



**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN**  
**MÉDICO PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

<b>CUIDADO PREVENTIVO</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Exámenes físicos de rutina para adultos y vacunas</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	50 % después del deducible.
1 examen cada 12 meses hasta los 65 años de edad; luego 1 examen cada 12 meses después de los 65 años.		
<b>Exámenes de rutina para niños sanos y vacunas</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	50 % después del deducible.
• 7 exámenes en los primeros 12 meses. • 3 exámenes desde los 13 hasta los 24 meses. • 3 exámenes desde los 25 hasta los 36 meses. • 1 examen cada 12 meses en lo sucesivo hasta los 22 años.		
<b>Exámenes de cuidado ginecológico de rutina</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	50 % después del deducible.
1 examen y prueba de PAP por año, incluye costos asociados.		
<b>Mamografías de rutina</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	50 % después del deducible.
Se recomienda 1 por año para miembros mayores de 40 años de edad.		
<b>Salud de la mujer</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	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.		
También se incluye lo siguiente: métodos anticonceptivos (anticonceptivos exigidos por la 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.		
<b>Maternidad (cuidado prenatal)</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	50 % después del deducible.
<b>Examen de tacto rectal de rutina</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	50 % después del deducible.
Se recomienda para miembros mayores de 40 años de edad.		
<b>Prueba de antígeno específico prostático</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	50 % después del deducible.
Se recomienda para miembros mayores de 40 años de edad.		
<b>Examen para detectar cáncer colorrectal</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	50 % después del deducible.
Se recomienda para miembros mayores de 45 años de edad.		
<b>Exámenes completos de ojos de rutina</b>	Sin cobertura.	Sin cobertura.
<b>Examen de audición de rutina</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	50 % después del deducible.
<b>SERVICIOS PRESTADOS POR UN MÉDICO</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Visitas al consultorio de un médico no especialista</b>	Copago de \$40 por visita al consultorio, sin deducible.	50 % después del deducible.
Incluye servicios de internista, médico general, médico de familia o pediatra.		
<b>Visitas al consultorio de un especialista</b>	Copago de \$50 por visita al consultorio, sin deducible.	50 % después del deducible.
Incluye visitas a un naturópata.		
<b>Exámenes de audición</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	Sin cobertura.
1 examen de rutina cada 24 meses.		
<b>Clínicas sin cita previa</b>	Copago de \$40, sin deducible.	50 % después del deducible.
Las clínicas sin cita previa son centros de cuidado de salud independientes. Pueden estar ubicadas en una farmacia, supermercado u otra tienda de venta al por menor, y brindan cuidado y servicios médicos limitados.		
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.		

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN**  
**MÉDICO PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

<b>Pruebas de alergias</b>	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
<b>Inyecciones para tratar alergias</b>	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
<b>PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Radiografías de diagnóstico</b> (distintas de servicios de imágenes complejas)	Copago de \$35, sin deducible.	50 % después del deducible.
Cuando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio.		
<b>Servicios de laboratorio para diagnóstico</b>	Copago de \$35, sin deducible.	50 % después del deducible.
Cuando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio.		
<b>Servicios de diagnóstico por imágenes complejas</b>	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Cuando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio.		
<b>CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Proveedor de cuidado de urgencia</b>	Copago de \$60 por visita al consultorio, sin deducible.	50 % después del deducible.
<b>Uso no urgente de un proveedor de cuidado de urgencia</b>	Sin cobertura.	Sin cobertura.
<b>Sala de emergencias</b>	30 % después de copago de \$300, después del deducible.	Igual al cuidado dentro de la red.
Copago eximido si hay admisión.		
<b>Cuidado que no es de emergencia en sala de emergencias</b>	Sin cobertura.	Sin cobertura.
<b>Uso de emergencia de la ambulancia</b>	30 % después del deducible.	Igual al cuidado dentro de la red.
<b>Uso que no es de emergencia de la ambulancia</b>	Sin cobertura, a menos que sea médicalemente necesario para el transporte seguro.	Sin cobertura, a menos que sea médicalemente necesario para el transporte seguro.
<b>CUIDADO EN HOSPITAL</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Cobertura de internación</b>	30 % después del deducible.	50 % 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.		
<b>Cobertura de internación por maternidad</b> (Incluye cuidado para el parto y posparto)	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Cuando ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.		
<b>Cuidado ambulatorio en hospital</b>	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Cuando recibe cuidado ambulatorio en un hospital, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.		
<b>Cirugía ambulatoria (hospital)</b>	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Cuando recibe cuidado ambulatorio en un hospital, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.		

