Katy Independent School District
Fecha de entrada en vigor: 1 de enero del 2027
Aetna Open Access® Aetna Select℠
Memorial Hermann ACO Plan

DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
ADMINISTRADO POR AETNA HEALTH INSURANCE COMPANY
CON FINANCIACIÓN PROPIA

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN	PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS
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.° de enero, a menos que se exija algo distinto. Consulte los documentos de su plan para obtener más información.	
Deducible (por año calendario)	$1,950 individual. $3,775 familiar.
A menos que se indique de otra manera, el deducible debe completarse antes de que puedan pagarse los beneficios. 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 no 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.	
Coseguro del miembro	20 %
Se aplica a todos los gastos, a menos que se especifique de otra manera.	
Límite de pago (por año calendario)	$4,700 individual. $9,200 familiar.
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 copagos y de los deducibles (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.	
Beneficio máximo de por vida	
Sin límite, excepto donde se indique lo contrario.	
Selección del médico de cuidado primario	Opcional.
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.
Designaciones dentro de la red: Para recibir cobertura al nivel de beneficios preferidos dentro de la red, debe recibir servicios de un proveedor de cuidado de salud designado. Si recibe cuidado de un proveedor no designado, es posible que se le brinde cobertura al nivel de beneficios fuera de la red o ningún tipo de cobertura.	
CUIDADO PREVENTIVO	**PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS**
Exámenes físicos de rutina para adultos y vacunas	Cobertura del 100 %; deducible eximido.
1 examen por año calendario	
Exámenes de rutina para niños sanos	Cobertura del 100 %; 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 por año calendario.	
Exámenes de cuidado ginecológico de rutina	Cobertura del 100 %; deducible eximido.
1 examen y prueba de PAP por año calendario, incluye costos asociados.	
Mamografías de rutina	Cobertura del 100 %; deducible eximido.

DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
ADMINISTRADO POR AETNA HEALTH INSURANCE COMPANY
CON FINANCIACIÓN PROPIA

Salud de la mujer	Cobertura del 100 %; deducible eximido.
Esto 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.
Se recomienda para hombres con cobertura, de 40 años de edad y mayores.	
Prueba de antígeno específico prostático	Cobertura del 100 %; deducible eximido.
Se recomienda para hombres con cobertura, de 40 años de edad y mayores.	
Examen para detectar cáncer colorrectal	Cobertura del 100 %; deducible eximido.
Se recomienda para todos los miembros de 45 años de edad y mayores.	
Exámenes de ojos preventivos	Sin cobertura.
Examen de audición de rutina	Cobertura del 100 %; deducible eximido.
1 examen de rutina cada 24 meses.	
SERVICIOS PRESTADOS POR UN MÉDICO	**DENTRO DE LA RED**
Visitas al consultorio del médico de cuidado primario elegido por el miembro	Copago de $10 por visita al consultorio.
Visitas al consultorio del especialista	Copago de $50 por visita al consultorio.
Incluye los servicios de un internista, médico general, médico de familia o pediatra si el profesional no es el médico de cuidado primario elegido por el miembro.	
Exámenes de audición de diagnóstico	20 % después del deducible.
Maternidad (cuidado prenatal)	Cobertura del 100 %; deducible eximido.
Pruebas de alergias	20 % después del deducible.
Inyecciones para tratar alergias	20 % después del deducible.
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO	**DENTRO DE LA RED**
Radiografías de diagnóstico	20 % 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 de laboratorio para diagnóstico	20 % 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 de diagnóstico por imágenes complejas	20 % 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	**PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS**
Clínicas sin cita previa	20 % después del deducible.
Proveedor de cuidado de urgencia	Copago de $75 por visita al consultorio.

DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
ADMINISTRADO POR AETNA HEALTH INSURANCE COMPANY
CON FINANCIACIÓN PROPIA

Uso no urgente de un proveedor de cuidado de urgencia	Sin cobertura.
Sala de emergencias	Copago de $500, eximido en caso de ingreso.
Cuidado que no es de emergencia en sala de emergencias	Sin cobertura.
Uso de emergencia de la ambulancia	Copago de $500.
Uso que no es de emergencia de la ambulancia	Sin cobertura.
CUIDADO EN HOSPITAL	**PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS**
Cobertura de internación El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación.	20 % después del deducible.
Cobertura de internación por maternidad (incluye cuidado para el parto y posparto) El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación.	20 % después del deducible.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios El costo compartido que paga el miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria.	20 % después del deducible.
Cirugía ambulatoria (hospital) El costo compartido que paga el miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria.	20 % después del deducible.
Cirugía ambulatoria (centro independiente) El costo compartido que paga el miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria.	20 % después del deducible.
SERVICIOS DE SALUD MENTAL	**PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS**
Servicios con internación El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación.	20 % después del deducible.
Visitas al consultorio por servicios de salud mental El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria.	Copago de $50 por visita al consultorio.
Otros servicios de salud mental	Copago de $50 por visita al consultorio.
ABUSO DE SUSTANCIAS	**PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS**
Servicios con internación El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación.	20 % después del deducible.
Centro residencial de tratamiento.	20 %; deducible eximido.
Visitas al consultorio por abuso de sustancias El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria.	Copago de $50 por visita al consultorio.
Otros servicios por abuso de sustancias	Copago de $50 por visita al consultorio.
OTROS SERVICIOS	**PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS**
Centro de enfermería especializada Limitado a 60 días por año. El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación.	20 % después del deducible.

DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
ADMINISTRADO POR AETNA HEALTH INSURANCE COMPANY
CON FINANCIACIÓN PROPIA

Cuidado de salud en el hogar Limitado a 100 visitas por año. 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.	20 % después del deducible.
Cuidado de hospicio (con internación) El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación.	20 % después del deducible.
Cuidado de hospicio (ambulatorio) El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria.	20 % después del deducible.
Rehabilitación ambulatoria a corto plazo Limitado a 60 visitas por año. Incluye terapias física, ocupacional y del habla.	20 % después del deducible.
Terapia de manipulación de la columna vertebral Limitado a 20 visitas por año.	20 % después del deducible.
Terapia física para enseñanza de habilidades	Copago de $50 por visita al consultorio.
Terapia ocupacional para enseñanza de habilidades	Copago de $50 por visita al consultorio.
Terapia del habla para enseñanza de habilidades	Copago de $50 por visita al consultorio.
Audífonos Limitado a 2 dispositivos cada 36 meses; cobertura hasta los 18 años de edad.	20 % después del deducible.
Terapia de salud conductual para casos de autismo Combinado con visitas ambulatorias por salud mental.	Consulte el beneficio de salud conductual en servicios ambulatorios para salud mental.
Análisis aplicado del comportamiento para casos de autismo Tiene igual cobertura que cualquier otro servicio ambulatorio para salud mental.	Consulte el beneficio de servicios ambulatorios de salud conductual en “Otros servicios”.
Terapia física para casos de autismo	Copago de $50 por visita al consultorio.
Terapia ocupacional para casos de autismo	Copago de $50 por visita al consultorio.
Terapia del habla para casos de autismo	Copago de $50 por visita al consultorio.
Equipo médico duradero	20 % después del deducible.
Ortopedia	20 % después del deducible. Excluye ortopedia para pies, calzado ortopédico y dispositivos ortopédicos para pies.
Suministros para diabéticos (si no están cubiertos como beneficio de farmacia)	Los suministros para diabéticos están cubiertos por HEB-MedImpact y no están cubiertos según el plan médico de AETNA, excepto medidores (glucómetros), bombas de insulina y suministros relacionados con las bombas. Los suministros relacionados con el glucómetro no son elegibles.
Anticonceptivos para mujeres exigidos por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act)	Cobertura del 100 %; deducible eximido.

DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
ADMINISTRADO POR AETNA HEALTH INSURANCE COMPANY
CON FINANCIACIÓN PROPIA

Medicamentos y dispositivos anticonceptivos para mujeres no disponibles en farmacias	Cobertura del 100 %; deducible eximido.
Terapia de infusión Administrada en el hogar o en el consultorio del médico	20 % después del deducible.
Terapia de infusión Suministrada en un departamento hospitalario para cuidado ambulatorio o en un centro independiente.	20 % después del deducible.
Trasplantes	20 % después del deducible. La cobertura preferida es brindada únicamente en un centro contratado Institutes of Excellence (IOE).
Cirugía bariátrica: (limitada a Institutes of Quality)	20 % después del deducible.

* Cobertura hasta un máximo de por vida de $15,000.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR	**PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS**
Tratamiento contra la esterilidad Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad subyacente solamente.	20 % después del deducible.
Servicios integrales para la esterilidad relativa Inseminación artificial e inducción de la ovulación: máximo de 6 sesiones.	20 % después del deducible.
Tecnología de reproducción asistida Fertilización in vitro, transferencia intrafalopiana de cigotos, transferencia intrafalopiana de gametos, transferencia de embriones criopreservados, inyección de esperma intracitoplasmática o microcirugía de óvulos.	Sin cobertura.
Vasectomía	El costo compartido se basa en el tipo de servicio y el lugar donde se presta.
Ligadura de trompas	Cobertura del 100 %; deducible eximido.

ESTIPULACIONES GENERALES

Elegibilidad para dependientes: Cónyuge, hijos desde el nacimiento hasta los 26 años de edad, sin importar su condición de estudiante. (Todo hijo dependiente que nazca mientras usted esté asegurado obtendrá seguro el día que nace si elige la cobertura para dependientes antes de los 31 días después de su nacimiento). Los nietos elegibles menores de 25 años de edad pueden obtener cobertura si proporciona los documentos necesarios. Consulte con su empleador cuáles son los documentos necesarios.

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 Health Inc. 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.

DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
ADMINISTRADO POR AETNA HEALTH INSURANCE COMPANY
CON FINANCIACIÓN PROPIA

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 de los planes pueden variar según la ubicación y están sujetas a cambios. 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 el acceso a los servicios de salud.
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 opciones adicionales adquiridas por su empleador.
• Todos los servicios médicos y hospitalarios que no estén específicamente cubiertos en los documentos del plan, o que han sido limitados o excluidos de este.
• Cirugía cosmética, incluida la reducción de senos.
• 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 los 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 de medicamentos con receta, y suministros y medicamentos de venta libre (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/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 podría recibir descuentos de algunos fabricantes de medicamentos.
Por lo general, dichos descuentos no reducen directamente el monto que un miembro paga a la farmacia por las recetas cubiertas.

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. Puede estar disponible la traducción de este material en otro idioma. Llame a Servicios al Cliente al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación.
Translation of the material into another language may be available. Please call Member Services at **1 -888982-3862.**

DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
ADMINISTRADO POR AETNA HEALTH INSURANCE COMPANY
CON FINANCIACIÓN PROPIA

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, ingrese 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.
© 2016 Aetna Inc.