deducible exonerado
Vacunas	Copago de \$0	0%, deducible exonerado	Copago de \$0	0%, deducible exonerado
Exámenes físicos a adultos, examen ginecológico de rutina, mamografías de rutina, y DRE y PSA de rutina Aplican límites de edad y frecuencia.	Copago de \$0	30% después del deducible	Copago de \$0	30% después del deducible
Exámenes rutinarios de ojos	No está cubierto.		No está cubierto.	
<b>Servicios ambulatorios</b>				
Laboratorio	Copago de \$0	30% después del deducible	Copago de \$0	30% después del deducible
Rayos X	Copago de \$40	30% después del deducible	Copago de \$50	30% después del deducible
<b>Hospitalización</b>	Copago de \$750 por admisión	30% después del deducible	Copago de \$1,000 por admisión	30% después del deducible
<b>Cirugía ambulatoria</b>	Copago de \$150	30% después del deducible	Copago de \$150	30% después del deducible
<b>Sala de emergencias</b> Copago exonerado si hay admisión.	Copago de \$150	Pagado como remitido	Copago de \$150	Pagado como remitido
<b>Atención urgente</b>	Copago de \$35	30% después del deducible	Copago de \$35	30% después del deducible
<b>Salud mental en hospital</b>	Copago de \$750 por admisión	30% después del deducible	Copago de \$1,000 por admisión	30% después del deducible
	Máximo de 30 días combinados por año calendario para trastornos emocionales graves en niños o de origen biológico y trastornos distintos de trastornos emocionales graves en niños o de origen biológico; remitido y autorremitido combinados		Máximo de 30 días combinados por año calendario para trastornos emocionales graves en niños o de origen biológico y trastornos distintos de trastornos emocionales graves en niños o de origen biológico; remitido y autorremitido combinados	
<b>Abuso de sustancias en hospital</b>	No está cubierto.		No está cubierto.	
<b>Servicios de quiropráctico</b>	Copago de \$40	30% después del deducible	Copago de \$50	30% después del deducible
<b>Terapia física, ocupacional y del habla – Ambulatorio</b>	No está cubierto.		No está cubierto.	
<b>Equipo médico duradero</b>	No está cubierto.		No está cubierto.	
<b>Reembolso por anteojos y lentes de contacto</b>	No está cubierto.		No está cubierto.	
<b>Descuentos Aetna Vision<sup>SM</sup></b>	Incluido		Incluido	
<b>MEDICAMENTOS CON RECETA**</b>	Farmacias participantes	Farmacias no participantes	Farmacias participantes	Farmacias no participantes
<b>Al por menor:</b> hasta 30 días de suministro	\$15/50%	No está cubierto.	Sin beneficio de medicamentos con receta - Solamente tarjeta de descuentos Rx	No está cubierto.
<b>Orden por correo:</b> de 31 a 90 días de suministro	\$30/50%	No está cubierto.	No está cubierto.	No está cubierto.
<b>Máximo por año calendario para medicamentos con receta</b>	\$3,000 individual	No está cubierto.	No aplica.	No está cubierto.

\*Esta es una descripción parcial de los planes y beneficios disponibles; para obtener más información, consulte el resumen del diseño del plan específico. El monto en dólares y el porcentaje de copagos indican lo que el miembro debe pagar.

\*\*Todos los gastos cubiertos se acumulan separadamente para el Deducible y el Desembolso Máximo Remitido y Autorremitido; sólo los gastos de desembolso que resulten de la aplicación del porcentaje del coseguro pueden ser utilizados para satisfacer el Desembolso Máximo; y ciertos servicios pueden no ser aplicables para el Deducible y el Desembolso Máximo.

\*\*Se incluyen 90 días de Transición de Cobertura (TOC) para Autorización Previa y Terapia Escalonada. La Transición de Cobertura para Autorización Previa y Terapia Escalonada ayuda a los miembros de los nuevos grupos a realizar la transición a Aetna proporcionándoles una oportunidad de 90 días calendario, a partir de la fecha de vigencia inicial del grupo, durante los cuales los requerimientos de Autorización Previa y Terapia Escalonada no se aplican a ciertos medicamentos. Una vez vencidos los 90 días calendario, las revisiones en la Autorización Previa y Terapia Escalonada se aplicarán a todos los medicamentos que las requieran, según están enumerados en la guía de medicamentos de formulario. Aquellos miembros que tengan reclamos pagos por un medicamento que requiere Autorización Previa y Terapia Escalonada durante el período de Transición de Cobertura podrán continuar recibiendo este medicamento después de los 90 días calendario y no necesitarán obtener Autorización Previa o aprobación de una excepción médica para este medicamento.