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN  
 MÉDICO PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

<b>Cirugía ambulatoria (centro independiente)</b>	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
---	-----------------------------	-----------------------------

Cuando recibe cuidado ambulatorio en un hospital, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.

<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
----------------------------------	-------------------------	------------------------

<b>Servicios con internación</b>	30 % después del deducible.	50 % 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.

<b>Visitas al consultorio por servicios de salud mental</b>	Copago de \$40, sin deducible.	50 % después del deducible.
---	--------------------------------	-----------------------------

<b>Otros servicios de salud mental</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	50 % 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.

<b>ABUSO DE SUSTANCIAS</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
----------------------------	-------------------------	------------------------

<b>Servicios con internación</b>	30 % después del deducible.	50 % 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.

<b>Centro residencial de tratamiento</b>	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
--	-----------------------------	-----------------------------

Si lo ingresan en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.

<b>Visitas al consultorio por abuso de sustancias</b>	Copago de \$40, sin deducible.	50 % después del deducible.
---	--------------------------------	-----------------------------

<b>Otros servicios por abuso de sustancias</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	50 % 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.

<b>SERVICIOS DE TERAPIA</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
-----------------------------	-------------------------	------------------------

<b>Terapia de manipulación de la columna vertebral</b>	Copago de \$50, sin deducible.	50 % después del deducible.
--	--------------------------------	-----------------------------

Limitado a 20 visitas por año.

<b>Rehabilitación ambulatoria a corto plazo</b>	Copago de \$50, sin deducible.	50 % después del deducible.
---	--------------------------------	-----------------------------

Limitado a 25 visitas por año.

Incluye masoterapia y terapias física, ocupacional y del habla.

<b>Terapia de desarrollo neurológico</b>	Copago de \$50, sin deducible.	50 % después del deducible.
--	--------------------------------	-----------------------------

<b>Terapia física para enseñanza de habilidades</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	50 % después del deducible.
---	-------------------------------------	-----------------------------

<b>Terapia ocupacional para enseñanza de habilidades</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	50 % después del deducible.
--	-------------------------------------	-----------------------------

<b>Terapia del habla para enseñanza de habilidades</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	50 % después del deducible.
--	-------------------------------------	-----------------------------

<b>Terapia física relacionada con el autismo</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	50 % después del deducible.
--	-------------------------------------	-----------------------------

<b>Terapia ocupacional relacionada con el autismo</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	50 % después del deducible.
---	-------------------------------------	-----------------------------

<b>Terapia del habla relacionada con el autismo</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	50 % después del deducible.
---	-------------------------------------	-----------------------------

<b>Terapia de salud emocional y psicológica relacionada con el autismo</b>	Copago de \$40, sin deducible.	50 % después del deducible.
--	--------------------------------	-----------------------------

Estos beneficios se combinan con visitas de salud mental ambulatorias.

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN  
 MÉDICO PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

**Análisis aplicado del comportamiento relacionado con el autismo** Cobertura del 100 %, sin deducible. 50 % después del deducible.

Sus beneficios para estos servicios son los mismos que cualquier otro beneficio de salud mental ambulatorio descrito en "Otros servicios".

