

Beneficios y planes de salud de calidad
Vida más saludable
Bienestar económico
Soluciones inteligentes



Aetna Student HealthSM

Diseño del plan y resumen de beneficios

OA Elect Choice EPO

Pacific Union College

Año de póliza: 2020-2021
Número de póliza: 686137
www.aetnastudenthealth.com
(877) 480-4161



Esta es una breve descripción del plan de salud para estudiantes. Este plan se ofrece a los estudiantes de Pacific Union College y sus dependientes que cumplen con los requisitos. El plan está asegurado por Aetna Life Insurance Company (Aetna). Las estipulaciones exactas, incluidas las definiciones, que regulan este seguro se encuentran en el *Certificado* emitido para usted y pueden consultarse en línea, en www.aetnastudenthealth.com. Si existen diferencias entre este *Diseño del plan y resumen de beneficios* y el *Certificado*, regístrate en el *Certificado*.

Clínica de servicios de salud de Pacific Union College

Servicios de Salud y el Centro de Asesoramiento de Pacific Union College son los centros de salud de la institución educativa dentro del campus. Ambos departamentos cumplen con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) y proporcionan un “área segura” de fácil acceso donde se brindan tratamientos y evaluaciones confidenciales.

Los horarios de atención de Servicios de Salud son de lunes a jueves, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m. (cerrado de 1:00 p. m. a 2:00 p. m.) y los viernes, de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. Hay personal de guardia disponible mientras el consultorio está cerrado, incluidos fines de semana y feriados.

Los horarios de atención del Centro de Asesoramiento son de lunes a jueves, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (cerrado de 12:00 p. m. a 1:00 p. m.), y los viernes, de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. Hay personal de guardia disponible mientras el consultorio está cerrado, incluidos fines de semana y feriados.

Puede comunicarse con nuestro personal de guardia llamando al **(707) 965-6789**. Ante una emergencia, llame al 911.

Para obtener más información, llame a Servicios de Salud, al **(707) 965-6339**, o al Centro de Asesoramiento, al **(707) 965-7080**.

Períodos de cobertura

Estudiantes: La cobertura de todos los estudiantes asegurados inscritos en el plan para los siguientes períodos de cobertura entrará en vigor a las 12:01 a. m. en la fecha de inicio de la cobertura y finalizará a las 11:59 p. m. en la fecha de finalización de la cobertura. Ambas fechas se indican a continuación.

Período de cobertura	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Fecha límite de exención
Anual	1.º de septiembre de 2020	31 de agosto de 2021	4 de octubre de 2020
Otoño	1.º de septiembre de 2020	5 de enero de 2021	4 de octubre de 2020
Invierno	6 de enero de 2021	29 de marzo de 2021	17 de enero de 2021
Primavera	30 de marzo de 2021	31 de agosto de 2021	10 de abril de 2021

Dependientes que cumplen con los requisitos: Esta cobertura entrará en vigor a las 12:01 a. m. en la fecha de inicio de la cobertura indicada anteriormente. La cobertura para dependientes asegurados finaliza de acuerdo con las estipulaciones de terminación descritas en la póliza de grupo.

Período de cobertura	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Fecha límite de exención
Anual	1.º de septiembre de 2020	31 de agosto de 2021	4 de octubre de 2020
Otoño	1.º de septiembre de 2020	5 de enero de 2021	4 de octubre de 2020
Invierno	6 de enero de 2021	29 de marzo de 2021	17 de enero de 2021
Primavera	30 de marzo de 2021	31 de agosto de 2021	10 de abril de 2021

Tarifas

Las tarifas que figuran a continuación incluyen las primas del plan asegurado por Aetna Life Insurance Company (Aetna), así como también las tarifas administrativas de Pacific Union College.

	Anual	Semestre de otoño	Semestre de invierno	Semestre de primavera
Estudiante	\$2,451.00	\$817.00	\$817.00	\$817.00
Cónyuge	\$2,451.00	\$817.00	\$817.00	\$817.00
Hijo	\$2,451.00	\$817.00	\$817.00	\$817.00
Dos hijos o más	\$4,902.00	\$1,634.00	\$1,634.00	\$1,634.00

Cobertura para estudiantes

Requisitos de cobertura

Todos los estudiantes nacionales y extranjeros registrados que estén inscritos en 6 o más horas crédito en Pacific Union College o que estén designados como estudiantes de tiempo completo cumplen con los requisitos para el plan de seguro Aetna Student Health. Los estudiantes que cumplen con los requisitos pueden adquirir cobertura para dependientes para su cónyuge o sus hijos dependientes menores de 26 años.

Los empleados regulares de medio tiempo o tiempo completo de Pacific Union College no cumplen con los requisitos para este plan y no pueden estar cubiertos. Esto incluye a los empleados de Pacific Union College que también son dependientes según se define en el plan.

Inscripción

Todos los estudiantes nacionales que cumplen con los requisitos serán inscritos automáticamente en el plan y la prima se incluirá en la factura de la matrícula, a menos que presenten antes del **4 de octubre de 2020** una forma de exención aprobada porque ya cuentan con un seguro equivalente. Si tiene alguna pregunta relacionada con el proceso de exención, comuníquese con Aetna Student Health, al 877-480-4161, o con Pacific Union College, al 707-965-6339.

Todos los estudiantes extranjeros serán inscritos automáticamente en el plan, y se les cobrará en la factura de la matrícula.

Excepción: Una persona cubierta que ingrese en las Fuerzas Armadas de cualquier país no tendrá cobertura de la póliza a partir de la fecha de tal ingreso. Dicha persona y todos los dependientes cubiertos recibirán un reembolso prorrateado de la prima luego de presentar una solicitud por escrito a Aetna dentro de los 90 días posteriores a haber dejado de asistir a la institución educativa.

Si deja de asistir a la institución educativa dentro de los primeros **31 días** del período de cobertura, no estará cubierto por la póliza y se le reembolsará la prima completa, menos cualquier reclamo pagado. Luego de **31 días**, estará cubierto durante el período completo por el cual haya pagado la prima, y no se autorizará ningún reembolso. (Esta política de reembolso no se aplicará si usted deja de asistir a la institución educativa debido a un accidente o una enfermedad cubiertos).

Cobertura para dependientes

Requisitos de cobertura

Los estudiantes cubiertos también pueden inscribir a su cónyuge o a sus hijos dependientes menores de 26 años.

Para inscribir a los dependientes de un estudiante cubierto, visite www.aetnastudenthealth.com/puc y siga las instrucciones de inscripción. Si desea conocer las fechas de cobertura y las fechas límite, consulte la sección “Períodos de cobertura” de este documento.

Aviso sobre los requisitos de cobertura para Medicare

Usted no cumple con los requisitos para inscribirse en el plan de salud para estudiantes si tiene Medicare en el momento de la inscripción en dicho plan. Este plan no brinda cobertura para las personas que tienen Medicare.

Red de proveedores

Solo puede recibir cuidado fuera del **área de servicio** (fuera de la red) cuando son **servicios de emergencia**.

PARA OBTENER UNA LISTA DE TODOS LOS **PROVEEDORES DE LA RED** EN SU **ÁREA DE SERVICIO**, INGRESE EN NUESTRO **DIRECTORIO** EN CUALQUIER MOMENTO. LO ENCONTRARÁ EN WWW.AETNA.COM, DEBAJO DE LA SOLAPA DOCFIND®.

Área de servicio

Por lo general, se cubren los servicios de salud que cumplen con los requisitos solamente dentro de un área geográfica específica llamada área de servicio. Hay algunas excepciones, como para servicios de emergencia, cuidado de urgencia y trasplantes.

Coordinación de beneficios

Algunas personas tienen cobertura de salud de más de un plan. Si ese es su caso, trabajaremos con personal de los otros planes para decidir cuánto paga cada plan. Esto se conoce como “coordinación de beneficios”. Las estipulaciones completas sobre la coordinación de beneficios se encuentran detalladas en el *Certificado* emitido para usted.

Descripción de los beneficios

El plan no cubre ciertos servicios y limita los montos que paga. Aunque en este *Diseño del plan y resumen de beneficios* se incluyen algunas características importantes del plan, hay otras que pueden ser importantes para usted y se definen en el *Certificado*. La descripción completa del plan está en el *Certificado* emitido para usted. Puede consultarla en línea, en www.aetnastudenthealth.com.

Este plan paga los beneficios de acuerdo con las leyes de seguros que están vigentes en **California**.

