

Aetna Affordable Health Choices[®]

Plan de seguro de beneficios limitados*

Personnel Source, Inc.

¡Inscríbase hoy mismo!

Llame gratis a SRC al **1-888-772-9682**

de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., horario del Este

Primas económicas

**Disponible la
cobertura de
familia**

**Aceptación
garantizada**

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA EL CONSUMIDOR: Este plan tiene un número de límites específicos y otras restricciones sobre las visitas, servicios y/o montos en dólares cubiertos por el plan además del límite general en dólares de la póliza. Una vez que se llega a estos límites, el plan no pagará ningún otro costo del servicio en cuestión y usted correrá con los cargos o gastos impagos adicionales. Este Resumen de beneficios explica estas visitas y límites de servicio, el beneficio máximo anual general y otras características del plan sobre la participación del miembro en los costos, como los deducibles. Por favor léalo detenidamente para entender los límites de pago del plan antes de inscribirse.

* En todos los estados excepto NY, este plan es archivado como un plan principal médico que contiene un máximo anual de beneficios y un número de limitaciones y exclusiones de cobertura adicional.

Queremos que usted sepa[®]



Su empleador le está dando la oportunidad de inscribirse en estos beneficios que se descuentan de su nómina de pago.

Médico

La tabla a la derecha le dará un breve resumen de la cobertura médica.

- Use a cualquier proveedor licenciado para gastos cubiertos o cualquier hospital certificado.
- Los servicios de quiropráctico están cubiertos.
- La maternidad es un gasto cubierto y está cubierto igual que cualquier otro gasto, hasta el máximo beneficio anual.

Las exclusiones y limitaciones se aplican. Refiérase a la sección de Exclusiones y Limitaciones para detalles.

Aetna pagará beneficios sólo por los gastos incurridos mientras esta cobertura tenga vigencia y sólo para el tratamiento médicamente necesario para una lesión o enfermedad. La cobertura mostrada en el Resumen de Beneficios refleja ciertas disposiciones del estado en el que se escribió la póliza. Sin embargo, ciertas leyes federales u otras disposiciones del estado en el que vive y/o trabaja también podrían afectar cómo se paga esta cobertura.

BENEFICIO

Beneficio para gasto médico

Beneficio máximo anual	\$1,000
Beneficio adicional anual para tratamiento de cancer	\$2,000
Porcentaje pagado por el plan	80%
Deducible anual individual	\$50

Visitas al consultorio médico ¹

Deducible base por visita	\$10
Porcentaje de cargos restantes pagado por el plan por la visita	100%
Porcentaje pagado por el plan para servicios cubiertos relacionados (Exámenes rutinarios no están cubiertos)	80%

Beneficio adicional para accidente ^{2,3}

Beneficio máximo por incidente	\$5,000
Deducible por incidente	\$50
Porcentaje de cargos restantes pagado por el plan	80%
Máximo número de incidentes anualmente	2 incidentes

Beneficio por muerte accidental

Beneficio máximo pagado al beneficiario si el asegurado muere a causa de, o como resultado de, un accidente cubierto (dentro o fuera del trabajo) dentro de los 365 días después de la fecha del accidente.	\$25,000
---	----------

Anotaciones

1. Los beneficios pagados cuentan hacia máximo beneficio anual del Beneficio para Gasto Médico.
2. Usted primero debe agotar el Beneficio para Gasto Médico.
3. Los gastos deben ser para tratamiento relacionado a un accidente y deben ser incurridos dentro de los 90 días de la lesión que será cubierta.

Cuando se inscribe en la cobertura médica, también recibirá:

- **El programa de descuento para recetas médicas*** le ofrece a usted y a su familia acceso a más de 52,000 farmacias a través de los Estados Unidos Continental, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes (desde 1/1/05). Usted también puede usar nuestro servicio de entrega a domicilio *Aetna Rx Home Delivery*[®]; una manera rápida y fácil de obtener las medicinas que usted toma regularmente.
- **Descuentos para la vista de Aetna VisionSM*** utiliza la red nacional de EyeMed Select de proveedores de la vista que le ofrece a usted y a su familia lentes, lentes de contacto, lentes de sol sin medida, soluciones para lentes de contacto y otros accesorios para el cuidado de la vista a precios descontados. Asimismo, puede recibir descuentos en exámenes de la vista y cirugía de los ojos LASIK. Este arreglo de descuento puede no estar disponible en Illinois.

