# DISEÑO DEL PLAN

Nombre del cliente: Katy Independent School District

Fecha de entrada en vigor propuesta: 1 de enero del 2027

Nombre de la organización: Aetna

Katy Independent School District
Fecha de entrada en vigor: 1 de enero del 2027
HMO-KelseyCare
Aetna KelseyCare

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN**
**ADMINISTRADO POR AETNA HEALTH INC.**
**CON FINANCIACIÓN PROPIA**

| CARACTERÍSTICAS DEL PLAN | PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS |
|---|---|
| **Limitaciones de los beneficios:** Algunos servicios o suministros están sujetos a límites por año. Es posible que haya una cantidad máxima de visitas o días, o un límite en dólares por año. En esos casos, el año de beneficios comienza el 1 de enero (a menos que se indique lo contrario). Consulte los documentos de su plan para obtener más información. | |
| **Deducible** (por año calendario) | $1,950 individual.<br>$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 costos de los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para alcanzar el deducible. Consulte los documentos de su plan para obtener detalles.<br>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** | El 20 % se aplica a todos los gastos, a menos que se especifique de otra manera. |
| **Límite de desembolso** (por año calendario) | $4,700 individual.<br>$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 no se tienen en cuenta para el límite de desembolso.<br>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. | |
| **Máximo de por vida** | Sin límite, excepto donde se indique lo contrario. |
| **Selección del médico de cuidado primario** | Opcional. |
| **Requisitos de remisión** | Ninguno dentro de Kelsey; se requieren remisiones de Kelsey para especialistas externos. |
| **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 no se le brinde cobertura. | |

| CUIDADO PREVENTIVO | PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS |
|---|---|
| **Exámenes físicos de rutina para adultos y vacunas**<br>1 examen cada 12 meses. | Cobertura del 100 %, sin deducible. |
| **Exámenes de rutina para niños sanos**<br>• 7 exámenes en los primeros 12 meses.<br>• 3 exámenes desde los 13 hasta los 24 meses.<br>• 3 exámenes desde los 25 hasta los 36 meses.<br>• 1 examen cada 12 meses en lo sucesivo hasta los 22 años. | Cobertura del 100 %, sin deducible. |
| **Vacunas en la infancia** | Cobertura del 100 %, sin deducible. |
| **Exámenes de cuidado ginecológico de rutina**<br>1 examen y prueba de PAP por año, incluidos los costos relacionados. | Cobertura del 100 %, sin deducible. |
| **Examen para detectar cáncer de seno**<br>Se recomienda 1 por año para miembros mayores de 40 años de edad. | Cobertura del 100 %, sin deducible. |

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN**
**ADMINISTRADO POR AETNA HEALTH INC.**
**CON FINANCIACIÓN PROPIA**

| | |
|---|---|
| **Salud de la mujer** | Cobertura del 100 %, sin deducible. |
| 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 (anticonceptivos exigidos por la Ley de Cuidado de Salud Asequible [ACA], incluidos los anticonceptivos y los dispositivos que no se pueden obtener en una farmacia); procedimientos de esterilización (incluida la ligadura de trompas); educación y asesoramiento para el paciente. Pueden existir límites. | |
| **Maternidad (cuidado prenatal)** | Cobertura del 100 %, sin deducible. |
| **Examen de tacto rectal de rutina y prueba de antígeno específico prostático** | Cobertura del 100 %, sin deducible. |
| Se recomienda para miembros mayores de 40 años de edad. | |
| **Examen para detectar cáncer colorrectal** | Cobertura del 100 %, sin deducible. |
| Se recomienda para todos los miembros de 45 años de edad y mayores. Se aplica un límite de frecuencia. | |
| **Exámenes de ojos preventivos** | Sin cobertura. |
| **Examen de audición de rutina** | Cobertura del 100 %, sin deducible. |
| 1 examen de rutina cada 24 meses. | |
| **SERVICIOS PRESTADOS POR UN MÉDICO** | **PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS** |
| **Visitas al médico de cuidado primario** | Copago de $10 por visita al consultorio. |
| Incluye servicios de internista, médico general, médico de familia o pediatra. | |
| **Visitas al consultorio de un especialista** | Copago de $50 por visita al consultorio. |
| **Exámenes de audición de diagnóstico** | 20 % después del deducible. |
| **Clínicas sin cita previa** | 20 % después del deducible. |
| Las clínicas sin cita previa son centros de cuidado de salud independientes. Pueden encontrarse en una farmacia, una tienda de productos generales y de farmacia, un supermercado o en otra tienda al por menor y brindan cuidado y servicios médicos limitados.<br>Clínicas que no son sin cita previa: centros de cuidado de urgencia, salas de emergencias, el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital, centros de cirugía ambulatoria y consultorios médicos. | |
| **Pruebas de alergias** | 20 % después del deducible. |
| **Inyecciones para tratar alergias** | 20 % después del deducible. |
| **PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO** | **PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS** |
| **Radiografías de diagnóstico** (distintas de servicios de imágenes complejas) | Cobertura del 100 %. |
| 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** | Cobertura del 100 %. |
| 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
ADMINISTRADO POR AETNA HEALTH INC.
CON FINANCIACIÓN PROPIA**