OA Elect Choice EPO

Deducible por año de póliza	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Debe alcanzar el deducible por año de póliza antes de que el plan pague los beneficios.		
Estudiante	\$500 por año de póliza	No corresponde.
Cónyuge	\$500 por año de póliza	No corresponde.
Cada hijo	\$500 por año de póliza	No corresponde.
Familia	Ninguno	No corresponde.
Exención del deducible por año de póliza		
Se exime el deducible por año de póliza para los siguientes servicios de salud que cumplen con los requisitos:		
<ul style="list-style-type: none"> Cuidado dentro de la red para beneficios de gastos por cuidado preventivo, servicios dentales pediátricos, servicios de cuidado pediátrico de la vista, cuidado en sala de recién nacidos sanos y medicamentos con receta en casos ambulatorios. 		
Límite máximo de desembolso por año de póliza		
Estudiante	\$8,150 por año de póliza	No corresponde.
Cónyuge	\$8,150 por año de póliza	No corresponde.
Cada hijo	\$8,150 por año de póliza	No corresponde.
Familia	\$13,200 por año de póliza	No corresponde.

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Exámenes físicos de rutina		
En el consultorio del médico	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Límites de edad máxima y de visitas por año de póliza hasta los 21 años de edad	Según los límites de edad y de visitas establecidos en las pautas generales respaldadas por la Academia Americana de Pediatría, en Bright Futures, las pautas para niños y adolescentes de la Administración de Recursos y Servicios de Salud.	
Máximo de visitas por año de póliza a partir de los 22 años de edad	1 visita	
Vacunas de cuidado preventivo		
En un centro o en el consultorio de un médico	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Máximos	Según los límites de edad establecidos en las pautas generales respaldadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.	
Exámenes ginecológicos de rutina (incluye prueba de PAP y pruebas citológicas)		
En el consultorio del médico, obstetra, ginecólogo u obstetra-ginecólogo	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Máximo de visitas por año de póliza	1 visita	
Servicios de asesoramiento y exámenes preventivos		
Servicios de asesoramiento y exámenes preventivos relacionados con la obesidad o asesoramiento sobre dietas saludables, abuso de alcohol y drogas, consumo de productos del tabaco, examen para detectar depresión y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Visitas al consultorio de asesoramiento sobre riesgo genético de desarrollar cáncer de seno o de ovarios Este plan de seguro cubre los exámenes de detección, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de seno.	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Máximo por año de póliza para servicios relacionados con la obesidad o las dietas saludables (solo corresponde para personas cubiertas a partir de los 22 años de edad)	26 visitas (se permitirán solo 10 de estas visitas para recibir asesoramiento sobre dietas saludables en relación con la hiperlipidemia [colesterol alto] y otros factores de riesgo conocidos asociados a enfermedades cardiovasculares o enfermedades crónicas relacionadas con la dieta).	
Máximo por año de póliza para servicios por abuso de alcohol	Según las pautas relacionadas con la edad, la historia familiar y la frecuencia que se establezcan en la versión más actualizada de las siguientes publicaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Artículos basados en pruebas que tengan vigente una calificación “A” o “B” en las recomendaciones actuales del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos. • Pautas generales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud. 	
Máximo por año de póliza para asesoramiento sobre el consumo de productos del tabaco		
Máximo por año de póliza para examen para detectar depresión		
Máximo por año de póliza para servicios por infecciones de transmisión sexual		
Exámenes de rutina para detectar cáncer	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Máximos	Según las pautas relacionadas con la edad, la historia familiar y la frecuencia que se establezcan en la versión más actualizada de las siguientes publicaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Artículos basados en pruebas que tengan vigente una calificación “A” o “B” en las recomendaciones actuales del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos. • Pautas generales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud. 	
Máximo de exámenes para detectar cáncer de pulmón	1 examen cada 12 meses	
Manejo del estrés	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Enfermedades crónicas	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Máximo de manejo del estrés y enfermedades crónicas	1 visita	
Servicios de cuidado prenatal (solo servicios de cuidado preventivo) (incluye la participación en el Programa de Detección Prenatal de California)	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Servicios de asesoramiento y apoyo durante la lactancia	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Suministros y accesorios para sacaleches	100 % del cargo negociado por artículo No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Visitas al consultorio de asesoramiento sobre anticonceptivos femeninos	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Medicamentos con receta y dispositivos anticonceptivos femeninos La cobertura incluye un suministro de hasta 12 meses de anticonceptivos con receta aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.	100 % del cargo negociado por artículo No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Esterilización voluntaria femenina: servicios ambulatorios y con internación prestados por proveedores	100 % del cargo negociado No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Médicos y otros profesionales de la salud		
Visitas a consultorios de médicos, especialistas y consultores (cuidado que no sea quirúrgico ni preventivo prestado por un médico o un especialista) (incluye consultas de telemedicina)	Copago de \$50; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita.	Sin cobertura
Tratamiento y pruebas de alergias		
Pruebas de alergias e inyecciones para tratar alergias (incluidos sueros y extractos para la alergia administrados por inyección) suministradas en el consultorio de un médico o especialista	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Sin cobertura

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Servicios quirúrgicos de médicos y especialistas		
Cirugía realizada por un cirujano durante una internación en hospital o centro de nacimientos (incluye gastos de anestesista y asistente médico quirúrgico)	80 % del cargo negociado	Sin cobertura
Cirugía ambulatoria realizada por un cirujano en el consultorio de un médico o especialista, o en el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital o en un centro quirúrgico (incluye gastos de anestesista y asistente médico quirúrgico)	80 % del cargo negociado por visita	Sin cobertura
Alternativas a la visita al consultorio del médico		
Visitas a clínicas sin cita previa (que no son de emergencia)	Copago de \$50; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita.	Sin cobertura
Cuidado en hospitales y otros centros		
Internación (habitación y comida, y otros servicios y suministros varios) Incluye cargos del centro de nacimientos.	80 % del cargo negociado por ingreso	Sin cobertura
Servicios no quirúrgicos prestados por médicos en el hospital	80 % del cargo negociado por visita	Sin cobertura
Alternativas a la internación		
Cirugía ambulatoria (cargos del centro) realizada en el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital o en un centro quirúrgico	80 % del cargo negociado	Sin cobertura
Cuidado de salud en el hogar	80 % del cargo negociado por visita	Sin cobertura
Servicio privado de enfermería (ambulatorio)	80 % del cargo negociado por visita	Sin cobertura
Servicios en hospicio (con internación)	80 % del cargo negociado por ingreso	Sin cobertura
Servicios en hospicio (ambulatorios)	80 % del cargo negociado por visita	Sin cobertura
Centro de enfermería especializada (con internación)	80 % del cargo negociado por ingreso	Sin cobertura

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Sala de emergencias de un hospital	Copago de \$300; luego, el plan paga el 80 % del saldo del cargo negociado por visita.	Se paga igual que la cobertura dentro de la red.
Cuidado que no es de emergencia en sala de emergencias del hospital	Sin cobertura	Sin cobertura

Nota importante:

- Debido a que los proveedores de cuidado fuera de la red no tienen contrato con nosotros, es posible que el proveedor no acepte el pago de su parte de los costos (copago y coseguro) como pago total. Puede que reciba una factura con la diferencia entre el monto facturado por el proveedor y el monto pagado por este plan. Si el proveedor le factura un monto que supera la parte que le corresponde pagar a usted, no es responsabilidad suya pagarlo. Envíenos la factura a la dirección que aparece al dorso de su tarjeta de identificación. Resolveremos con el proveedor cualquier disputa relacionada con el pago de ese monto. Asegúrese de que su número de tarjeta de identificación aparezca en la factura.
- Se aplica un copago o coseguro por separado por cada visita a la sala de emergencias de un hospital. Si usted es admitido en un hospital como paciente interno inmediatamente después de una visita a una sala de emergencias, el copago o coseguro por visita a la sala de emergencias será eximido, y se aplicará el copago o coseguro por internación.
- Los beneficios cubiertos que corresponden al copago o coseguro por visita a la sala de emergencias del hospital no pueden aplicarse a ningún otro copago o coseguro del plan. Asimismo, el monto del copago o coseguro que corresponde a otros beneficios cubiertos según este plan no puede corresponder al copago o coseguro por visita a la sala de emergencias del hospital.
- Es posible que correspondan montos de copago o coseguro separados para determinados servicios prestados en la sala de emergencias del hospital que no forman parte del beneficio por visita a la sala de emergencias del hospital. Estos montos de copago o coseguro pueden ser diferentes del copago o coseguro por visita a la sala de emergencias del hospital. Se basan en los servicios específicos que haya recibido.
- Los servicios prestados en la sala de emergencias del hospital que no forman parte del beneficio por visita a la sala de emergencias del hospital pueden estar sujetos a montos de copago o coseguro.