* Los programas de descuento ofrecen acceso a precios reducidos y no son beneficios asegurados.

¡Puede inscribirse en una sola cobertura, una combinación de coberturas o todas las coberturas!

SERVICIOS DENTALES COMUNES

Tipo de cargos cubiertos por el plan	Escala de cargos cubiertos
Procedimientos preventivos (no deductible)	
Exámenes orales	\$17.00 - \$38.00
Rayos X y patología	\$ 8.00 - \$40.00
Prophylaxis y aplicaciones de fluoruro	\$12.00 - \$30.00
Procedimientos básicos (\$25 deductible anual)	
Reparación de amalgamas - dientes primarios	\$32.00 - \$58.00
Reparación de amalgama - dientes permanentes	\$35.00 - \$64.00
Restauraciones sintéticas	\$12.00 - \$85.00
Cirugía oral: incluye anestesia local y cuidado rutinario pos operativo.	
Extracciones	\$30.00 - \$85.00
Periodónticos	\$50.00 - \$72.00
Endodónticos (excluye restauración final)	\$20.00 - \$145.00

† Su(s) cargo(s) pueden ser más bajo(s) basado en el proveedor de PPO y su localización.

Elija la(s) cobertura(s) que mejor se adapte(n) a sus necesidades.

Indemnización de hospital

Si usted o sus dependientes cubiertos son hospitalizados y le cobran por habitación, entonces esta cobertura paga lo siguiente:

- Beneficio de una suma global de Indemnización de hospital: \$1,000 dólares para una estadía por año; más
- Beneficio diario de Indemnización de hospital: \$100 por día de hospitalización hasta 100 días por año.

Las exclusiones y limitaciones se aplican. Refiérase a la sección de exclusiones y limitaciones para detalles.

Seguro dental

- Paga una cantidad prevista para 58 procedimientos dentales preventivos y básicos.
- Reciba ahorros adicionales usando uno de más de 76,000+ dentistas de la red de PPO a través de toda la nación.
- No hay máximo anual.
- Deducible anual de \$25 por persona cubierta para procedimientos dentales básicos, no hay deducible por servicios preventivos. Para ubicar a un proveedor preferido, llame al número sin cargo **1-888-772-9682** o visite el sitio de Internet **www.aetna.com/docfind/custom/aaahc**.
- Si uno o más de los servicios fuera lo apropiado en lo habitual de la práctica dental, el máximo cargo cubierto será la cantidad permitida para el gasto más bajo.

Esta tabla le dará una breve descripción de la cobertura dental. Las exclusiones y limitaciones se aplican. Refiérase a la sección de exclusiones y limitaciones para detalles. La red de PPO dental no está disponible en Alabama, Arkansas, Idaho, Louisiana, Mississippi, New Mexico o Puerto Rico.

Incapacidad a corto plazo (ICP)

- Beneficios semanales hasta 6 meses mientras esté incapacitado.
- Recibirá de la empresa que patrocina este programa, el 50% de su salario básico (más las propinas declaradas, pero no horas extras) hasta \$125 dólares de máximo beneficio semanal.
- Los beneficios comienzan después de un periodo de espera de 14 días (a menos que sea hospitalizado, en cuyo caso el plan comienza a pagar inmediatamente).

Algunos estados exigen que el empleador proporcione beneficios de ICP. Si usted trabaja en California, Hawaii, New Jersey, New York, o Rhode Island (o Puerto Rico), esta cobertura no está disponible para usted. Sólo el empleado puede estar cubierto bajo ICP. Las exclusiones y limitaciones se aplican. Refiérase a la sección de exclusiones y limitaciones para detalles.

Seguro de vida a plazo fijo y Muerte accidental

- \$20,000 dólares de cobertura de vida a plazo fijo para usted.
- \$20,000 dólares equiparables al beneficio por muerte accidental.
- Los beneficios serán pagados al beneficiario de su elección.
- Si se inscribe en el vida a plazo fijo usted puede inscribir a sus dependientes elegibles en:
 - > \$2,500 dólares en vida a plazo fijo (sólo) para dependientes mayores de 6 meses.
 - > \$500 dólares para niños desde su nacimiento hasta los 6 meses de edad.
- Sus beneficios se reducen el 50% a los 70 años de edad.

Las exclusiones y limitaciones se aplican. Refiérase a la sección de exclusiones y limitaciones para detalles.