NOTA: consulte el listado de la página 9 para conocer las Limitaciones y Exclusiones.

Opciones del NYC Community Plan<sup>SM</sup> de Aetna\*

OPCIONES DEL PLAN	NYC Community Plan 5E-08		NYC Community Plan 6E-08	
<b>BENEFICIOS DEL MIEMBRO</b>	Remitido	Autorremitido	Remitido	Autorremitido
<b>Coseguro del plan</b>	No aplica.	30% después del deducible	No aplica.	30% después del deducible
<b>Deducible por año calendario**</b>	No aplica.	\$5,000 individual \$15,000 familiar	No aplica.	\$5,000 individual \$15,000 familiar
<b>Desembolso máximo por año calendario**</b>	No aplica.	\$20,000 individual \$60,000 familiar	No aplica.	\$20,000 individual \$60,000 familiar
<b>Máximo de por vida</b>	Sin límite	\$1,000,000	Sin límite	\$1,000,000
<b>Visita al consultorio de médico de cuidado primario</b>	Copago de \$20	30% después del deducible	Copago de \$30	30% después del deducible
<b>Visita al consultorio del especialista</b>	Copago de \$40	30% después del deducible	Copago de \$50	30% después del deducible
<b>Atención preventiva</b>				
Exámenes a niños sanos ( <i>well-child</i> ) Aplican límites de edad y frecuencia.	Copago de \$0	0%, deducible exonerado	Copago de \$0	0%, deducible exonerado
Vacunas	Copago de \$0	0%, deducible exonerado	Copago de \$0	0%, deducible exonerado
Exámenes físicos a adultos, examen ginecológico de rutina, mamografías de rutina, y DRE y PSA de rutina Aplican límites de edad y frecuencia.	Copago de \$0	30% después del deducible	Copago de \$0	30% después del deducible
Exámenes rutinarios de ojos	Copago de \$0	30% después del deducible  Un examen cada 24 meses; remitido y autorremitido combinados	Copago de \$0	30% después del deducible  Un examen cada 24 meses; remitido y autorremitido combinados
<b>Servicios ambulatorios</b>				
Laboratorio	Copago de \$0	30% después del deducible	Copago de \$0	30% después del deducible
Rayos X	Copago de \$40	30% después del deducible	Copago de \$50	30% después del deducible
<b>Hospitalización</b>	Copago de \$250 por día hasta 3 días por admisión	30% después del deducible	Copago de \$250 por día hasta 4 días por admisión	30% después del deducible
<b>Cirugía ambulatoria</b>	Copago de \$150	30% después del deducible	Copago de \$150	30% después del deducible
<b>Sala de emergencias</b> Copago exonerado si hay admisión.	Copago de \$150	Pagado como remitido	Copago de \$150	Pagado como remitido
<b>Atención urgente</b>	Copago de \$35	30% después del deducible	Copago de \$35	30% después del deducible
<b>Salud mental en hospital</b>	Copago de \$250 por día hasta 3 días por admisión	30% después del deducible	Copago de \$250 por día hasta 4 días por admisión	30% después del deducible
	Trastornos emocionales graves en niños o de origen biológico - Sin límite de días por año calendario Trastornos distintos de trastornos emocionales graves en niños o de origen biológico - Máximo de 30 días combinados por año calendario; remitido y autorremitido combinados		Trastornos emocionales graves en niños o de origen biológico - Sin límite de días por año calendario Trastornos distintos de trastornos emocionales graves en niños o de origen biológico - Máximo de 30 días combinados por año calendario; remitido y autorremitido combinados	
<b>Abuso de sustancias en hospital</b>	Copago de \$250 por día hasta 3 días por admisión	30% después del deducible	Copago de \$250 por día hasta 4 días por admisión	30% después del deducible
	Desintoxicación - Máximo de 7 días por año calendario; remitido y autorremitido combinados Rehabilitación - Máximo de 30 días por año calendario; remitido y autorremitido combinados		Desintoxicación - Máximo de 7 días por año calendario; remitido y autorremitido combinados Rehabilitación - Máximo de 30 días por año calendario; remitido y autorremitido combinados	
<b>Servicios de quiropráctico</b>	Copago de \$40	30% después del deducible	Copago de \$50	30% después del deducible
<b>Terapia física, ocupacional y del habla – Ambulatorio</b>	Copago de \$40	30% después del deducible	Copago de \$50	30% después del deducible
	Limitado a 20 visitas combinadas por año calendario; remitido y autorremitido combinados		Limitado a 20 visitas combinadas por año calendario; remitido y autorremitido combinados	
<b>Equipo médico duradero</b>	50%	50% después del deducible	50%	50% después del deducible
	Máximo de \$2,500 por año calendario; remitido y autorremitido combinados		Máximo de \$2,500 por año calendario; remitido y autorremitido combinados	
<b>Reembolso por anteojos y lentes de contacto</b>	No está cubierto.		No está cubierto.	
<b>Descuentos Aetna Vision<sup>SM</sup></b>	Incluido		Incluido	
<b>MEDICAMENTOS CON RECETA<sup>††</sup></b>	Farmacias participantes	Farmacias no participantes	Farmacias participantes	Farmacias no participantes
<b>Al por menor:</b> hasta 30 días de suministro	Sólo genéricos – \$15	No está cubierto.	Sólo genéricos – \$15	No está cubierto.
<b>Orden por correo:</b> de 31 a 90 días de suministro	Sólo genéricos – \$30	No está cubierto.	Sólo genéricos – \$30	No está cubierto.
<b>Máximo por año calendario para medicamentos con receta</b>	Sólo genéricos – Sin límite	No está cubierto.	Sólo genéricos – Sin límite	No está cubierto.