Cuidado de urgencia	Copago de \$50; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita.	Sin cobertura
Servicios no urgentes recibidos de un proveedor de cuidado de urgencia	Sin cobertura	Sin cobertura

Cuidado dental pediátrico (limitado a las personas cubiertas hasta finalizar el mes en el que cumplen los 19 años)

Servicios de tipo A	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible.	Sin cobertura
Servicios de tipo B	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible.	Sin cobertura
Servicios de tipo C	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible.	Sin cobertura
Servicios de ortodoncia	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible.	Sin cobertura
Tratamiento dental de emergencia	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Sin cobertura

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Enfermedades específicas		
Servicios y suministros para diabéticos (incluye equipo y capacitación)	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Sin cobertura
Muelas de juicio impactadas	80 % del cargo negociado	Sin cobertura
Cuidado dental para adultos por lesiones dentales	80 % del cargo negociado	Sin cobertura
Cuidado de maternidad		
Cuidado de maternidad (incluye cuidado para el parto y posparto en hospital o centro de nacimientos)	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Sin cobertura
Primera visita posparto	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Gastos por cuidado en sala de recién nacidos sanos en un hospital o centro de nacimientos	80 % del cargo negociado No corresponde el deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Servicios de planificación familiar: otros		
Esterilización voluntaria masculina (servicios quirúrgicos)	80 % del cargo negociado	Sin cobertura
Servicios quirúrgicos para abortos prestados por médicos o especialistas	80 % del cargo negociado	Sin cobertura
Reversión de esterilización voluntaria (servicios quirúrgicos de médicos o especialistas)	80 % del cargo negociado	Sin cobertura
Tratamiento de reasignación de género (cambio de sexo)		
Internación (habitación y comida, y otros servicios y suministros varios)	Tiene el mismo costo compartido dentro de la red que el beneficio de internación por salud mental.	Sin cobertura
Servicios quirúrgicos prestados por médicos o especialistas durante una internación	Tiene el mismo costo compartido dentro de la red que el beneficio de servicios de salud mental con internación.	Sin cobertura
Servicios quirúrgicos ambulatorios prestados por médicos o especialistas	Tiene el mismo costo compartido dentro de la red que el beneficio de otros servicios de salud mental ambulatorios.	Sin cobertura

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red	
Visitas ambulatorias al consultorio del especialista por cirugía de reasignación de género (incluye telemedicina)	Tiene el mismo costo compartido dentro de la red que el beneficio de visitas al consultorio por salud mental.	Sin cobertura	
Visitas ambulatorias al consultorio por salud mental relacionadas con disforia de género (incluye telemedicina)	Tiene el mismo costo compartido dentro de la red que el beneficio de visitas al consultorio por salud mental.	Sin cobertura	
Terapia hormonal	Tiene el mismo costo compartido dentro de la red que el beneficio de otros servicios de salud mental ambulatorios.	Sin cobertura	
Terapia del habla	Tiene el mismo costo compartido dentro de la red que el beneficio de otros servicios de salud mental ambulatorios.	Sin cobertura	
Trastornos del espectro autista			
Tratamiento, diagnóstico y exámenes del trastorno del espectro autista, y análisis aplicado del comportamiento	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Sin cobertura	
Tratamiento de salud mental y por abuso de sustancias			
Internación (habitación y comida, y otros servicios y suministros varios en hospital)	80 % del cargo negociado por ingreso	Sin cobertura	
Visitas ambulatorias al consultorio (incluye consultas de telemedicina)	Copago de \$50; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita.	Sin cobertura	
Otros tratamientos ambulatorios (incluye internación parcial y programa ambulatorio intensivo)	80 % del cargo negociado por visita	Sin cobertura	
Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red (centro Institutes of Excellence, IOE)	Cobertura dentro de la red (centro que no es IOE)	Cobertura fuera de la red
Servicios ambulatorios y de internación en centro de trasplantes	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.		
Servicios ambulatorios y de internación para trasplantes prestados por médicos y especialistas	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.		
Gastos de viajes y alojamiento para trasplantes	Con cobertura	Con cobertura	Sin cobertura

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red (centro Institutes of Excellence, IOE)	Cobertura dentro de la red (centro que no es IOE)	Cobertura fuera de la red
Máximo de por vida para gastos de viaje y alojamiento para cualquier tipo de trasplante	\$10,000	\$10,000	Sin cobertura
Máximo para gastos de alojamiento por paciente en un centro IOE	\$50 por noche	\$50 por noche	Sin cobertura
Máximo para gastos de alojamiento por acompañante	\$50 por noche	\$50 por noche	Sin cobertura
Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red	
Servicios básicos para tratar la esterilidad	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Sin cobertura	
Terapias y exámenes específicos			
Pruebas ambulatorias de diagnóstico			
Servicios de imágenes complejas para diagnóstico prestados en el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital u otro centro	80 % del cargo negociado por visita	Sin cobertura	
Estudios de laboratorio y servicios radiológicos de diagnóstico realizados en un consultorio médico, el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital u otro centro	80 % del cargo negociado por visita	Sin cobertura	
Quimioterapia y radioterapia ambulatoria	80 % del cargo negociado por visita	Sin cobertura	
Terapia respiratoria ambulatoria	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Sin cobertura	
Terapias física, ocupacional, cognitiva y del habla ambulatorias (incluye terapias cardíaca y pulmonar) Servicios combinados para terapia de rehabilitación y habilitación a corto plazo	80 % del cargo negociado por visita	Sin cobertura	
Terapia de acupuntura	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Sin cobertura	
Servicios de quiropráctica	80 % del cargo negociado por visita	Sin cobertura	

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Otros servicios y suministros		
Transporte de emergencia en ambulancia terrestre, aérea y marítima (incluye el transporte que no es de emergencia en ambulancia)	80 % del cargo negociado por viaje	Se paga igual que la cobertura dentro de la red.
Equipo médico duradero y de cirugía	80 % del cargo negociado por artículo	Sin cobertura
Fórmulas enterales y suplementos nutricionales	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Sin cobertura
Dispositivos protésicos y ortopedia	80 % del cargo negociado por artículo	Sin cobertura
Prueba de audífonos	Copago de \$50; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita.	Sin cobertura
Máximo para examen de audífonos	Una prueba por año de póliza	
Cuidado pediátrico de la vista (limitado a las personas cubiertas hasta finalizar el mes en el que cumplen los 19 años)		
Exámenes de la vista pediátricos de rutina (incluyen exámenes de refracción) realizados por un oftalmólogo u optometrista que reúnen los requisitos legales Incluye evaluaciones integrales por vista deficiente. Incluye visita para adaptación de lentes de contacto.	100 % del cargo negociado por visita No corresponde el deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Máximo de visitas por año de póliza Máximo para servicios por vista deficiente Máximo para adaptación de lentes de contacto	1 visita Una evaluación integral por vista deficiente cada año de póliza 1 visita	
Servicios y suministros para el cuidado pediátrico de la vista: marcos de anteojos, lentes o lentes de contacto con receta	100 % del cargo negociado por visita No corresponde el deducible por año de póliza.	Sin cobertura