Preguntas y respuestas

¿Cómo funcionan los límites de beneficios?

Este plan limita el monto de dinero que pagará por año de cobertura. Estos límites son distintos para cada tipo de cargo y, dependiendo del diseño de su plan, según explica el cuadro de beneficios de arriba, puede haber un número máximo de visitas o servicios, o una suma máxima de dólares, o ambos. Debido a que existen límites en lo que se paga para ciertos tipos de servicios o visitas, es posible que usted no cuente con la cobertura de ciertos servicios o visitas, aunque no haya alcanzado su beneficio máximo general. **Antes de inscribirse en el plan, por favor lea el cuadro de beneficios detenidamente para comprender estos límites y considere los efectos que puedan tener.**

¿El plan pagará siempre hasta el límite de beneficios máximo por año de cobertura?

No. Lo que el plan pague dependerá del tipo y de la suma de la atención médica que usted reciba. Algunos tipos de cargos pueden tener límites que se alcanzan antes de que el beneficio máximo general al que pertenecen se alcance. Esto significa que es posible que el plan deje de pagar ciertos tipos de cargos que usted siga teniendo, aunque no se haya alcanzado el beneficio máximo general. Por favor lea el cuadro de beneficios detenidamente para comprender qué tipos de cargos pueden limitarse antes de que se alcancen dichos beneficios máximos globales.

¿Cómo se diferencia este plan de seguro de beneficios limitados de un plan médico tradicional principal?

Este plan de seguro de beneficios limitados, al igual que un plan médico tradicional principal, cubre una amplia gama de servicios médicos, tanto en el hospital como fuera de él. Sin embargo, este plan de seguro de beneficios limitados limita la cantidad que el plan pagará o la cantidad de servicios o visitas que serán cubiertos. Una vez que usted haya utilizado los beneficios máximos generales o el límite de ciertos beneficios, el plan dejará de pagar. Asimismo, a diferencia de la mayoría de los planes médicos principales, este plan de seguro de beneficios limitados no tiene cobertura de catástrofes ni un límite en sus gastos de bolsillo. Esto significa que usted puede tener costos de bolsillo considerables si usted tiene una condición médica grave o crónica que requiera hospitalización o atención ambulatoria.

¿Cuáles son mis derechos de parto?

La ley *Newborns' and Mothers' Health Protection Act*, NMHPA, por sus siglas en inglés, (Ley de Protección Médica de los Recién Nacidos y las Madres) dispone que los planes médicos de grupo y las aseguradoras generalmente no pueden limitar los beneficios de estadía en el hospital relacionada con el parto a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de una cesárea, tanto para la madre como para el recién nacido. Sin embargo, normalmente no prohíbe que el médico de la madre o del recién nacido de de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda) después de una consulta con la madre. En todo caso, los planes y aseguradoras pueden no exigir que el médico obtenga autorización del plan o emisor para recetar una estadía mayor de 48 horas (o 96 horas). Esta ley no cambia los límites máximos del beneficio ni los deducibles del plan. El estado en el que vive, trabaja o en el que se suscribió su plan puede disponer derechos adicionales en relación al parto. Por favor consulte los documentos del plan.

¿Cuáles son los derechos de obtener cirugía reconstructiva después de una mastectomía?

La ley *Women's Health and Cancer Rights Act* (Ley de Derechos de la Mujer Relativos a la Salud y el Cáncer), vigente desde 1998, dispone que cualquier plan médico que ofrece beneficios médicos para una mastectomía médicamente necesaria también debe proporcionar cobertura para la reconstrucción del mismo seno, la reconstrucción del otro seno para lograr simetría y la prótesis y complicaciones de todas las etapas de la mastectomía incluyendo linfedema. Esta cobertura será provista de acuerdo con consulta entre el médico tratante y la paciente, y estará sujeta a las mismas disposiciones relativas al deducible y coseguro anuales que aplican para la mastectomía. El estado en el que vive, trabaja o en el que se suscribió su plan puede disponer derechos adicionales en relación a la mastectomía. Por favor consulte los documentos del plan.

¿Qué debo hacer si no comprendo algo de lo que leí aquí, o tengo dudas?

Por favor, llámenos. Queremos que usted comprenda estos beneficios antes de decidir inscribirse. Puede comunicarse con uno de nuestros representantes de Servicio al Cliente de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este, al número de teléfono sin cargo **1-888-772-9682**. Estamos disponibles para responder sus preguntas antes y después de su inscripción.