| | |
|---|---|
| **Servicios de diagnóstico por imágenes complejas** | Copago de $500. |
| Cuando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio. | |
| **CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA** | **PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS** |
| **Proveedor de cuidado de urgencia**<br>Adultos e hijos dependientes desde los 19 años<br>Hijos dependientes hasta los 19 años | Copago de $75 por visita al consultorio. |
| **Uso no urgente de un proveedor de cuidado de urgencia** | Sin cobertura. |
| **Sala de emergencias**<br>Copago eximido si hay admisión. | Copago de $500. |
| **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** | 20 % después del deducible. |
| Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe. | |
| **Cobertura de internación por maternidad**<br>(incluye cuidado para el parto y posparto) | 20 % después del deducible. |
| Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe. | |
| **Cirugía ambulatoria (hospital)** | 20 % después del deducible. |
| El costo compartido que paga el miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria. | |
| **Cirugía ambulatoria (centro independiente)** | 20 % después del deducible. |
| El costo compartido que paga el miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria. | |
| **SERVICIOS DE SALUD MENTAL** | **PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS** |
| **Servicios con internación** | 20 % después del deducible. |
| Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe. | |
| **Visitas al consultorio por servicios de salud mental** | Copago de $50 por visita al consultorio. |
| **Otros servicios de salud mental** | Copago de $50 por visita al consultorio. |
| Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita. | |
| **ABUSO DE SUSTANCIAS** | **PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS** |
| **Servicios con internación** | 20 % después del deducible. |
| Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe. | |

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN**
**ADMINISTRADO POR AETNA HEALTH INC.**
**CON FINANCIACIÓN PROPIA**

| | |
|---|---|
| **Centro residencial de tratamiento** | 20 % después del deducible. |
| Cuando ingresa en un centro, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe. | |
| **Visitas al consultorio por abuso de sustancias** | Copago de $50 por visita al consultorio. |
| **Otros servicios por abuso de sustancias** | Copago de $50 por visita al consultorio. |
| Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita. | |
| **SERVICIOS DE TERAPIA** | **PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS** |
| **Terapia de manipulación de la columna vertebral** | 20 % después del deducible. |
| Limitado a 20 visitas por año. | |
| **Rehabilitación ambulatoria a corto plazo** | 20 % después del deducible. |
| Limitado a 60 visitas por año.<br>Incluye terapias física, ocupacional y del habla. | |
| **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. |
| **Terapia física relacionada con el autismo** | Copago de $50 por visita al consultorio. |
| **Terapia ocupacional relacionada con el autismo** | Copago de $50 por visita al consultorio. |
| **Terapia del habla relacionada con el autismo** | Copago de $50 por visita al consultorio. |
| **Terapia de salud conductual relacionada con el autismo** | Copago de $50 por visita al consultorio. |
| Estos beneficios se combinan con visitas de salud mental ambulatorias. | |
| **Análisis aplicado del comportamiento relacionado con el autismo** | Copago de $50 por visita al consultorio. |
| Sus beneficios para estos servicios son los mismos que cualquier otro beneficio de salud mental ambulatorio descrito en “Otros servicios”. | |
| **OTROS SERVICIOS** | **DENTRO DE LA RED** |
| **Centro de enfermería especializada** | 20 % después del deducible. |
| Limitado a 60 días por año.<br>Cuando ingresa en un centro, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe. | |
| **Cuidado de salud en el hogar** | 20 % después del deducible. |
| 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. | |
| **Cuidado de hospicio (con internación)** | 20 % después del deducible. |
| Cuando ingresa en un centro, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe. | |
| **Cuidado de hospicio (ambulatorio)** | 20 % después del deducible. |
| Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita. | |