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Cantidad máxima por año del plan: Marcos de anteojos Lentes con receta Lentes de contacto (incluye lentes de contacto con receta no convencionales y lentes para afaquia con receta indicados luego de una cirugía de cataratas)	Un par de marcos de anteojos Un par de lentes con receta Lentes desechables para uso diario: 1 año de suministro Lentes desechables de uso extendido: 1 año de suministro Lentes no desechables: 1 año de suministro	
<p>* Nota importante: Consulte la sección sobre cuidado de la vista del <i>Certificado de cobertura</i> para obtener una explicación más detallada sobre los suministros de cuidado de la vista. En lo que respecta a la cobertura de lentes con receta en un año de póliza, este beneficio cubre lentes con receta para marcos de anteojos o lentes de contacto con receta, pero no ambos.</p>		
<p>Cuidado de la vista (limitado a las personas cubiertas a partir de los 19 años)</p>		
Exámenes de la vista de rutina para adultos (incluyen exámenes de refracción) realizados por un oftalmólogo u optometrista que reúnen los requisitos legales	Copago de \$50; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita.	Sin cobertura
Máximo de visitas por año de póliza	1 visita	
<p>Medicamentos con receta en casos ambulatorios</p>		
<p>Exención del copago o coseguro por medicamentos para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de seno</p>		
<p>El copago o coseguro por medicamentos con receta no se aplicará a medicamentos con receta para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de seno, si se obtienen en una farmacia al por menor. Esto significa que este tipo de medicamentos con receta se cubre al 100 %.</p>		
<p>Exención de copago por medicamentos con receta y sin ella para dejar de consumir tabaco</p>		
<p>El copago por medicamentos con receta en casos ambulatorios no corresponde para los primeros dos regímenes de 90 días de tratamiento por año de póliza por medicamentos con receta y sin ella para dejar de consumir tabaco si se obtienen en una farmacia al por menor. Esto significa que este tipo de medicamentos con receta y sin ella se cubre al 100 %.</p> <p>Su copago por medicamentos con receta en casos ambulatorios corresponde después de que se hayan agotado esos dos regímenes por año de póliza.</p>		
<p>Exención de copago por anticonceptivos</p>		
<p>El copago por medicamentos con receta en casos ambulatorios no corresponde para los métodos anticonceptivos femeninos si se obtienen en una farmacia dentro de la red.</p> <p>Esto significa que estos métodos anticonceptivos se cubren al 100 % en estos casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Algunos medicamentos y dispositivos anticonceptivos genéricos con receta y sin ella para los métodos reconocidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos. Los servicios y suministros relacionados que se necesitan para administrar los dispositivos cubiertos también se cubren al 100 %. Si un medicamento con receta o un dispositivo genéricos no están disponibles para cierto método, puede obtener algunos medicamentos con receta o dispositivos de marca para ese método con cobertura del 100 %. <p>El copago por medicamento con receta en casos ambulatorios se aplica a los medicamentos con receta con un equivalente genérico, un medicamento biosimilar o una alternativa genérica disponible dentro de la misma clase terapéutica de medicamentos y que se obtienen en una farmacia de la red, a menos que se le haya otorgado una excepción médica. En el <i>Certificado de cobertura</i>, se explica cómo obtener una excepción médica.</p>		

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Medicamentos con receta genéricos		
Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor	Copago de \$20 por suministro No corresponde el deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Medicamentos con receta de marca preferidos		
Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor	Copago de \$45 por suministro No corresponde el deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Medicamentos con receta de marca no preferidos		
Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor	Copago de \$80 por suministro No corresponde el deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Medicamentos de especialidad con receta		
Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor	Copago de \$100 por suministro No corresponde el deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Medicamentos anticancerígenos con receta administrados por vía oral (por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor)	100 % del cargo negociado No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Medicamentos y suplementos de cuidado preventivo obtenidos en una farmacia al por menor Por cada suministro de 30 días	100 % del cargo negociado por obtener o volver a obtener un medicamento con receta. No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Medicamentos con receta para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de seno obtenidos en una farmacia Por cada suministro de 30 días	100 % del cargo negociado por obtener o volver a obtener un medicamento con receta. No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Máximos:	La cobertura está sujeta a cualquier pauta sobre sexo, edad, enfermedad, historia familiar y frecuencia establecida en las recomendaciones del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.	
Medicamentos con receta y sin ella para dejar de consumir tabaco obtenidos en una farmacia Por cada suministro de 30 días	100 % del cargo negociado por obtener o volver a obtener un medicamento con receta. No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Máximos:	Se permite cobertura para dos regímenes de 90 días de tratamiento solamente. La cobertura está sujeta a cualquier pauta sobre sexo, edad, enfermedad, historia familiar y frecuencia establecida en las recomendaciones del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.	

La persona cubierta, una persona designada para actuar en nombre de la persona cubierta o la persona que emite las recetas de la persona cubierta pueden solicitar un proceso de excepción médica acelerado para obtener la cobertura de los medicamentos no cubiertos en circunstancias extremas. Se considera una "circunstancia extrema" cuando la persona cubierta tiene una afección de salud que puede poner en grave riesgo su vida, su salud o la capacidad de recuperarse completamente, o cuando la persona cubierta se encuentra en un tratamiento en curso con un medicamento no incluido en el *Formulario*. Si quiere solicitar una revisión urgente de una circunstancia extrema, puede comunicarse con el Departamento de Precertificación de Aetna por teléfono, al **1-855-240-0535**; por fax, al **1-877-269-9916**; o por escrito, a la siguiente dirección:

CVS Health
ATTN: Aetna PA
1300 E Campbell Road
Richardson, TX 75081

Exclusiones

Cuidado de salud alternativo

- Servicios y suministros brindados por un **proveedor** de cuidado de salud alternativo. Por ejemplo: aromaterapia, naturopatía, fitoterapia, homeopatía, medicina energética, medicina de curación por la fe, medicina ayurvédica, yoga, hipnoterapia y medicina tradicional china.

Fuerzas Armadas

- Servicios y suministros recibidos de un **proveedor** como resultado de una **lesión** sufrida o de una **enfermedad** contraída mientras se encuentra al servicio de las Fuerzas Armadas de cualquier país. Si usted ingresa en las Fuerzas Armadas de cualquier país, reembolsaremos todas las **primas** prorrateadas no devengadas al **titular de la póliza**.

Órganos artificiales

- Todo dispositivo que cumpla la función de un órgano del cuerpo.
- Esta exclusión no corresponde para el uso de material no humano para reparar, reemplazar o restaurar la función de un órgano, si es médicamente necesario y no es experimental.

Senos

- Servicios y suministros brindados por un **proveedor** de ginecomastia o reducción de senos, salvo cuando sea **médicamente necesario**.

Tratamientos con ensayos clínicos (experimentales o de investigación)

- Su plan no cubre tratamientos con ensayos clínicos (experimentales o de investigación), a excepción de lo que se indica en “Tratamientos con ensayos clínicos (experimentales o de investigación)” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan” del *Certificado*.

Consulte la sección “Cuando no está de acuerdo: decisiones y procedimientos de apelación para los reclamos” del *Certificado* para obtener información sobre cómo solicitar una revisión médica independiente al Departamento de Seguros de California en casos de tratamientos experimentales o de investigación.

Tratamientos con ensayos clínicos (costos de rutina del paciente)

- Servicios y suministros relacionados con la recolección de datos y el sistema de registro, que solamente se necesita por los ensayos clínicos (es decir, costos ocasionados por el protocolo).
- Servicios y suministros que el patrocinador del ensayo le ofrece sin costo.
- La intervención experimental en sí (excepto los dispositivos de investigación de categoría B **médicamente necesarios** y las intervenciones en etapa de prueba e investigación prometedoras para las **enfermedades terminales** en ciertos ensayos clínicos de acuerdo con las políticas de reclamo de **Aetna**).

Trasplante de córnea o cartílago

- Trasplante de córnea (injerto de membrana amniótica en la córnea).
- Trasplante de cartílago (implante de condrocitos autólogos o aloinjerto o autoinjerto osteocondral).

Esta exclusión no corresponde a los trasplantes de córnea o cartílago **médicamente necesarios**.

Cirugía plástica y servicios cosméticos

- Cualquier tratamiento, **cirugía (cosmética o plástica)**, servicio o suministro para modificar, mejorar o resaltar la forma o la apariencia del cuerpo que se deban o no a motivos psicológicos o emocionales. Las **lesiones** que se produzcan durante tratamientos médicos no se consideran **lesiones** accidentales, incluso si no se han programado o anticipado.

Esta exclusión no corresponde para lo siguiente:

- **Cirugía** luego de una **lesión** accidental, si se realiza tan pronto como sea médicamente posible o tal como se describe en “Cirugía reconstructiva y suministros” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan” del *Certificado*.
- Cobertura que puede ofrecerse según “Tratamiento de reasignación de género (cambio de sexo)” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan” del *Certificado*.
- Cualquier tratamiento **médicamente necesario** debido a complicaciones de procedimientos cosméticos.

Cuidado no médico

Asistencia para realizar las actividades cotidianas (por ejemplo: caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, ir al baño y tomar los medicamentos), salvo los servicios que se ofrecen como cuidado de hospicio, cuidado de enfermería especializada o beneficios de internación.

Tratamiento dermatológico

- Procedimientos y tratamientos **cosméticos**.

Cuidado dental para adultos

- Servicios dentales para adultos, por ejemplo:
 - Cuidado, relleno, extracción o reemplazo de dientes y tratamiento de **lesiones** o enfermedades de los dientes.
 - Servicios dentales relacionados con las encías.
 - Apicectomía (resección de la raíz dental).
 - Ortodoncia.
 - Tratamiento de conducto radicular.
 - Dientes impactados en tejido blando.
 - Alveolectomía.
 - Aumento y tratamiento de vestibuloplastia por enfermedad periodontal.
 - Prótesis dentales.
 - Restauración protésica de implantes dentales.
 - Implantes dentales.