Definición de términos

Un servicio o suministro es **médicamente necesario** si Aetna determina que es apropiado para el diagnóstico, atención médica o tratamiento de la enfermedad o lesión del caso.

En muchos casos, el plan exige que se llegue a un deducible antes de que se pague el beneficio. Un **deducible** es el monto de dinero que usted debe pagar por los gastos elegibles durante cada año de cobertura antes de que el plan comience a pagar los beneficios. Todos los gastos cubiertos se acumulan hacia el deducible preferido y no preferido.

Cargos de internación son cargos facturados por un hospital o proveedor cuando es admitido como paciente internado y recibe factura por al menos un día de cuarto y comida (hospitalización de 24 horas). Los cargos por internación consisten en: cargos por cuarto y comida (tarifa diaria por habitación), cargos profesionales facturados por un proveedor (como cargos de un médico que no trabaja directamente para el hospital) y cargos de hospital aparte de cuarto y comida.

Cargos ambulatorios son cargos facturados en el consultorio del médico, clínicas y centros médicos independientes así como farmacias. También incluye los cargos en hospitales cuando no es admitido como paciente internado y no recibe factura por cuarto y comida.

Cuando el beneficio se exprese en forma de porcentaje, el reconocido se considerará como la base del pago. Un **cargo reconocido** es el monto que Aetna reconoce que una visita, servicio o suministro debe costar del proveedor. Un proveedor no preferido puede requerir que pague un cargo mayor al reconocido; y este monto adicional correría por cuenta suya.

Las **visitas preventivas** son cargos por exámenes médicos de rutina por razones ajenas al diagnóstico o tratamiento de una lesión o enfermedad. Algunos ejemplos son, entre otros, exámenes físicos, exámenes ginecológicos, mamografías, ciertas pruebas de detección de cáncer y medida de la densidad de la masa ósea. Incluidos como parte del examen están las radiografías, análisis de laboratorio y otras pruebas administradas en relación con el examen, así como los materiales para la administración de inmunizaciones contra enfermedades infecciosas y pruebas de detección de la tuberculosis.

Su plan probablemente puede o no ofrecer un beneficio de visitas preventivas. Por favor consulte el cuadro de beneficios de este Resumen de Beneficios. Algunas leyes federales y estatales disponen ciertos exámenes preventivos que deben ser cubiertos por este beneficio, u otorgados adicionalmente a ellos, si su plan lo ofrece. Si el plan no ofrece un beneficio de visita preventiva (vea el cuadro de beneficios), estas disposiciones federales y/o estatales serán cubiertas por otros beneficios de su plan. Por favor consulte los documentos de su plan para obtener más información.

Exclusiones y limitaciones

Este plan no cubre todos los gastos médicos y tiene exclusiones y limitaciones. Los miembros deben consultar su folleto certificado para determinar qué servicios médicos están cubiertos y hasta qué punto. Ésta es una lista parcial de los servicios y suministros que generalmente *no están cubiertos*. **Sin embargo, su plan puede contener excepciones a esta lista de acuerdo con los mandatos estatales o con el diseño del plan comprado.**

Limitación de condición médica preexistente

Los gastos médicos por una condición preexistente no serán pagados por el plan durante los primeros 365 días después de la inscripción de una persona asegurada. Las condiciones preexistentes son aquellas condiciones cuyo diagnóstico, cuidado o tratamiento de una persona asegurada fueron recibidos dentro de los 180 días antes que la persona se haya inscrito en el plan.

El plan reducirá el período de limitación de una condición preexistente por el número de días de "cobertura anterior comprobable" que tenga en la fecha de inscripción. "Cobertura comprobable" significa la cobertura médica previa según la definición de la Ley federal de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos de 1996. Comuníquese con Servicios al Miembro al número **1-888-772-9682** para proporcionarnos copias de cualquier certificado de cobertura comprobable, si necesita ayuda para obtener un certificado de cobertura comprobable o tiene preguntas sobre la "cobertura comprobable".

