



Este es solo un resumen. Si desea obtener más información sobre la cobertura y los precios, consulte los documentos del plan o los términos completos de la póliza en <http://www.aetnastudenthealth.com/santabarbaraext> o llamando al 1-877-480-4161.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible general?	Proveedores preferidos: \$100 por año de la póliza. Proveedores no preferidos: \$200 por año de la póliza. No se aplica a cuidado preventivo preferido, ni a servicios pediátricos dentales preferidos ni a servicios pediátricos de la vista preferidos y no preferidos; tampoco se aplica a tratamientos realizados en el campus del Centro de Salud Estudiantil o con remisión del centro para proveedores preferidos y no preferidos.	Usted debe pagar todos los costos hasta alcanzar el monto del deducible antes de que el plan comience a pagar los servicios cubiertos que usted use. Consulte los documentos del plan o la póliza para averiguar cuándo tiene que pagar nuevamente el deducible (por lo general, pero no siempre, el 1.º de enero). Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos después de haber alcanzado el deducible .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar deducibles para servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los precios de otros servicios cubiertos por el plan.
¿Hay un límite de gastos de bolsillo ?	Sí, para cuidado preferido y no preferido combinados: individuo \$6,350 /familia \$12,700 por año de la póliza.	El límite de gastos de bolsillo es la cantidad máxima que usted pagará como su parte del costo por los servicios cubiertos durante el período de cobertura (por lo general, un año). Este límite le permite planificar sus gastos médicos.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el límite de gastos de bolsillo ?	Sanciones, primas, cargos del saldo de facturación y atención médica que este plan no cubre.	Si bien usted paga dichos gastos, estos no se tendrán en cuenta para el límite de gastos de bolsillo .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.	El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de cobertura del plan para servicios cubiertos <i>específicos</i> , como los límites a la cantidad de consultas médicas.
¿Tiene este plan una red de proveedores ?	Sí. Para obtener una lista de los proveedores preferidos , visite http://www.aetnastudenthealth.com/santabarbaraext o llame al 1-877-480-4161 .	Si usted se atiende con médicos u otros proveedores de la red, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red podrían usar algún proveedor que no pertenezca a la red para algunos servicios. Los planes usan términos como dentro de la red, preferido o participante para referirse a los proveedores de la red . Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cómo le paga este plan a sus distintos proveedores .
¿Necesito una remisión para consultar a un especialista ?	Sí, consulte el <i>Resumen de beneficios</i> completo del plan para obtener más detalles.	Este plan pagará algunos o todos los costos de las consultas a un especialista para los servicios cubiertos únicamente si obtiene el permiso del plan antes de consultar al especialista .
¿Hay servicios que este plan no cubre?	Sí.	Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 5. Consulte los documentos del plan o la póliza para obtener información adicional sobre los servicios excluidos .

Preguntas: Llame al 1-877-480-4161 o visite <http://www.aetnastudenthealth.com/santabarbaraext>.

090500-020020-063732

Si no entiende alguno de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el glosario en www.healthreformplanSBC.com o llame al 1-877-480-4161 y solicite una copia.



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente en el momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su **coseguro** será el 20 % de esa cantidad, es decir, \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red le cobra más que la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, si en un hospital fuera de la red le cobran \$1,500 por pasar la noche internado, y la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**).
- El plan puede animarlo a que use **proveedores preferidos** al cobrarle **deducibles**, **copagos** y **coseguro** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usa proveedores preferidos	Sus costos si usa proveedores no preferidos	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o el consultorio del proveedor médico	Consulta de cuidado primario para tratar una lesión o enfermedad	0 % de coseguro	50 % de coseguro	----- ninguna -----
	Consulta con un especialista	0 % de coseguro	50 % de coseguro	----- ninguna -----
	Consulta con otro proveedor de la salud	0 % de coseguro	50 % de coseguro	Se refiere a los cuidados quiroprácticos y de acupuntura.
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	Sin cargo	50 % de coseguro	----- ninguna -----
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	0 % de coseguro	50 % de coseguro	----- ninguna -----
	Imágenes (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	0 % de coseguro	50 % de coseguro	No se aplica el deducible anual si el servicio se brinda en la sala de emergencias.
Si necesita medicamentos para el tratamiento de una enfermedad o afección	Medicamentos genéricos	\$10 de copago por medicamento recetado (al por menor)	50 % de coseguro	Cubre un suministro de hasta 30 días (al por menor).
	Medicamentos de marca preferidos	\$35 de copago por medicamento recetado (al por menor)	50 % de coseguro	