Esta excepción no incluye la extracción de dientes impactados óseos, las fracturas óseas, la extracción de tumores y los quistes odontogénicos.

Esta exclusión no corresponde para los **beneficios cubiertos** que aparecen en el beneficio “Cuidado dental para adultos por tratamientos de cáncer y lesiones dentales” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan” del *Certificado*.

Equipo médico duradero

- Piscinas de hidromasajes.
- Bombas portátiles para piscina de hidromasajes.
- Baños sauna.
- Dispositivos para masajes.
- Mesas para cama.
- Elevadores.
- Dispositivos para comunicarse.
- Dispositivos para la vista.
- Sistemas de alerta telefónica.
- Artículos para la higiene y la comodidad personal, como aire acondicionado, humidificador, *jacuzzi* o equipos para ejercicio físico, aun cuando sean indicados por un **médico**.

Servicios educativos

- Cualquier servicio o suministro relacionados con servicios o pruebas de educación, capacitación o perfeccionamiento, excepto lo que se describe en “Servicios y suministros para diabéticos (incluye equipo y capacitación)” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan” del *Certificado*. Esto incluye lo siguiente:
 - Educación especial.
 - Educación correctiva.
 - Programas de tratamiento en la naturaleza (sin importar si el programa forma parte de un **centro residencial de tratamiento** o una institución autorizada).
 - Capacitación laboral.
 - Programas de perfeccionamiento laboral.
- Servicios educativos, programas escolares y otros relacionados o similares, incluidos los terapéuticos en el entorno escolar.

Tratamiento o cirugía optativos

- **Tratamiento** o cirugía optativos, salvo que estén cubiertos específicamente conforme a la **póliza del estudiante** y se realicen mientras dicha **póliza** esté vigente.

Fórmulas enterales y suplementos nutricionales

- Cualquier alimento, como fórmulas para bebés, vitaminas, vitaminas con **receta**, alimentos médicos y otros productos nutricionales, aun cuando sean la única fuente de nutrición, excepto lo descrito en “Fórmulas enterales y suplementos nutricionales” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan” del *Certificado*.

Exámenes

Cualquier examen dental o de salud que no sea **médicamente necesario**, pero que deba realizarse por estos motivos:

- Lo solicita un tercero. Por ejemplo, exámenes para obtener o mantener un puesto de trabajo, exámenes requeridos por un contrato laboral o de otro tipo.
- Se requiere por ley.
- Para adquirir un seguro o para mantener una licencia.
- Para viajar.
- Para asistir a una institución educativa, a un campamento o a un evento deportivo, o para practicar un deporte o realizar otra actividad recreativa.

Experimental o de investigación

- Los medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos **experimentales o de investigación**, a menos que estén cubiertos de otro modo como tratamientos con ensayos clínicos (**experimentales o de investigación**) o como ensayos clínicos (costos de rutina del paciente). Consulte “Otros servicios” en la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan” del *Certificado*.

Consulte la sección “Cuando no está de acuerdo: decisiones y procedimientos de apelación para los reclamos” del *Certificado* para obtener información sobre cómo solicitar una revisión médica independiente al Departamento de Seguros de California en casos de tratamientos experimentales o de investigación.

Servicios de cuidado de emergencia y de urgencia

- **Servicios de cuidado** que no es de **emergencia** brindados en la sala de emergencias de un **hospital**.
- Cuidado que no es de urgencia brindado en un **centro de cuidado de urgencia** (centro independiente no hospitalario).

Cargos de un centro

Por cuidados, servicios o suministros proporcionados en estos lugares:

- Residencias para personas mayores.
- Centros de asistencia para realizar las actividades cotidianas.
- Instituciones similares que constituyen el principal lugar de residencia de una persona o que ofrecen principalmente cuidado no médico o de descanso.
- Centros turísticos de salud.
- *Spas* o sanatorios.
- Enfermerías ubicadas en escuelas, universidades o campamentos.

Delito grave

- Servicios y suministros que recibe como resultado de una **lesión** que sufre por la consumación de un delito grave.

Cuidado de los pies

- Servicios y suministros para lo siguiente:
 - Tratamiento de callos, juanetes, uñas del pie, pie plano, dedos en martillo, arcos caídos.
 - Tratamiento de pies débiles, dolor de pie crónico o afecciones provocadas por actividades habituales, como caminar, correr, trabajar o usar zapatos.
 - Suministros (incluidos zapatos ortopédicos), dispositivos ortopédicos para pies, soportes de arco, plantillas para zapatos, tobilleras ortopédicas, protectores, cremas, ungüentos y otros equipos, dispositivos y suministros.
 - Servicios de pedicura de rutina, como el corte de uñas, durezas y callos, cuando no hay una **enfermedad** o una **lesión** en los pies.

Esta exclusión no corresponde para el calzado y las plantillas para diabéticos cubiertos conforme a “**Dispositivos protésicos u ortóticos**” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan”.

Tratamiento de reasignación de género (cambio de sexo)

- Servicios y suministros **cosméticos**. Por ejemplo:
 - Rinoplastia.
 - Estiramiento facial.
 - Realce de labios.
 - Reducción de huesos faciales.
 - Blefaroplastia.

- Aumento del tamaño de los senos.
- Liposucción de cintura (contorno de silueta).
- Eliminación de vello (incluye electrólisis de cara y cuello).
- Cirugía para modificar la voz (laringoplastia o acortamiento de las cuerdas vocales) y exfoliación de la piel, que se utilizan en la feminización.
- Implantes de mentón y nariz, y reducción de labios, que se utilizan para inducir la masculinización y se consideran **cosméticos**.

Cualquier servicio que estaría disponible de otro modo para una **persona cubierta** estará cubierto para aquellos que se sometan a un tratamiento de reasignación de género.

Terapia celular, génica y otras terapias innovadoras (GCIT)

Los siguientes **servicios de salud** no cumplen con los requisitos, a menos que reciba nuestra aprobación previa por escrito:

- Los servicios de GCIT recibidos en un centro o de un **proveedor** que no es un centro o **proveedor** designado para GCIT.
- Todos los servicios relacionados cuando los servicios de GCIT no están cubiertos. Por ejemplo, servicios de infusión, de laboratorio, de radiología, de anestesia y de enfermería.

Consulte la sección “Requisitos de necesidad médica y precertificación” de este *Certificado*.

Cuidado genético

- Cualquier tratamiento, dispositivo, medicamento, servicio o suministro para modificar los genes del cuerpo, la constitución genética o la expresión de los genes del cuerpo, excepto para la corrección de defectos congénitos.

Cuidado por crecimiento o estatura

- Un tratamiento, dispositivo, medicamento, servicio o suministro para aumentar o disminuir la estatura o para alterar la velocidad de crecimiento.
- **Procedimientos quirúrgicos**, dispositivos para estimular el crecimiento y hormonas de crecimiento.

Esta exclusión no corresponde al cuidado por crecimiento o estatura que sea **médicamente necesario**.

Audífonos y exámenes

Los servicios o suministros descritos a continuación.

- Reemplazo de lo siguiente:
 - Audífono roto, perdido o robado.
 - Audífono colocado dentro del período anterior de 24 meses.
- Reemplazo de partes o reparaciones de audífonos.
- Baterías o cables.
- Un audífono que no reúna las especificaciones recomendadas para la corrección de la pérdida de audición.
- Cualquier servicio proporcionado por un **médico** que no esté certificado como otorrinolaringólogo u otólogo.
- Exámenes de audición realizados durante una **internación** en un **hospital** u otro centro, excepto aquellos realizados a los recién nacidos como parte de la internación.
- Cualquier examen, aparato y dispositivo que se utilice para lo siguiente:
 - Mejorar la audición. Por ejemplo, baterías para el audífono, amplificadores y equipo auxiliar.
 - Mejorar otras formas de comunicación a fin de compensar la pérdida de la audición o dispositivos que simulan el habla.

Cuidado de salud en el hogar

- Servicios de **asistencia médica** y enfermería a domicilio o servicios de apoyo terapéutico que se brindan fuera del hogar (por ejemplo, en la escuela, durante las vacaciones, en el trabajo o en actividades recreativas).
- Transporte.
- Servicios o suministros brindados a un menor de edad o adulto dependiente cuando un miembro de la familia o cuidador no está presente.
- Servicios de ayuda en el hogar o de empleadas domésticas.
- Comidas o servicios a domicilio.
- Terapia de mantenimiento.