\*Esta es una descripción parcial de los planes y beneficios disponibles; para obtener más información, consulte el resumen del diseño del plan específico. El monto en dólares y el porcentaje de copagos indican lo que el miembro debe pagar.

\*\*Todos los gastos cubiertos se acumulan separadamente para el Deducible y el Desembolso Máximo Remitido y Autorremitido; sólo los gastos de desembolso que resulten de la aplicación del porcentaje del coseguro pueden ser utilizados para satisfacer el Desembolso Máximo; y ciertos servicios pueden no ser aplicables para el Deducible y el Desembolso Máximo.

††Se incluyen 90 días de Transición de Cobertura (TOC) para Autorización Previa y Terapia Escalonada. La Transición de Cobertura para Autorización Previa y Terapia Escalonada ayuda a los miembros de los nuevos grupos a realizar la transición a Aetna proporcionándoles una oportunidad de 90 días calendario, a partir de la fecha de vigencia inicial del grupo, durante los cuales los requerimientos de Autorización Previa y Terapia Escalonada no se aplican a ciertos medicamentos. Una vez vencidos los 90 días calendario, las revisiones en la Autorización Previa y Terapia Escalonada se aplicarán a todos los medicamentos que las requieran, según están enumerados en la guía de medicamentos de formulario. Aquellos miembros que tengan reclamos pagos por un medicamento que requiere Autorización Previa y Terapia Escalonada durante el período de Transición de Cobertura podrán continuar recibiendo este medicamento después de los 90 días calendario y no necesitarán obtener Autorización Previa o aprobación de una excepción médica para este medicamento.

NOTA: consulte el listado de la página 9 para conocer las Limitaciones y Exclusiones.

# Limitaciones y exclusiones

La siguiente es una lista parcial 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 o en el diseño del plan, o en las opciones adicionales adquiridas.

- Todos los servicios médicos u hospitalarios que no están cubiertos específicamente en los documentos del plan, o que han sido limitados o excluidos de éste
- Gastos relacionados con cualquier tipo de cirugía ocular cuyo propósito principal sea la corrección de un defecto de refracción
- Cirugía cosmética, distinta de cirugía reconstructiva después de una mastectomía
- Cuidado de custodia
- Atención dental y radiografías dentales, distintas del tratamiento de dientes sanos y naturales debido a una lesión accidental dentro de los 12 meses posteriores a la lesión o de la atención necesaria para reparar defectos o anomalías congénitas
- Extracción de ovocitos a donante
- Procedimientos experimentales y en investigación, excepto aquellos relacionados con ciertos tipos de ensayos clínicos
- Audífonos
- Servicios o suministros médicamente innecesarios
- Ortótica
- Medicamentos y suministros de venta libre