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
ADMINISTRADO POR AETNA HEALTH INC.
CON FINANCIACIÓN PROPIA**

| | |
|---|---|
| **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. |
| **Terapia de infusión (en el domicilio o en el consultorio)** | 20 % después del deducible. |
| **Terapia de infusión (cuidado ambulatorio en hospital o centro independiente)** | 20 % después del deducible. |
| **Audífonos** | 20 % después del deducible (limitado a 2 dispositivos cada 36 meses; cobertura hasta los 18 años de edad). |
| **Trasplantes** | 20 % después del deducible.<br>La cobertura dentro de la red está disponible únicamente en un centro contratado Institutes of Excellence (IOE). |
| **Cirugía bariátrica: (limitada a Institutes of Quality)**<br>***** Cobertura hasta un máximo de por vida de $15,000.<br>El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación. | 20 % después del deducible. |
| **PLANIFICACIÓN FAMILIAR** | **PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS** |
| **Tratamiento contra la esterilidad**<br>Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad subyacente solamente. | 20 % después del deducible. |
| **Tecnología de reproducción asistida** | Sin cobertura. |
| **Servicios integrales para la esterilidad relativa**<br>Inseminación artificial e inducción de la ovulación: máximo de 6 sesiones. | 20 % después del deducible. |
| **Vasectomía** | El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe. |
| **Ligadura de trompas** | Cobertura del 100 %; deducible eximido. |
| **ESTIPULACIONES GENERALES** | |
| **Dependientes elegibles para participar en su plan** | Cónyuge, hijos desde el nacimiento hasta los 26 años de edad. No importa la condición de estudiante de los hijos. |
| **Exclusiones y limitaciones** | |

**Los planes de beneficios y de seguro de salud son ofrecidos o asegurados por Aetna Health Inc. Cada compañía de seguros tiene responsabilidad financiera exclusiva sobre sus propios productos.**

Este material solo tiene fines informativos. Los planes de beneficios 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 de los planes pueden variar según la ubicación y están sujetas a cambios.

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN**
**ADMINISTRADO POR AETNA HEALTH INC.**
**CON FINANCIACIÓN PROPIA**

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 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 a 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).
• 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.
• Ortopedia, excepto ortopedia diabética.
• 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 disfunción o insuficiencia sexuales, incluidos suministros, terapia, asesoramiento o medicamentos con receta.
• Servicio especial de enfermería.
• Terapias o rehabilitaciones distintas de las enumeradas como cubiertas.
• Tratamiento de trastornos conductuales.
• 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.

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.

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN**
**ADMINISTRADO POR AETNA HEALTH INC.**
**CON FINANCIACIÓN PROPIA**

**Si necesita la asistencia de un representante que hable su idioma, llame al número de Servicios al Cliente que figura en su tarjeta de identificación y se lo comunicará con la línea de idiomas, si es necesario. De lo contrario, puede llamar directamente al 1-888-982-3862 (140 idiomas disponibles; solicite un intérprete). TDD: 1-800-628-3323 (para personas con problemas de audición únicamente).**

**If you require language assistance, please call the member services number located on your ID card, and you will be connected with the language line if needed; or you may dial direct at 1-888-982-3862 (140 languages are available. You must ask for an interpreter). TDD 1-800-628-3323 (hearing impaired only).**

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.** Aunque creemos que este material es correcto en la fecha de elaboración, está sujeto a cambios.
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.

***** Este documento del plan le ofrece una descripción general de algunos de sus beneficios y obligaciones de costos compartidos. Esta información SOLO tiene fines ilustrativos. El presente no es un documento oficial y puede diferir de su Certificado de cobertura (COC), que es su documento oficial. Consulte su *COC* para obtener información sobre su cobertura, los servicios y las obligaciones por su parte.**

© 2021 Aetna Inc.