La exclusión de terapia de mantenimiento antes mencionada no corresponde para los servicios de enseñanza de habilidades para mantener una función o evitar su deterioro o regresión.

Cuidado de hospicio

- Preparativos para funerales.
- Orientación pastoral.
- Asesoramiento financiero o legal, incluidas la planificación de bienes y la redacción de un testamento.
- Servicios de ayuda en el hogar o de cuidador, que son servicios que no se refieren únicamente a su cuidado y pueden incluir lo siguiente:
 - Servicios de un cuidador o acompañante para usted o para otro miembro de la familia.
 - Transporte.
 - Mantenimiento del hogar.

Esta exclusión no corresponde para los servicios de **cuidado de hospicio** autorizados según las leyes estatales aplicables.

Cirugías incidentales

- Cargos de un **médico** por cirugías incidentales. Son servicios **médicamente innecesarios** brindados durante el mismo procedimiento que una cirugía **médicamente necesaria**.

Cuidado de maternidad y para recién nacidos

- Todos los servicios y suministros para los partos en el hogar o en cualquier otro lugar no autorizado para realizar partos, a menos que el nacimiento ocurra en una situación de emergencia y que la madre no pueda llegar a un lugar autorizado para el parto.

Suministros médicos (desechables para tratamiento ambulatorio)

- Cualquier suministro o dispositivo desechable en casos ambulatorios. Por ejemplo:
 - fundas;
 - bolsas;
 - prendas elásticas;
 - medias de soporte;
 - vendas;
 - orinales de cama;
 - jeringas;
 - suministros para pruebas de orina o sangre;
 - otros kits de pruebas en el hogar;
 - férulas;
 - collarines;
 - apósitos;
 - otros dispositivos que no están destinados a ser utilizados por otro paciente.

Esta exclusión no corresponde para los suministros desechables que son **beneficios cubiertos** conforme a “Equipo médico duradero”, “Cuidado de salud en el hogar”, “Cuidado de hospicio”, “Servicios y suministros para diabéticos (incluye equipo y capacitación)” y “Medicamentos con receta en casos ambulatorios” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan” del *Certificado*.

Accidente en vehículo motorizado

- Servicios y suministros ofrecidos por un **proveedor** para **lesiones** sufridas en un accidente en vehículo motorizado, pero solo cuando se pagaron los beneficios con otra cobertura de pagos médicos de seguro de automotor.

Servicios y suministros que no son médicamente necesarios

- Servicios y suministros que no son **médicamente necesarios** para el diagnóstico, el cuidado o el tratamiento de una **enfermedad** o **lesión**, o para la restaurar funciones fisiológicas. Esto incluye servicios de salud emocional y psicológica que no están destinados principalmente al tratamiento de una **enfermedad, lesión** o a la recuperación de las funciones fisiológicas o que no tienen una base fisiológica u orgánica. Esto corresponde aun en el caso de que sean indicados, recomendados o aprobados por su **médico, dentista** o **proveedor** de cuidados de la vista. Esta excepción no corresponde para el beneficio en “Cuidado preventivo y bienestar”.

Ciudadano extranjero

- Servicios y suministros recibidos por una **persona cubierta** (que no es ciudadana de los Estados Unidos) dentro de su país de origen, pero solo si el país de origen cuenta con un programa de medicina socializada y salvo que se encuentre cubierto según “Servicios de cuidado de emergencia y de urgencia” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan” del *Certificado*.

Obesidad

- Tratamiento o medicamentos para controlar el peso, que se ofrecen para reducir o aumentar el peso corporal, controlar el peso o tratar la obesidad (incluida la obesidad mórbida), salvo según se describe en “Cuidado preventivo y bienestar” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan” del *Certificado*. Se incluyen los servicios preventivos para exámenes de detección de obesidad e intervenciones de control de peso, independientemente de la existencia de otras enfermedades. Por ejemplo:
 - Medicamentos, estimulantes, preparados, alimentos o suplementos dietarios, suplementos y regímenes alimenticios, suplementos nutricionales, supresores del apetito y otras medicinas.
 - Hipnosis u otras formas de terapia.
 - Programas de ejercicios, equipos de entrenamiento, membresías en gimnasios, terapia recreativa u otras formas de hacer ejercicios o aumentar la actividad física.

Extracción de órganos

- Servicios y suministros brindados por un **proveedor** para extraer un órgano del cuerpo con el propósito de venderlo.

Otro pagador primario

- Pago de una porción del cargo por el que **Medicare** u otra parte pagó como pagador primario.

Terapia de infusión ambulatoria

- Nutrición por sonda.
- Transfusiones de sangre.

Esta exclusión no corresponde para los servicios de terapia de infusión **médicamente necesarios** en un entorno ambulatorio.

Medicamentos con receta y sin ella en casos ambulatorios

- **Medicamentos con receta** y sin ella en casos ambulatorios y otros medicamentos que usted recibe sin cargo del **titular de la póliza**.

Cuidado dental pediátrico

- Cualquier indicación de dieta, control de la placa dental e higiene oral.
- Tratamiento dental asíncrono.
- Servicios y suministros **cosméticos**, que incluyen **cirugía** plástica, reconstructiva y **cosmética**; personalización o caracterización de dentaduras u otros servicios y suministros cuyo fin es mejorar, alterar o resaltar la apariencia; procedimiento de aumento y vestibuloplastia; y otras sustancias para proteger, limpiar, blanquear o alterar la apariencia de los dientes (ya sea o no por motivos psicológicos o emocionales), excepto cuando la cobertura se indique específicamente en la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan” del *Certificado*. Los recubrimientos en las coronas de molares y en los pónicos se considerarán siempre **cosméticos**.
- Coronas, incrustaciones, sobrepuestos y protectores, excepto en los siguientes casos:
 - El tratamiento se debe a caries o a una **lesión** traumática, y los dientes no se pueden restaurar con material de relleno.
 - El diente sirve como estribo para una dentadura postiza parcial cubierta o un puente fijo cubierto.
- Implantes dentales y aparatos (que se determina que no son **médicamente necesarios**), protectores bucales y otros dispositivos para proteger, reemplazar o reposicionar los dientes.
- Dentaduras postizas, coronas, incrustaciones, sobrepuestos, puentes u otros dispositivos o servicios que se utilizan para lo siguiente:
 - Ferulización.
 - Alteración de la dimensión vertical.
 - Restauración de la oclusión.
 - Corrección del desgaste, la abrasión, la abfracción o la erosión.
- El tratamiento de cualquier **problema en la articulación** de la mandíbula y tratamientos para modificar la mordida, la alineación u operación de la mandíbula, incluido el tratamiento para el **trastorno de la articulación temporomandibular** y del **trastorno craneomandibular**, la **cirugía** ortognática y el tratamiento por maloclusión o dispositivos para modificar la mordida o la alineación, a excepción de lo cubierto conforme a “Afecciones específicas” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan” del *Certificado*.
- Anestesia general y sedación intravenosa, a menos que estén cubiertas específicamente y solo cuando se presten junto con otro **servicio de salud que cumple con los requisitos**.
- Kits de orden por correo y de uso en casa para tratamientos de ortodoncia.
- Tratamientos de ortodoncia, salvo que estén cubiertos conforme a “Cuidado dental pediátrico” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan” del *Certificado*.
- Pónicos, coronas, restauraciones fundidas o procesadas hechas con metales altamente nobles (oro).
- Medicamentos recetados, premedicación o analgesia (óxido nitroso).
- Reemplazo de un dispositivo perdido, desaparecido o robado; reemplazo de dispositivos que se han dañado por abuso, uso inadecuado o negligencia; y adquisición de una dentadura postiza de repuesto.
- Reemplazo de dientes más allá del complemento normal de 32.
- Exámenes dentales de rutina y otros servicios y suministros preventivos, excepto cuando se indique específicamente en “Cuidado dental pediátrico” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan” del *Certificado*.

- Los servicios y suministros con estas características:
 - Se prestan sin pruebas de patología, disfunción o enfermedad distintas de las cubiertas en los servicios preventivos.
 - Se brindan para su conveniencia o comodidad personal, o la de cualquier otra persona, incluido un proveedor.
 - Se brindan en relación con tratamientos o cuidados que no están cubiertos con su póliza.
- Extracción quirúrgica de muelas de juicio impactadas solo por motivos de ortodoncia.
- Tratamientos prestados por una persona que no sea **proveedor de cuidado dental**.