Exclusiones médicas:

- Todos los servicios médicos o de hospital no cubiertos específicamente en los documentos del plan o que están limitados o excluidos de los mismos;
- Cualquier cirugía de la vista principalmente para corregir errores refractivos;
- Cirugía estética, incluido reducción de senos;
- Cuidado de custodia;
- Atención dental y radiografías;
- Obtención de óvulos de donantes;
- Procedimientos experimentales y de investigación;
- Audífonos;
- Vacunas para viajes o trabajo;
- Servicios de infertilidad, incluyendo, sin limitaciones, la inseminación artificial y las tecnologías reproductivas avanzadas;
- Servicios o suministros no médicamente necesarios;
- Ortesis (soporte para el arco del pie);
- Medicamentos y suministros de venta libre;
- Inversión de la esterilización;
- Servicios para el tratamiento de la disfunción o ineptitud sexual, incluyendo terapia, suministros o consejería; y
- Enfermería especializada.

- Cualquier tratamiento, servicio de medicamentos o suministro que se use para bajar o aumentar el peso corporal, controlar el peso o tratar la obesidad, incluyendo la obesidad mórbida, sin importar la existencia de condiciones comórbidas.

Exclusiones médicas del beneficio por muerte accidental:

- Una enfermedad, tomaína o infección bacteriana;*
- Tratamiento médico o quirúrgico;*
- Suicidio o intento de suicidio (si está cuerdo o no);
- Una lesión autoinfligida intencionalmente;
- Inhalación voluntaria de gases venenosos;
- Comisión o intención de cometer un delito;
- Uso de alcohol, bebidas alcohólicas o drogas, excepto si son recetadas por un médico.

* Esto no es aplicable si la pérdida es causada por una infección directamente originada por la lesión o cirugía necesitada debido a la lesión.

Exclusiones y limitaciones del plan de indemnización de hospital:

Las mismas limitaciones y exclusiones relativas a la cobertura médica y dental son aplicables al seguro de indemnización de hospital (si es ofrecido por el plan).

Exclusiones dentales:

- Procedimientos cosméticos a menos que sean necesarios como resultado de una lesión. Cualquier tratamiento que sea electivo o de naturaleza primordialmente cosmética.
- Cualquier servicio dental o suplementos que no están cubiertos completamente o en parte.
 - > bajo cualquier otra parte de este plan; o
 - > bajo cualquier otro plan grupal de beneficios proveído por su empleador.
- Aquellos servicios y suplementos para diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión que no es un enfermedad o lesión no ocupacional.
- Aquellos para servicios que no están en la Lista Prevista de Cuidado Dental aplicable; excepto como está específicamente proveído.
- Aquellos para reemplazar un aparato perdido, o robado, y aquellos para reemplazar aparatos que han sido dañados debido a abuso, mal uso o descuido.
- Aquellos para dentaduras; puentes; incrustaciones; cubiertas; trabajo de puente; u otros aparatos o servicios usados con el propósito entablillar, para alterar la dimensión vertical con el propósito de restaurar la oclusión, o para corregir el desgaste, abrasión

o erosión.

- Aquellos para cualquiera de los siguientes servicios:
 - > un aparato, o la modificación del mismo, si una impresión para el aparato fue hecha antes de la persona estar asegurada;
 - > un puente corona o empaste o procesar una reparación, si el diente fue preparado para el puente antes de la persona estar asegurada.;
 - > terapia de tratamiento de nervio, si la cavidad para el mismo fue abierta antes de que la persona estuviera asegurada.
- Aquellos servicios con el propósito de tratar cualquier trastorno de la mandíbula, excepto según sea específicamente previsto.
- Aquellos para mantenedores de espacio excepto cuando es necesario para preservar el espacio como resultado de un pérdida prematura de dientes caducos.
- Aquellos para tratamiento ortodóntico, excepto como está específicamente previsto.
- Aquellos para anestesia general y sedativo intravenoso; a menos que sea hecho en conjunto con otro servicio necesario cubierto.
- Aquellos para tratamiento por otro que no sea un dentista, excepto el ajuste o limpieza de dientes y aplicación tópica de fluoruro puede ser hechos por un higienista dental licenciado. En este caso, el tratamiento debe ser dado bajo la supervisión y guía de un dentista.
- Aquellos en conexión con un servicio dado a un persona de 5 años o más si la persona se convierte en una persona asegurada otro que no sea: (i) durante los primeros 31 días que la persona es elegible para esta cobertura; o (ii) como prescrito para cualquier periodo de inscripción abierta según acordado entre el empleador y Aetna. Esto no se aplica a cargos incurridos:
 - > después del final del periodo de doce meses comenzando en la fecha en que la persona está asegurada; o
 - > como resultado de lesiones accidentales sufridas mientras la persona estaba asegurada; o
 - > para un Servicio de Cuidado Primario en la Lista Prevista de Cuidado Dental que se aplica mostrado bajo los títulos Visitas y Rayos X, y Rayos X y Patología