<b>OTROS SERVICIOS</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Centro de enfermería especializada</b> Limitado a 120 días por año.	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Si lo ingresan en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.		
<b>Atención médica en el hogar</b> El servicio de cuidado de salud en el hogar incluye servicio privado de enfermería. Limitado a 3 visitas por día realizadas por el personal de una agencia de cuidado de salud en el hogar. 1 visita equivale a un período de 4 horas o menos.	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
<b>Cuidado de hospicio (con internación)</b> Si lo ingresan en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
<b>Cuidado de hospicio (ambulatorio)</b> Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
<b>Servicio privado de enfermería</b> Consideramos cada período de hasta 8 horas como un turno de servicio privado de enfermería.	Cubierto como parte de cuidado de salud en el hogar.	Cubierto como parte de cuidado de salud en el hogar.
<b>Equipo médico duradero</b>	50 % después del deducible.	50 % después del deducible.
<b>Suministros para diabéticos</b>		
• Si no están cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta.	Usted paga el costo compartido de la visita al médico de cuidado primario.	Usted paga el costo compartido de la visita al médico de cuidado primario.
• Si están cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta.	Usted paga el costo compartido de los medicamentos con receta aplicables.	Usted paga el costo compartido de los medicamentos con receta aplicables.
<b>Terapia de infusión (en el domicilio o en el consultorio)</b>	Copago de \$50, sin deducible.	50 % después del deducible.
<b>Terapia de infusión (cuidado ambulatorio en hospital o centro independiente)</b>	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
<b>Terapias génicas, celulares y otras terapias innovadoras (GCIT™)</b>	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe. Copago de \$50, sin deducible para medicamentos de terapia génica si corresponde. La cobertura dentro de la red es brindada únicamente en centros GCIT™ designados.	Sin cobertura.
<b>Audífonos</b> Limitado a \$3,000 por oído cada 36 meses.	Cobertura del 100 %, sin deducible.	50 % después del deducible.
<b>Trasplantes</b>	30 % después del deducible. La cobertura dentro de la red está disponible únicamente en un centro contratado Institutes of Excellence (IOE).	50 % después del deducible. La cobertura fuera de la red aplica cuando recibe servicios en un centro no IOE. En este caso, pagará más dinero de su bolsillo.
<b>Cirugía bariátrica</b>	Sin cobertura.	Sin cobertura.
<b>Acupuntura</b> Limitado a 20 visitas por año.	Copago de \$40, sin deducible.	50 % después del deducible.



Hospitality Industry Health Insurance Trust AHP  
Fecha de entrada en vigor propuesta: 1 de enero del 2026  
Open Choice® PPO (Washington)  
WA26 PPO 5000 70/50 DME50 LXCP RX3

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN  
MÉDICO PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

<b>Trastorno de la articulación temporomandibular</b> Incluye la cobertura del tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para el trastorno de la articulación temporomandibular.	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
<b>Otros proveedores con licencia (incluido cuidado alternativo)</b>	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo recibe.	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo recibe.
<b>PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Esterilidad básica</b>	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
Tiene cobertura para la inseminación artificial y el diagnóstico y el tratamiento de la causa subyacente de la esterilidad.		
<b>Tecnología de reproducción asistida</b>	Sin cobertura.	Sin cobertura.
<b>Preservación de la fertilidad</b>	Sin cobertura.	Sin cobertura.
<b>Vasectomía</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	50 % después del deducible.
<b>Ligadura de trompas</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	50 % después del deducible.
<b>FARMACIA</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Tipo de plan de farmacia</b>	Plan Advanced Control de Aetna	
<b>Límite de desembolso para medicamentos con receta</b>	Los gastos de medicamentos con receta se aplican al límite de desembolso médico.	
<b>Medicamentos genéricos</b>		
<b>Al por menor</b>	Copago de \$15.	40 % del costo presentado después del costo compartido aplicable dentro de la red.
<b>Orden por correo</b>	Copago de \$30.	No se aplica.
<b>Medicamentos de marca preferidos</b>		
<b>Al por menor</b>	Copago de \$35.	40 % del costo presentado después del costo compartido aplicable dentro de la red.
<b>Orden por correo</b>	Copago de \$70.	No se aplica.
<b>Medicamentos de marca y genéricos no preferidos</b>		
<b>Al por menor</b>	Copago de \$60.	40 % del costo presentado después del costo compartido aplicable dentro de la red.
<b>Orden por correo</b>	Copago de \$120.	No se aplica.
<b>Medicamentos de especialidad</b>		
<b>Medicamentos de especialidad preferidos</b>	30 % Máximo de \$150.	40 % del costo presentado después del costo compartido aplicable dentro de la red.
<b>Medicamentos de especialidad no preferidos</b>	30 % Máximo de \$150.	40 % del costo presentado después del costo compartido aplicable dentro de la red.