Artículos para el cuidado, la comodidad o la conveniencia personales

- Cualquier servicio o suministro que sea principalmente para su comodidad y conveniencia personal o la de un tercero.

Cuidado preventivo y bienestar

- Servicios para el diagnóstico o tratamiento de una **enfermedad** o **lesión** identificada o sospechada.
- Exámenes de cuidado no preventivo realizados durante una **internación** de cuidado médico.
- Pruebas o exámenes psiquiátricos, psicológicos, de personalidad o emocionales.
- Cualquier método anticonceptivo que solamente esté revisado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, pero no cuente con su aprobación.
- Métodos o dispositivos anticonceptivos masculinos, salvo que estén cubiertos conforme a “Servicios de planificación familiar: otros” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan” del *Certificado*.
- Reversión de procedimientos de esterilización voluntaria, incluido el seguimiento relacionado.

Dispositivos protésicos

- Zapatos ortopédicos, zapatos terapéuticos, dispositivos ortopédicos para pies u otros aparatos para sostener los pies, a menos que se encuentren cubiertos conforme a “Dispositivos protésicos y ortóticos” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan” del *Certificado*, o que el zapato ortopédico forme parte de un aparato ortopédico cubierto para la pierna.
- Trusas, corsés y otros artículos de soporte.
- Reparación y reemplazos por pérdidas o uso indebido.

Servicios de salud de la institución educativa

- Servicios y suministros que, en general, ofrecen sin cargo estas entidades del **titular de la póliza**:
 - **Servicios de salud de la institución educativa.**
 - Enfermería.
 - **Hospital.**
 - **Farmacia.**

Servicios y suministros que ofrecen **profesionales de la salud** que tienen esta relación con el **titular de la póliza**:

- Son empleados.
- Están afiliados.
- Tienen un arreglo o contrato.
- De otra manera fueron designados por el **titular de la póliza**.

Servicios brindados por un miembro de la familia

- Servicios suministrados por un cónyuge, pareja doméstica, padre o madre, hijo, hijastro, hermano, pariente político o cualquier miembro de la familia.

Disfunción y mejora del rendimiento sexual

- Cualquier tratamiento, **medicamento con receta**, servicio o suministro para tratar la disfunción sexual, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual, por ejemplo:
 - **Cirugía, medicamentos con receta**, implantes, dispositivos o preparados para corregir o mejorar la función eréctil, mejorar la sensibilidad o alterar la forma o apariencia de un órgano sexual.
 - Terapia sexual, asesoramiento sexual, asesoramiento matrimonial u otros servicios de orientación o consejería.

Esta exclusión no corresponde para los **medicamentos con receta** indicados para el tratamiento de la disfunción sexual o para mejorar el rendimiento sexual, cuando se encuentren cubiertos conforme a “Otros servicios” de la sección “Medicamentos con receta en casos ambulatorios” del *Certificado*.

Cirugía de los senos paranasales

- Cualquier servicio o suministro prestado por **proveedores** para realizar una cirugía de los senos paranasales que no es **médicamente necesaria**, excepto para el tratamiento de la sinusitis purulenta aguda.

Fuerza y rendimiento

- Servicios, dispositivos y suministros que no son **médicamente necesarios**, como los medicamentos o preparados para mejorar principalmente lo siguiente:
 - la fuerza;
 - el estado físico;
 - la resistencia;
 - el rendimiento físico.

Tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular y del trastorno craneomandibular

- Implantes dentales.

Terapias y exámenes

- Análisis capilar.
- Hipnosis e hipnoterapia.
- Terapia de masajes, salvo cuando se usa como una modalidad de terapia física.
- Terapia de integración sensorial o auditiva.

Servicios de trasplantes

- La recolección y el almacenamiento de órganos, sin la expectativa de un trasplante inmediato por una **enfermedad** existente.
- Extracción y almacenamiento de médula ósea, células madre hematopoyéticas u otras células sanguíneas, sin la expectativa de un trasplante dentro de los 12 meses de la extracción por una **enfermedad** existente.
- Gastos de viaje y alojamiento.

Tratamiento en una entidad federal, estatal o gubernamental

- Todo cuidado en un **hospital** o en otro centro que pertenece a alguna entidad federal, estatal o gubernamental, o que es operado por ellas; excepto cuando la cobertura es requerida por las leyes vigentes.

Tratamiento de la esterilidad

Todos los cargos relacionados con el tratamiento de la esterilidad, salvo según se describe en “Servicios básicos para tratar la esterilidad” bajo el título “Tratamiento de esterilidad” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan” del *Certificado*. Esto incluye lo siguiente:

- Medicamentos inyectables para tratar la **esterilidad**, que incluyen, entre otros, menotropinas, gonadotropina coriónica humana (hCG) y agonistas de la GnRH.
- Todos los cargos relacionados con lo siguiente:
 - Gestación subrogada para usted o la madre subrogada, a menos que la **persona cubierta** que es madre subrogada cuente con **beneficios cubiertos**. Una madre subrogada es una mujer que lleva en su vientre a un hijo genéticamente relacionado con ella, cuando el hijo fue concebido con la intención de entregarlo para ser criado por otras personas, incluido el padre biológico.
 - Criopreservación (congelación), almacenamiento o descongelación de óvulos, embriones o esperma, excepto que se deba a **esterilidad** iatrogénica.
 - El cuidado de la donante en un ciclo de donación de óvulos que incluye, por ejemplo, pagos a la donante, costos por exámenes a la donante, costos de pruebas de laboratorio, cualquier cargo relacionado con el cuidado de la donante que sea necesario para la transferencia o la extracción de óvulos.
 - El uso de una madre subrogada gestacional para la mujer que actúa como madre subrogada gestacional. Una madre subrogada gestacional es una mujer que lleva un embrión con el que no tiene relación genética.
 - La obtención del esperma de una persona no está cubierta con este plan como parte de los servicios de tecnología de reproducción asistida.
- Equipos para detectar la ovulación en el hogar o pruebas de embarazo caseras.
- Compra de embriones, oocitos o esperma de un donante.
- Reversión de esterilización voluntaria, incluido el seguimiento.
- Inducción de la ovulación con menotropinas, inseminación intrauterina y cualquier servicio, procedimiento o producto relacionados.
- Fertilización in vitro, transferencia intrafalopiana de cigotos, transferencia intrafalopiana de gametos, transferencia de embriones criopreservados y cualquier servicio, producto o procedimiento relacionados (como la inyección de esperma intracitoplasmática o la microcirugía de óvulos).
- Los servicios de tecnología de reproducción asistida no se ofrecen para cuidado fuera de la red.

Cuidado de la vista

Servicios y suministros para el cuidado pediátrico de la vista

- Marcos de anteojos, lentes y lentes de contacto sin **receta** con fines cosméticos.

Cuidado de la vista para adultos

- Visitas al consultorio de un oftalmólogo, optometrista u óptico relacionadas con la adaptación de lentes de contacto con receta.
- Marcos de anteojos, lentes y lentes de contacto sin **receta** con fines cosméticos.

Servicios y suministros para el cuidado de la vista para adultos

Su plan no cubre servicios ni suministros para el cuidado de la vista para adultos, a excepción de lo que se indica en “Otros servicios” de la sección “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan” del *Certificado*.

- Suministros especiales, como anteojos de sol sin **receta**.
- Procedimientos especiales de la vista, como ortóptica o terapia de la vista.
- Exámenes de ojos realizados durante su internación en un **hospital** u otro centro que brinde cuidado de salud.
- Exámenes de ojos para lentes de contacto o su adaptación.
- Anteojos o anteojos, lentes o armazones de repuesto o por duplicado.
- Reemplazo de lentes o armazones perdidos, robados o rotos.
- Pruebas de agudeza visual.
- **Cirugía** de ojos para corregir la vista, incluida la queratotomía radial, la cirugía ocular LASIK y procedimientos similares.
 - Servicios para tratar errores de refracción.

Programas de tratamiento en la naturaleza

- Consulte “Servicios educativos” en esta sección.

Excepciones y exclusiones que corresponden a los medicamentos con receta en casos ambulatorios

Medicamentos compuestos con receta

- Los medicamentos compuestos con receta que contienen productos químicos a granel que no tienen la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), incluidas las hormonas bioidénticas compuestas.

Medicamentos cosméticos

- Medicamentos o preparados que se utilizan con fines cosméticos.

Dispositivos, productos y aparatos, salvo que sean médicamente necesarios para la administración de un **medicamento con receta** en casos ambulatorios cubierto.