- Aquellos para una corona; empaste; o procesamiento de reparaciones a menos que:
 - > sea un tratamiento para carie o lesión traumática y los dientes no pueden ser reparados con un material de relleno; o
 - > el diente es un empalme para una dentadura parcial cubierta o un puente fijo.
- Aquellos para pontics, coronas, empastes o procesamiento de reparaciones hechas con metales de calidad; excepto según está específicamente previsto.
- Aquellos para remover una muela del juicio impactada solo por razones ortodónticas; excepto según esta específicamente previsto.
- Aquellos para servicios necesarios solamente en conexión con servicios que no están cubiertos.
- Aquellos para servicios hechos cuando no hay evidencia de patología, disfunción, o enfermedad otra que no sea servicios preventivos cubiertos

Exclusiones del beneficio de muerte accidental:

- Uso de alcohol, bebidas alcohólicas o drogas, excepto si son recetadas por un médico;
- Suicidio o intento de suicidio (si está cuerdo o no);
- Lesiones autoinfligidas intencionadamente;
- Una enfermedad, toxina o infección bacteriana excepto como el resultado directo de un accidente;
- Tratamiento médico o quirúrgico excepto como resultado directo de un accidente;
- La inhalación voluntaria de gases venenosos;
- La comisión o intento de cometer un acto criminal.

Exclusiones del seguro de incapacidad a corto plazo:

- Intento de suicidio, si está cuerdo o no, o una lesión o enfermedad autoinfligida intencionadamente, a menos que sea originada por una condición médica;
- Comisión o intención de cometer un acto que se considera delito en la jurisdicción en que ocurrió el acto;
- Abuso de sustancias;
- Enfermedades o lesiones ocupacionales.

Exclusiones del seguro de vida a plazo fijo:

- Uso de alcohol, bebidas alcohólicas o drogas, excepto si son recetadas por un médico;
- Suicidio o intento de suicidio (si está cuerdo o no).

ESTE PLAN DE BENEFICIOS MÉDICO LIMITADO NO OFRECE COBERTURA MÉDICA COMPLETA. ES UNA PÓLIZA DE BENEFICIOS BÁSICA O LIMITADA Y NO TIENE EL PROPÓSITO DE CUBRIR TODOS LOS GASTOS MÉDICOS. ESTE PLAN NO HA SIDO DISEÑADO PARA CUBRIR LOS COSTOS DE ENFERMEDADES GRAVES O CRÓNICAS. CONTIENE LÍMITES ESPECÍFICOS EN EL LÍMITE DE DÓLARES QUE SE PAGARÁN POR SERVICIOS MÉDICOS, QUE NO PUEDE SER EXCEDIDO. SI EL COSTO DE SERVICIOS SUPERA DICHS LÍMITES, EL BENEFICIARIO, Y NO EL ASEGURADOR, SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO DEL MONTO EN EXCESO. LOS LÍMITES DE MONTOS EN DÓLARES ESPECÍFICOS ESTÁN DESCRITOS EN ÉSTE RESUMEN DE BENEFICIOS.

Este material tiene sólo fines informativos y no constituye un contrato. Los planes de seguro contienen exclusiones y limitaciones. Los proveedores son contratistas independientes y no son agentes de Aetna. La participación de un proveedor puede cambiar sin aviso. Aetna no proporciona atención médica y por lo tanto no puede garantizar acceso a servicios médicos. No todos los servicios médicos están cubiertos. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, limitaciones y condiciones de cobertura. Las características del plan y disponibilidad pueden variar por ubicación. Aetna recibe descuentos de los fabricantes de medicamentos que se pueden tomar en cuenta al determinar el Listado de medicamentos preferidos de Aetna. Los descuentos no reducen la cantidad que el miembro paga por medicamentos cubiertos en la farmacia. Los programas de descuento proporcionan acceso a tarifas descontadas y no son beneficios asegurados. Este material está sujeto a cambios.

**Los planes de seguro están suscritos por Aetna Life Insurance Company.
Los planes están administrados por Strategic Resource Company (SRC).**

Para los residentes de OK, los formularios de póliza emitidos incluyen GR-9/GR-9N y GR-29/GR-29N.

Queremos que usted sepa®