Preguntas: Llame al 1-877-480-4161 o visite <http://www.aetnastudenthealth.com/santabarbaraext>.

090500-020020-063732

Si no entiende alguno de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el glosario en www.healthreformplanSBC.com o llame al 1-877-480-4161 y solicite una copia.

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura de: Familia | **Tipo de plan:** PPO

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usa proveedores preferidos	Sus costos si usa proveedores no preferidos	Limitaciones y excepciones
Puede encontrar más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en www.aetna.com/formulary .	Medicamentos de marca no preferidos	\$50 de copago por medicamento recetado (al por menor)	50 % de coseguro	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	0 % de coseguro	50 % de coseguro	----- ninguna -----
	Tarifa del médico/cirujano	0 % de coseguro	50 % de coseguro	----- ninguna -----
Si necesita atención médica inmediata	Servicios de la sala de emergencias	\$75 de copago por consulta, 0 % de coseguro	\$75 de copago por consulta, 0 % de coseguro	El copago no se aplica en caso de hospitalización.
	Traslado médico de emergencia	0 % de coseguro	0 % de coseguro	----- ninguna -----
	Cuidado urgente	\$25 de copago por consulta, 0 % de coseguro	\$25 de copago por consulta, 50 % de coseguro	----- ninguna -----
Si lo admiten en un hospital	Arancel del hospital (p. ej., habitación)	0 % de coseguro	50 % de coseguro	Se requiere precertificación.
	Tarifa del médico/cirujano	0 % de coseguro	50 % de coseguro	----- ninguna -----
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental/de la conducta	0 % de coseguro	0 % de coseguro	----- ninguna -----
	Servicios de salud mental/de la conducta para pacientes internados	0 % de coseguro	50 % de coseguro	Se requiere precertificación.
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	0 % de coseguro	0 % de coseguro	----- ninguna -----
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	0 % de coseguro	50 % de coseguro	Se requiere precertificación.

Preguntas: Llame al 1-877-480-4161 o visite <http://www.aetnastudenthealth.com/santabarbaraext>.

090500-020020-063732

Si no entiende alguno de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el glosario en www.healthreformplanSBC.com o llame al 1-877-480-4161 y solicite una copia.

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura de: Familia | Tipo de plan: PPO

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usa proveedores preferidos	Sus costos si usa proveedores no preferidos	Limitaciones y excepciones
Si está embarazada	Cuidados prenatales y posparto	Cuidados prenatales y posparto: 0 % de coseguro Diagnóstico: 0 % de coseguro	Cuidados prenatales y posparto: 50 % de coseguro Diagnóstico: 50 % de coseguro	----- ninguna -----
	Parto y todos los servicios de internación	0 % de coseguro	50 % de coseguro	Se requiere precertificación para todos los cuidados de maternidad y del recién nacido durante la internación luego de las primeras 48 horas para parto vaginal o 96 horas para cesárea.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	0 % de coseguro	50 % de coseguro	----- ninguna -----
	Servicios de rehabilitación	0 % de coseguro	50 % de coseguro	Se refiere a la terapia física, ocupacional y del habla.
	Servicios de recuperación de las habilidades	0 % de coseguro	50 % de coseguro	Se refiere a la terapia física, ocupacional y del habla.
	Cuidado de enfermería especializado	0 % de coseguro	50 % de coseguro	----- ninguna -----
	Equipo médico duradero	0 % de coseguro	50 % de coseguro	----- ninguna -----
	Cuidado de hospicio	0 % de coseguro	50 % de coseguro	----- ninguna -----
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	Sin cargo	0 % de coseguro	Hasta finalizar el mes en el que el miembro cumple los 19 años de edad
	Anteojos	Sin cargo	0 % de coseguro	Hasta finalizar el mes en el que el miembro cumple los 19 años de edad
	Consulta dental	Sin cargo	0 % de coseguro	Hasta finalizar el mes en el que el miembro cumple los 19 años de edad

Preguntas: Llame al 1-877-480-4161 o visite <http://www.aetnastudenthealth.com/santabarbaraext>.