- Reversión de esterilización
- Servicios para el tratamiento de disfunción o insuficiencias sexuales incluyendo terapia, suministros, consejería o medicamentos con receta, a menos que sea médicamente necesario
- Tratamiento de los servicios para tratar la obesidad o aquellos relacionados con éstos, o para dietas o control de peso, a menos que sea médicamente necesario

## Provisión de la exclusión de condiciones preexistentes

Este plan impone una exclusión de condiciones preexistentes, que puede ser exonerada en algunas circunstancias (es decir, cobertura comprobable) y puede no aplicarse a su caso. Una exclusión de condiciones preexistentes significa que si usted tiene una enfermedad antes de su ingreso en este plan, es posible que deba esperar cierto período antes de que el plan le proporcione cobertura para esa enfermedad. Esta exclusión se aplica sólo a enfermedades para las cuales se indicó o se recibió asesoramiento, diagnóstico o tratamiento médico o por las cuales la persona tomó medicamentos recetados dentro de los 6 meses anteriores.

Generalmente, este período finaliza el día anterior a que su cobertura entre en vigencia. Sin embargo, si usted tuvo un período de espera para la cobertura, el período de 6 meses finaliza el día anterior a que comience el período de espera. El período de exclusión, si se aplica, puede durar hasta 12 meses a partir de su primer día de cobertura o, si tuvo un período de espera, a partir del primer día de su período de espera.

Si usted tenía cobertura comprobable anterior dentro de los 63 días inmediatamente previos a su fecha de inscripción en este plan, entonces la exclusión de condiciones preexistentes de su plan, si la hubiera, será exonerada.

Si usted no tenía cobertura comprobable anterior dentro de los 63 días previos a su fecha de inscripción (ya sea porque no tenía cobertura anterior o porque hubo un lapso mayor de 63 días desde la fecha de finalización de su cobertura anterior hasta su fecha de inscripción), aplicaremos la exclusión de condiciones preexistentes de su plan.

A fin de reducir o posiblemente eliminar su período de exclusión sobre la base de su cobertura comprobable, debe proporcionarnos una copia de cualquier certificado de cobertura comprobable que usted tenga. Por favor comuníquese con su representante de Servicio a Miembros de Aetna al **1-888-702-3862** si necesita ayuda para obtener un certificado de cobertura comprobable de su compañía de seguros anterior o si tiene dudas acerca de la información suministrada anteriormente.

La exclusión de condiciones preexistentes no se aplica a embarazo ni al hijo inscrito en el plan dentro de los 31 días del nacimiento, la adopción o la colocación en adopción.

**Nota:** Para las personas inscritas fuera de plazo, la cobertura se demorará hasta el siguiente período de inscripción abierta del plan; la exclusión de condición preexistente se aplicará a partir de la fecha de vigencia de la cobertura del individuo.

Para obtener más información sobre las soluciones para pequeñas empresas de Aetna, comuníquese con nosotros al 1-888-277-1053 o visítenos en Internet: [www.aetnaNYCplan.com](http://www.aetnaNYCplan.com).

Este material sólo tiene fines informativos y no constituye una oferta o propuesta de contrato. Debe completarse una solicitud para obtener la cobertura. Las tarifas y los beneficios pueden variar de acuerdo con el lugar. Los planes de beneficios y de seguro de salud contienen exclusiones y limitaciones. Las características y la disponibilidad del plan pueden variar de acuerdo con el lugar y el tamaño del grupo. Los programas de información sobre la salud proporcionan información general sobre la salud y no sustituyen el diagnóstico o tratamiento suministrado por un médico u otro profesional de la salud. Los programas brindan acceso a precios reducidos y NO son beneficios asegurados. Los proveedores son contratistas independientes y no son agentes de Aetna. La participación de los proveedores puede modificarse sin previo aviso. Aetna no proporciona atención ni garantiza acceso a servicios de salud. No todos los servicios de salud, dentales y por incapacidad están cubiertos. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de beneficios, exclusiones, limitaciones y condiciones de cobertura. Las características del plan están sujetas a cambios. Aetna recibe descuentos de fabricantes de medicamentos que se pueden tener en cuenta para determinar el Listado de Medicamentos Preferidos de Aetna. Los descuentos no reducen el monto que un miembro paga a la farmacia por las recetas cubiertas.

Aunque creemos que la información es correcta en la fecha de elaboración, está sujeta a cambios. Si desea obtener más información sobre los planes de Aetna, consulte en [www.aetna.com](http://www.aetna.com).