Katy Independent School District
Fecha de entrada en vigor: 1 de enero del 2027
Aetna Choice® POS II - ASC
Choice POS II Plan

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

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Limitaciones de los beneficios: Para los servicios o suministros que están sujetos a un máximo de visitas, días o límite en dólares por año, el año de beneficios comienza en la fecha de entrada en vigor del plan, a menos que se exija algo distinto. Consulte los documentos de su plan para obtener más información.		
Deducible (por año calendario)	$5,000 individual. $8,000 familiar.	$5,500 individual. $10,000 familiar.
Todos los gastos cubiertos se acumulan separadamente para el deducible dentro o fuera de la red. 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	30 %	50 %
Se aplica a todos los gastos, a menos que se especifique de otra manera.		
Límite de pago (por año calendario)	$8,000 individual. $14,000 familiar.	$11,000 individual. $22,000 familiar.
Todos los gastos cubiertos se acumulan separadamente para el límite de pago dentro o fuera de la red. 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. Los gastos de farmacia se aplican para 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.	No aplica.
Requisitos para la certificación		
Debe obtenerse certificación para ciertos tipos de cuidado fuera de la red con el fin de evitar una reducción en los beneficios pagados por dicho cuidado. Se requiere certificación para ingresos en hospitales, ingresos en centros de tratamiento, ingresos en centros de convalecencia, cuidado de salud en el hogar, cuidado de hospicio y servicio privado de enfermería; el monto excluido que se aplica separadamente a cada tipo de gasto es de $400 por ocurrencia.		
Requisitos de remisión	Ninguno.	Ninguno.
CUIDADO PREVENTIVO	**DENTRO DE LA RED**	**FUERA DE LA RED**
Exámenes físicos de rutina para adultos y vacunas 1 examen por año calendario	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Exámenes de rutina para niños sanos y vacunas	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
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 hasta los 22 años de edad.		
Exámenes de cuidado ginecológico de rutina	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
1 examen y prueba de PAP por año calendario, incluye costos asociados.		
Mamografías de rutina	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.

Propiedad exclusiva

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

Salud de la mujer	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del 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; procedimientos de esterilización; educación y asesoramiento de pacientes. Pueden existir limitaciones.		
Examen de tacto rectal de rutina	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Se recomienda para hombres con cobertura, de 40 años de edad y mayores.		
Prueba de antígeno específico prostático	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Se recomienda para todos los miembros de 45 años de edad y mayores.		
Examen para detectar cáncer colorrectal	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Se recomienda para todos los miembros de 45 años de edad y mayores.		
Exámenes de ojos preventivos	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Examen de audición de rutina 1 examen de rutina cada 24 meses.	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
SERVICIOS PRESTADOS POR UN MÉDICO	**DENTRO DE LA RED**	**FUERA DE LA RED**
Visitas al consultorio del médico de cuidado primario elegido por el miembro	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Visitas al consultorio del especialista	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
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	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Pruebas de alergias	30 % después del deducible.	El costo compartido se basa en el tipo de servicio y el lugar donde se presta.
Inyecciones para tratar alergias	30 % después del deducible.	El costo compartido se basa en el tipo de servicio y el lugar donde se presta.
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO	**DENTRO DE LA RED**	**FUERA DE LA RED**
Radiografías de diagnóstico (distintas de servicios de imágenes complejas)	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Si los estudios se realizan como parte de la visita al consultorio y son facturados por el médico, los gastos están cubiertos según el costo compartido que paga el miembro por la visita al consultorio.		
Servicios de laboratorio para diagnóstico	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Si los estudios se realizan como parte de la visita al consultorio y son facturados por el médico, los gastos están cubiertos según el costo compartido que paga el miembro por la visita al consultorio.		
Servicios de diagnóstico por imágenes complejas	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Si los estudios se realizan como parte de la visita al consultorio y son facturados por el médico, los gastos están cubiertos según el costo compartido que paga el miembro por la visita al consultorio.		

Propiedad exclusiva

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

CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Clínicas sin cita previa	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Proveedor de cuidado de urgencia	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Uso no urgente de un proveedor de cuidado de urgencia	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Sala de emergencias	50 % después de copago de $750, después del deducible (eximido si hay admisión).	Igual al cuidado dentro de la red.
Cuidado que no es de emergencia en sala de emergencias	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Uso de emergencia de la ambulancia	30 % después del deducible.	Igual al cuidado dentro de la red.
Uso que no es de emergencia de la ambulancia	Sin cobertura.	Sin cobertura.
CUIDADO EN HOSPITAL	**DENTRO DE LA RED**	**FUERA DE LA RED**
Cobertura de internación	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación.		
Cobertura de internación por maternidad (incluye cuidado para el parto y posparto)	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación.		
Gastos de cuidado ambulatorio en hospital	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria.		
Cirugía ambulatoria (hospital)	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria.		
Cirugía ambulatoria (centro independiente)	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria.		
SERVICIOS DE SALUD MENTAL	**DENTRO DE LA RED**	**FUERA DE LA RED**
Servicios con internación	25% después del deducible.	50 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación.		
Visitas al consultorio por servicios de salud mental	25% después del deducible.	50 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria.		
Otros servicios de salud mental	25% después del deducible.	50 % después del deducible.
ABUSO DE SUSTANCIAS	**DENTRO DE LA RED**	**FUERA DE LA RED**
Servicios con internación	25% después del deducible.	50 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación.		
Centro residencial de tratamiento.	25% después del deducible.	50 % después del deducible.
Visitas al consultorio por abuso de sustancias	25% después del deducible.	50 % después del deducible.
El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria.		
Otros servicios por abuso de sustancias	25% después del deducible.	50 % después del deducible.