090500-020020-063732

Si no entiende alguno de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el glosario en www.healthreformplanSBC.com o llame al 1-877-480-4161 y solicite una copia.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan o la póliza para obtener información sobre otros servicios excluidos).

- Cirugía plástica.
- Tratamiento dental (adultos).
- Audífonos.
- Tratamiento para la infertilidad (salvo los cargos del médico para el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la causa médica subyacente).
- Cuidado a largo plazo.
- Cuidado de enfermería particular.
- Tratamiento de rutina para la vista (adultos).
- Cuidado de rutina para los pies.
- Programas para la pérdida de peso.

Otros servicios cubiertos (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan o la póliza para otros servicios cubiertos y sus precios).

- Acupuntura.
- Cirugía bariátrica.
- Cuidado quiropráctico.
- Cuidados que no son de emergencia para viajes fuera de los EE. UU.

Su derecho a continuar con la cobertura:

Las leyes federales y estatales pueden brindar protección que le permitirá mantener la cobertura médica siempre y cuando pague la **prima**. Sin embargo, se exceptúan los siguientes casos:

- Usted comete fraude.
- La aseguradora deja de brindar servicios en el estado.
- Usted se muda fuera del área de cobertura.

Para obtener más información sobre su derecho a continuar con la cobertura, comuníquese con la aseguradora al **1-877-480-4161**. Además, puede comunicarse con el Departamento de Seguros Estatal: California Department of Insurance, Consumer Communications Bureau Health Unit, 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013, **1-800-927-HELP (4357)**, **1-800-482-4833 TDD**, <http://www.insurance.ca.gov>.

Preguntas: Llame al 1-877-480-4161 o visite <http://www.aetnastudenthealth.com/santabarbaraext>.

Si no entiende alguno de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el glosario en www.healthreformplanSBC.com o llame al 1-877-480-4161 y solicite una copia.

090500-020020-063732

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan en relación con reclamos, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos o este aviso, o necesita ayuda, comuníquese con Aetna llamando al **1-877-480-4161**. Además, puede comunicarse con el Departamento de Seguros Estatal: California Department of Insurance, Consumer Communications Bureau Health Unit, 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013, **1-800-927-HELP (4357)**, **1-800-482-4833 TDD**, <http://www.insurance.ca.gov>. Asimismo, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con el Departamento de Seguros de California a la información de contacto que figura anteriormente.

¿Brinda esta cobertura una cobertura mínima esencial?

La Affordable Care Act (Ley de Cuidado de Salud Asequible) exige que la mayoría de las personas tenga una cobertura de cuidado de la salud que califique como una “cobertura mínima esencial”. **Este plan o esta póliza brinda una cobertura mínima esencial.**

¿Cumple esta cobertura con el estándar de valor mínimo?

La Affordable Care Act (Ley de Cuidado de Salud Asequible) establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan de salud. El estándar de valor mínimo es del 60 % (valor actuarial). **Esta cobertura de salud cumple con el estándar de valor mínimo para los beneficios que ofrece.**

Servicios de idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al **1-877-480-4161**.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **1-877-480-4161**.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码**1-877-480-4161**.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' **1-877-480-4161**.

-----*Para ver ejemplos sobre cómo este plan paga los servicios en una situación médica específica, consulte la página siguiente.*-----

Preguntas: Llame al **1-877-480-4161** o visite <http://www.aetnastudenthealth.com/santabarbaraext>.

Si no entiende alguno de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el glosario en www.healthreformplanSBC.com o llame al **1-877-480-4161** y solicite una copia.

