

<b>PPO 2500</b>		
<b>BENEFICIOS DEL MIEMBRO</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red+</b>
Deducible individual/familiar	\$2,500/\$5,000	\$5,000/\$10,000
Coseguro	30%	50%
Máximo desembolso (incluye deducible) individual/familiar	\$7,000/\$14,000	\$12,500/\$25,000
Máximo de por vida*	\$5,000,000	\$5,000,000
Visita al consultorio de no especialista (Médico general, médico de familia, pediatra o internista)	Copago de \$30 (deducible exonerado)	50%
Visita a especialista	Copago de \$40 (deducible exonerado)	50%
Admisión en hospital	30%	50%
Cirugía ambulatoria	30%	50%
Sala de emergencias	Copago de \$100 (exonerado si hay admisión); coseguro de 30%	Copago de \$100 (exonerado si hay admisión); coseguro de 30%
Examen ginecológico anual de rutina (Papanicolaou/mamografía anual)	0% (deducible exonerado)	50%
Visitas al obstetra por maternidad	No está cubierto	No está cubierto
Salud preventiva (examen físico anual) (\$200 por año calendario*)	Copago de \$30 (deducible exonerado)	50%
Laboratorio/Rayos X	30%	50%
Centro de enfermería especializada (en lugar de hospital) (30 días por año calendario*)	30%	50%
Terapia física/ocupacional y atención de quiropráctico (24 visitas por año calendario*)	30% (Aetna pagará un máximo de \$25 por visita)	50% (Aetna pagará un máximo de \$25 por visita)
Atención domiciliaria (30 visitas por año calendario*)	30%	50%
<b>FARMACIA</b>		
Deducible de farmacia	\$500 (no aplica a genéricos)	\$500 (no aplica a genéricos)
Copago por genéricos (Contraceptivos incluidos)	Copago de \$15	Copago de \$15 más 50%
Copago preferido para medicamentos de marca (Contraceptivos incluidos)	Copago de \$30 después del deducible	Copago de \$30 más 50% después del deducible
Copago no preferido para medicamentos de marca (Contraceptivos incluidos)	Copago de \$50 después del deducible	Copago de \$50 más 50% después del deducible
Máximo por año calendario por individuo*	Sin límite	Sin límite

\*El máximo se aplica a los beneficios combinados dentro y fuera de la red.

+Los pagos por atención en instalaciones fuera de la red de cobertura se determinan en base al Programa de Cargos Permisibles de Aetna. Los pagos por otro tipo de atención fuera de la red de cobertura se determinan en base al cargo negociado que correspondería si tales servicios o suministros fueran recibidos de un proveedor preferido.

Para ver la lista completa de la cobertura de beneficios y de las exclusiones, consulte los documentos del plan.