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN  
MÉDICO PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

**Farmacia (requisitos y días de suministro)**

**Al por menor** Puede obtener un suministro de hasta 30 días de la red nacional de Aetna.

**Elección obligatoria para medicamentos de mantenimiento** Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos con receta que suelen usarse para tratar enfermedades que requieren su uso diario y regular. Si toma un medicamento de mantenimiento, puede obtenerlo 2 veces al por menor.

Luego, debe obtener un suministro de 31 a 90 días de medicamentos de mantenimiento en CVS Caremark® Mail Service Pharmacy, un proveedor de farmacia de la red designado o CVS Pharmacy®.

Si no lo hace, deberá pagar el 100 % del costo del medicamento.

**Exclusión voluntaria** Debe notificarnos si quiere seguir abasteciendo sus recetas en una farmacia de venta al por menor de la red. Para hacerlo, llame al número que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

**Especialidad** Puede obtener un suministro de medicamentos de especialidad de hasta 30 días.

Puede abastecer su primera receta en cualquier farmacia al por menor o de especialidad. Posteriormente, todas las demás recetas deben abastecerse a través de nuestra red preferida de farmacias de especialidad. Lista para asegurados de Aetna del *Formulario* del plan Advanced Control de Aetna.

**El plan de medicamentos con receta también incluye lo siguiente:**

- Suministros para diabéticos.
- Copago máximo de \$25 por abastecimiento de un suministro de 30 días de insulina incluida en el *Formulario*. Copago máximo de \$35 por abastecimiento de un suministro de 30 días para insulina no incluida en el *Formulario*.
- Copago máximo de \$17 por autoinyector de epinefrina. Copago máximo de \$35 por abastecimiento de un suministro de 30 días para inhalador para el asma.
- Una lista limitada de medicamentos sin receta si se obtienen a través de una receta.

**Planificación familiar**

- Se incluyen medicamentos orales para la fertilidad.
- Anticonceptivos: se incluye un suministro para 12 meses.

**Lo siguiente tiene cobertura del 100 % dentro de la red:**

- Medicamentos quimioterapéuticos orales.
- Vacunas estacionales.
- Vacunas preventivas.
- Medicamentos preventivos que cumplen con los requisitos según la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) y anticonceptivos, incluidos también condones masculinos.

Visite [Aetna.com](http://Aetna.com) para obtener una lista completa de los medicamentos con receta elegibles.

**Requisitos de precertificación**

Algunos medicamentos con receta cubiertos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos.

Algunos medicamentos con receta cubiertos requieren terapia escalonada antes de que los cubramos. Con la terapia escalonada, debe probar primero 1 o más medicamentos antes de que paguemos el medicamento en cuestión.

Para obtener la información más actualizada sobre los requisitos de precertificación y la lista de medicamentos que requieren terapia escalonada, consulte los documentos de su plan o visite el sitio web para miembros.

**Elija genéricos haciendo caso omiso de la leyenda “Entregar tal como se prescribe” (DAW):** A veces, su médico puede afirmar que usted necesita un medicamento con receta de marca aun cuando hay un genérico disponible. Si es así, usted pagará el copago del medicamento de marca. Si solicita un medicamento con receta de marca cuando existe un equivalente genérico, paga el copago aplicable más la diferencia entre el precio del genérico y el del producto de marca.

**ESTIPULACIONES GENERALES**

**Dependientes elegibles para participar en su plan**

Cónyuge, hijos desde el nacimiento hasta los 26 años de edad, sin importar su estado estudiantil.



Hospitality Industry Health Insurance Trust AHP  
Fecha de entrada en vigor propuesta: 1 de enero del 2026  
Open Choice® PPO (Washington)  
WA26 PPO 5000 70/50 DME50 LXCP RX3

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN  
MÉDICO PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

\*\* Cubrimos el costo de los servicios según los médicos brinden servicios dentro o fuera de la red. Queremos ayudarlo a comprender cuánto pagamos por su cuidado fuera de la red. Asimismo, queremos aclararle cuánto más deberá pagar por la atención fuera de la red.