Suplementos alimenticios, incluidos los alimentos médicos. Esta exclusión no corresponde para la nutrición enteral y parenteral ni para los medicamentos sin receta aprobados por la FDA y requeridos por la lista de recomendaciones A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (por ejemplo, aspirina, vitamina D, ácido fólico y suplementos de hierro) si los receta un **médico**.

Medicamentos o medicinas

- Medicamentos o medicinas que, conforme a las leyes federales o estatales, no requieren **receta** (es decir, medicamentos sin receta), a menos que lo recomiende el Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos. Esta excepción no corresponde para los métodos anticonceptivos femeninos sin receta aprobados por la FDA que recete un proveedor.
- Medicamentos o medicinas que, desde el punto de vista terapéutico, son equivalentes o alternativos a un **medicamento con receta** cubierto, incluidos los medicamentos biosimilares (a menos que se apruebe una excepción médica).
- Medicamentos o medicinas que, desde el punto de vista terapéutico, son equivalentes o alternativos a un producto sin receta (a menos que se apruebe una excepción médica). Incluso si un medicamento está disponible como medicamento sin receta, la dosis de dicho medicamento tiene cobertura. Toda clase de **medicamento con receta** no quedará excluida en este caso.
- Medicamentos o medicinas no aprobados por la FDA.
- Medicamentos o medicinas cuyo costo está cubierto por una agencia federal, estatal o gubernamental (por ejemplo, Medi-Cal o la Administración de Veteranos).
- Medicamentos o medicinas utilizados con el propósito de subir o bajar de peso que incluyen, entre otros, estimulantes, preparados, alimentos o suplementos dietéticos, regímenes alimenticios y suplementos, alimentos o suplementos alimenticios, supresores del apetito y otros medicamentos.

Terapia con medicamentos duplicados (por ejemplo, dos antihistamínicos)

Vacunas relacionadas con viajes o el trabajo

- Vacunas relacionadas con viajes o el trabajo, salvo que las recomiende el Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.

Esterilidad

- **Medicamentos inyectables con receta** utilizados principalmente para el tratamiento de la **esterilidad**.

Medicamentos con receta

- Medicamentos con receta obtenidos antes de la fecha de entrada en vigor o después de la fecha de terminación de la cobertura con este plan.
- Medicamentos con receta que una persona usa o de los cuales está abusando de una manera que contribuya a una adicción a una sustancia que genera dependencia; cuyo uso real o previsto sería ilegal, poco ético, imprudente, abusivo, no **médicamente necesario** o indebido; y medicamentos obtenidos para ser utilizados por otra persona que no sea el miembro identificado en la tarjeta de identificación.

Nuevas obtenciones de un medicamento con receta

- Las nuevas obtenciones de un medicamento con receta a más de un año desde la última fecha de emisión de la **receta**.

Reemplazo de recetas perdidas o robadas

Nos reservamos el derecho a considerar estas exclusiones:

- El producto de un fabricante cuando haya un suministro, equipo o medicamento igual o similar (es decir, con el mismo ingrediente activo o el mismo efecto terapéutico) en la **Guía de medicamentos preferidos**.
- Cualquier dosis o presentación de un medicamento cuando el mismo medicamento (es decir, con el mismo ingrediente activo o el mismo efecto terapéutico) está disponible en diferentes dosis o presentaciones en la **Guía de medicamentos preferidos**.

El plan de seguro de salud para estudiantes de Pacific Union College está asegurado por Aetna Life Insurance Company. Aetna Student HealthSM es el nombre comercial de los productos y servicios ofrecidos por Aetna Life Insurance Company y sus filiales correspondientes (denominadas "Aetna").

Países sancionados

Si la cobertura que se ofrece mediante esta póliza no respeta o no respetará sanciones económicas o comerciales, se considerará nula inmediatamente. Por ejemplo, en las compañías de Aetna no se puede realizar pagos de cuidado de salud o de otros reclamos o servicios en incumplimiento de un reglamento de sanciones financieras. Esto incluye sanciones relacionadas con una persona o país bloqueados en virtud de una sanción de los EE. UU., a menos que se permita por escrito mediante una licencia de la Oficina de Control de Bienes Extranjeros (OFAC). Para obtener más información, visite <http://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx>.

Tecnología de asistencia

Es posible que las personas que utilizan tecnología de asistencia no puedan acceder por completo a la siguiente información. Si necesita asistencia, llame sin cargo al número que figura en su tarjeta de identificación.

Teléfono inteligente o tableta

Para ver los documentos desde el teléfono inteligente o la tableta, se necesita la aplicación gratuita WinZip. Puede estar disponible en su tienda de aplicaciones.

No discriminación

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

Aetna brinda lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como los siguientes:
 - intérpretes de lenguaje de señas calificados;
 - información escrita en otros formatos (en letra grande, en audio, en formatos electrónicos accesibles, etc.).
- Servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como los siguientes:
 - intérpretes calificados;
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nuestro coordinador de derechos civiles.

Si cree que en Aetna no le han brindado estos servicios o lo han discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a la siguiente dirección: Civil Rights Coordinator, PO Box 14462, Lexington, KY 40512; 1-800-648-7817, TTY: 711; fax: 859-425-3379; CRCoordinator@aetna.com. Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, nuestro coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja en el portal correspondiente de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos 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).

Las formas de quejas se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company, los planes de Coventry Health Care y sus filiales.

Hawaiian	No ka wala'au 'ana me ka lawelawe 'ōlelo e kahea aku i ka helu kelepona ma kāu kāleka ID. Kāki 'ole 'ia kēia kōkua nei.
Hindi	बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिए नंबर पर कॉल करें।
Hmong	Yuav kom tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu tus naj npawb ntawm koj daim npav ID.
Igbo	Inweta enyemaka asụsụ na akwughi ụgwọ obụla, kpọọ nọmba nọ na kaadi njirimara gị
Ilocano	Tapno maakses dagiti serbisio ti pagsasao nga awanan ti bayadna, awagan ti numero nga adda ayan ti ID kardmo.
Indonesian	Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, silakan hubungi nomor telepon di kartu asuransi Anda.
Italian	Per accedere ai servizi linguistici senza alcun costo per lei, chiami il numero sulla tessera identificativa.
Japanese	無料の言語サービスは、IDカードにある番号にお電話ください。
Karen	လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကိၣ်တၢ်မၤစၢအတၢ်ဖဲတၢ်မၤတဖၣ် လၢတၢ်အိၣ်ဒီးအပူၤလၢနကတၢ်ဟ့ၣ်အိၣ်အကီၢ်.ကိးဘၣ်လီၤတဖၣ်နီၣ်ဂံၢ်လၢအအိၣ်လၢနခိၣ်ဂီၤ (ID) အလီၤန့ၣ်တက့ၢ်.
Korean	무료 다국어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa	I nyuu kosna mahola ni language services ngui nsaawogui wo, sebel i nsinga i ye ntilga i kat yong matibla
Kurdish	بۆ دەستگیرکردن بە خزمەتگوزاری زمان بەی تێچوون بۆ تۆ، پەیوەندی بکە بە ژمارەی سەر نای دی (ID) کارتێ خۆت.
Lao	ເພື່ອເຂົ້າເຖິງບໍລິການພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າ, ໃຫ້ໂທຫາເບີໂທລະສັບໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.
Marathi	आपल्याला कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवांपर्यंत पोहोचण्यासाठी, आपल्या ID कार्डवरील क्रमांकावर फोन करा.
Marshallese	Ñan bōk jipañ kōn kajin ilo an ejjelok wōñean ñan kwe, kwōn kallok nōmba eo ilo kaat in ID eo aṃ.
Micronesian-Ponapean	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih nempe nan amhw doaropwe en ID.
Mon-Khmer, Cambodian	ដើម្បីទទួលបានសេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក។
Navajo	T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowoł doo bǫ́ǫ́h ílínígóó naaltsoos bee atah níllígo nanitinígíí bee néého'dólzínígíí béésh bee hane'í biká'ígíí áají' hólne'.
Nepali	भाषासम्बन्धी सेवाहरूमाथि निःशुल्क पहुँच राख्न आफ्नो कार्डमा रहेको नम्बरमा कल गर्नुहोस्।
Nilotic-Dinka	Tè koor yin ran de wëër de thokic ke cïn wëu kor keek tënɔŋ yïn. Ke yïn col ran ye koc kuony në namba de abac tö në ID kard duön de tiit de nyin de panakim köu.
Norwegian	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring nummeret på ID-kortet ditt.