090500-020020-063732

Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo el plan cubriría los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



Esta no es una herramienta de cálculo de costos.

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos de los mencionados en estos ejemplos.

Para obtener información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento (parto normal)

- El proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga: \$7,230
- El paciente paga: \$310

Ejemplo de los costos:

Costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
Costo del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos recetados	\$200
Radiología	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$100
Copagos	\$10
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$200
Total	\$310

Control de la diabetes tipo 2

(control rutinario de la enfermedad bien controlada)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$4,820
- El paciente paga: \$580

Ejemplo de los costos:

Medicamentos recetados	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas en el consultorio y procedimientos médicos	\$700
Educación sobre el cuidado	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$100
Copagos	\$400
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$580

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura mencionados:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y no son específicos para una zona geográfica ni un plan de salud en particular.
- La afección del paciente no era una enfermedad excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos de bolsillo están basados solamente en el tratamiento de la afección mencionada en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo de cobertura?

En cada ejemplo, usted verá cómo suman los **deducibles**, los **copagos** y el **coseguro**. También podrá ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque los servicios o tratamientos no están cubiertos, o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo de cobertura mis propias necesidades?

- ✗ **No.** Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta afección tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

- ✗ **No.** Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su afección. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio de los **proveedores** y del reembolso que autorice su plan de salud.

¿Puedo usar los ejemplos de cobertura para comparar los planes?

- ✓ **Sí.** Cuando usted consulte el *Resumen de beneficios y cobertura* de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “El paciente paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

- ✓ **Sí.** Un costo importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima**, mayores serán los gastos de bolsillo, como **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), los Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que lo ayudan con los gastos de bolsillo.

Aetna cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina, excluye o trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Aetna brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas discapacitadas y a quienes necesitan asistencia lingüística.

Si necesita intérpretes calificados, información escrita en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al 877-480-4161.

Si considera que no le hemos brindado estos servicios o que lo hemos discriminado por algún motivo mencionado anteriormente, también puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles:

Civil Rights Coordinator,

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes HMO de California: P.O. Box 24030 Fresno, CA 93779),

1-800-648-7817, TTY: 711,

Fax: 859-425-3379 (clientes HMO de California: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja sobre los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. ingresando en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede hacerlo por correo postal o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

TTY: 711

Si necesita asistencia lingüística en su idioma llame sin costo al 877-480-4161. (English)

Para obtener asistencia lingüística en español, llame sin cargo al 877-480-4161. (Español)

欲取得繁體中文語言協助，請撥打877-480-4161，無需付費。(Chinese)

Pour une assistance linguistique en français appeler le 877-480-4161 sans frais. (French)

Para sa tulong sa wika na nasa Tagalog, tawagan ang 877-480-4161 nang walang bayad. (Tagalog)

Benötigen Sie Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache? Rufen Sie uns kostenlos unter der Nummer 877-480-4161 an. (German)

للمساعدة في (اللغة العربية)، الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 877-480-4161. (Arabic)

Pou jwenn asistans nan lang Kreyòl Ayisyen, rele nimewo 877-480-4161 gratis. (French Creole)

Per ricevere assistenza linguistica in italiano, può chiamare gratuitamente 877-480-4161. (Italian)

日本語で援助をご希望の方は、877-480-4161 まで無料でお電話ください。(Japanese)

한국어로 언어 지원을 받고 싶으시면 무료 통화번호인 877-480-4161 번으로 전화해 주십시오. (Korean)

برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 877-480-4161 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. انگلیسی (Persian)

Aby uzyskać pomoc w języku polskim, zadzwoń bezpłatnie pod numer 877-480-4161. (Polish)

Para obter assistência linguística em português ligue para o 877-480-4161 gratuitamente. (Portuguese)

Чтобы получить помощь русскоязычного переводчика, позвоните по бесплатному номеру 877-480-4161. (Russian)

Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng (ngôn ngữ), hãy gọi miễn phí đến số 877-480-4161. (Vietnamese)