Propiedad exclusiva

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

OTROS SERVICIOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Centro de enfermería especializada Limitado a 60 días por año calendario. El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación.	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Cuidado de salud en el hogar Limitado a 100 visitas por año calendario. El servicio de cuidado de salud en el hogar incluye servicio privado de enfermería. 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.	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Cuidado de hospicio (con internación) El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la internación.	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Cuidado de hospicio (ambulatorio) El costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante la visita ambulatoria.	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Terapia de manipulación de la columna vertebral Limitado a 20 visitas por año calendario.	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Rehabilitación ambulatoria a corto plazo Incluye terapias física, ocupacional y del habla, limitado a 60 visitas por año calendario.	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Terapia física para enseñanza de habilidades	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Terapia ocupacional para enseñanza de habilidades	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Terapia del habla para enseñanza de habilidades	30 % después del deducible.	50 % 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.	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”.	Consulte el beneficio de servicios ambulatorios de salud conductual en “Otros servicios”.
Terapia física para casos de autismo	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Terapia ocupacional para casos de autismo	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Terapia del habla para casos de autismo	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Equipo médico duradero	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Ortopedia Excluye ortopedia para pies, calzado ortopédico y dispositivos ortopédicos para pies.	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.

Propiedad exclusiva

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

Audífonos Limitado a 2 dispositivos cada 36 meses; cobertura hasta los 18 años de edad.	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
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.	50 % después del deducible.
Medicamentos y dispositivos anticonceptivos para mujeres no disponibles en farmacias	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.
Terapia de infusión Administrada en el hogar o en el consultorio del médico	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Terapia de infusión Suministrada en un departamento hospitalario para cuidado ambulatorio o en un centro independiente.	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Accesorios para la vista	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Trasplantes	30 % después del deducible. La cobertura preferida es brindada únicamente en un centro contratado Institutes of Excellence (IOE).	50 % después del deducible. La cobertura no preferida es brindada en un centro no IOE.
Cirugía bariátrica (limitada a Institutes of Quality)	30 % después del deducible.	Sin cobertura.

* 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	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Tratamiento contra la esterilidad Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad subyacente solamente.	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Servicios integrales para la esterilidad relativa Inseminación artificial e inducción de la ovulación: máximo de 6 sesiones.	30 % después del deducible.	50 % 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.	Sin cobertura.
Vasectomía	El costo compartido se basa en el tipo de servicio y el lugar donde se presta.	50 % después del deducible.
Ligadura de trompas	Cobertura del 100 %; deducible eximido.	50 % después del deducible.

Propiedad exclusiva

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

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.

Los planes son brindados por Aetna Life Insurance Company. Aunque creemos que esta información es precisa en la fecha en la que fue publicada, está sujeta a cambios.
Los planes de beneficios y de seguro de salud contienen exclusiones y limitaciones. No todos los servicios de salud están cubiertos. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura. Las características y la disponibilidad 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).
• 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.

Propiedad exclusiva

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

Aetna (o sus filiales) recibe descuentos de los fabricantes de medicamentos que se pueden tener en cuenta para determinar la Lista de medicamentos preferidos de Aetna. Es posible que los descuentos reduzcan el monto que un miembro paga a la farmacia por las recetas cubiertas. CVS Caremark® Mail Service Pharmacy es una farmacia con licencia subsidiaria de Aetna Inc., que opera a través de órdenes por correo. Los cargos negociados por Aetna con CVS Caremark® Mail Service Pharmacy pueden ser más altos que los costos que paga por los medicamentos y los costos de sus servicios de farmacia de órdenes por correo. Para estos efectos, el costo de comprar medicamentos de la farmacia tiene en cuenta descuentos, créditos y otros montos que pueda recibir de mayoristas, fabricantes, proveedores y distribuidores. En casos de emergencia, llame al 911 o a su número local para llamadas de emergencia, o diríjase directamente a un centro de cuidado de emergencia. Es posible que este material se encuentre disponible en otro idioma. Comuníquese con Servicios al Cliente, al **1-888-982-3862.** Translation of the material into another language may be available. Please call Member Services at **1-888982-3862.**
Las características y la disponibilidad del plan pueden variar según la ubicación y el tamaño del grupo. Para obtener más información sobre los planes de Aetna, 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.

Propiedad exclusiva