Usted puede elegir un proveedor (médico u hospital) de nuestra red o visitar a un proveedor fuera de la red. Si elige un médico fuera de la red, su plan de salud puede pagar parte de la factura del profesional. En la mayoría de los casos, usted pagará mucho más dinero de su bolsillo si elige visitar a un médico u hospital que no pertenecen a la red.

Cuando usted elige el cuidado fuera de la red, limitamos el monto que paga el plan. Este límite se denomina "monto reconocido" o "monto permitido".

- Para médicos y otros profesionales, el monto está basado en lo que paga Medicare por esos servicios. El Gobierno establece la tarifa de Medicare. La cantidad exacta que reconocemos depende del plan que usted o su empleador elijan.

- Para hospitales y otros centros, el monto está basado en lo que paga Medicare por esos servicios. El Gobierno establece la tarifa de Medicare. La cantidad exacta que reconocemos depende del plan que usted o su empleador elijan.

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.

Usted puede evitar estos costos adicionales si recibe cuidado de los proveedores del cuidado de la salud que forman parte de la amplia red de Aetna. Visite [www.aetna.com](http://www.aetna.com) y haga clic en "Find a Doctor" (Buscar un médico) en el lado izquierdo de la página. Si ya es miembro, ingrese en Navigator, el sitio web para miembros.

Lo anterior tiene aplicación cuando usted elige recibir cuidado fuera de la red. En caso de que no tenga opción (por ejemplo, en una visita a la sala de emergencias después de un accidente en automóvil o para recibir otros servicios de emergencia), pagaremos la factura como si hubiera recibido cuidado dentro de la red. Usted paga el costo compartido y los deducibles que corresponden a su nivel de beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros si el proveedor le solicita que pague un costo mayor. Más allá de su costo compartido y sus deducibles, usted no es responsable de ningún saldo pendiente facturado por sus proveedores en relación con servicios de emergencia.

Esta manera de pagar a los médicos y hospitales fuera de la red aplica cuando usted elige recibir cuidado fuera de la red. En caso de que usted no tenga opción (por ejemplo, en una visita a la sala de emergencias después de un accidente en automóvil), pagaremos la factura como si hubiera recibido cuidado dentro de la red. Usted paga los copagos y los deducibles del plan que corresponden a su nivel de beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros si el proveedor le solicita que pague un costo mayor. Más allá de sus copagos y sus deducibles, usted no es responsable de ningún saldo pendiente facturado por sus proveedores en relación con servicios de emergencia.

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.

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 del plan 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 acceso a servicios de salud.



Hospitality Industry Health Insurance Trust AHP  
Fecha de entrada en vigor propuesta: 1 de enero del 2026  
Open Choice® PPO (Washington)  
WA26 PPO 5000 70/50 DME50 LXCP RX3

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN  
MÉDICO PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

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 cláusulas 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 de custodia.
- Cuidado dental y radiografías dentales.
- Extracción de ovocitos a donante.
- Procedimientos experimentales y en investigación (excepto para la cobertura de los costos de la atención médica necesaria 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 médicaamente necesarias o indicadas.
- Medicamentos implantables y ciertos medicamentos inyectables, incluidos medicamentos inyectables para la infertilidad.
- Servicios para tratar la esterilidad, incluida la inseminación artificial y tecnología de reproducción asistida (como fertilización *in vitro*, transferencia intrafallopiana de cigotos, transferencia intrafallopiana 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 médicaamente innecesarios.
- Medicamentos con receta en casos ambulatorios (excepto para el tratamiento de la diabetes), a menos que estén cubiertos por una cláusula adicional sobre la cobertura de medicamentos con receta, y suministros y medicamentos sin receta (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, consejería 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 o 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.

Es posible que este material se encuentre disponible en otro idioma. Llame a Servicios al Cliente al número que aparece al dorso de su tarjeta de identificación.

Translation of the material into another language may be available. Please call Member Services at **1-888-982-3862**.

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, consulte en [www.aetna.com](http://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.

**\*\*\* 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.**