



SOVOS BRANDS INTERMEDIATE, INC.  
 Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2024  
 Open Choice® PPO (Colorado)  
 Qualified High Deductible Health Plan

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

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Limitaciones de los beneficios:</b> Algunos servicios o suministros están sujetos a límites por año. Es posible que haya una cantidad máxima de visitas o días, o un límite en dólares por año. En esos casos, el año de beneficios comienza el 1.º de enero (a menos que se indique lo contrario). Consulte los documentos del plan para obtener más información.		
<b>Deducible</b> (por año calendario)	\$3,200 individual. \$6,000 familiar.	\$3,200 individual. \$6,000 familiar.
Los gastos dentro de la red cubiertos se aplican para el deducible dentro de la red. Los gastos fuera de la red cubiertos se aplican para el deducible fuera de la red. Debe alcanzar el deducible antes de que el plan comience a pagar los beneficios, a menos que se indique lo contrario. El monto que usted paga (costo compartido) por algunos servicios médicos no se tiene en cuenta para alcanzar el deducible. Los costos de los medicamentos con receta se aplican al deducible. Consulte los documentos del plan para obtener detalles. Su familia tendrá un deducible. Usted alcanzará ese deducible cuando los gastos de varios miembros de la familia se acumulen para el deducible familiar. Ninguna persona paga más que el monto de deducible individual.		
<b>Coseguro del miembro</b> Se aplica a todos los gastos excepto como se indica.	Usted paga el 20 %.	Usted paga el 40 %.
<b>Límite de desembolso</b> (por año calendario)	\$6,000 individual. \$12,000 familiar.	\$9,000 individual. \$18,000 familiar.
Los gastos dentro de la red cubiertos se aplican para el límite de desembolso dentro de la red. Los gastos fuera de la red cubiertos se aplican para el límite de desembolso fuera de la red. Es posible que una parte de su costo compartido no se tenga en cuenta para el límite de desembolso. Los gastos de farmacia se tienen en cuenta para el límite de desembolso. Los gastos dentro de la red incluyen coseguro o copagos, y deducibles. Los gastos fuera de la red incluyen coseguro y deducibles. Las multas no se aplican. Su familia tendrá un límite de desembolso. Usted alcanzará ese límite cuando los gastos de varios miembros de la familia se acumulen para el límite de desembolso familiar. Ninguna persona paga más que el monto del límite de desembolso individual.		
<b>Máximo de por vida</b> Sin límite, excepto donde se indique lo contrario.		
<b>Pago por cuidado fuera de la red**</b>	No se aplica.	Profesional: 150 % de Medicare. Centro: 150 % de Medicare.
<b>Selección del médico de cuidado primario</b>	Se recomienda.	No se aplica.
<b>Requisitos de precertificación:</b> Para recibir algunos servicios fuera de la red, se necesita nuestra autorización previa (precertificación). Sin ella, descontamos \$400 de los beneficios. Consulte los documentos de su plan para obtener una lista completa de los servicios que requieren esta aprobación.		
<b>Requisitos de remisión</b>	No se requiere.	Ninguno.
<b>Consultas de telesalud:</b> Puede obtener acceso a los servicios cubiertos para visitas de telesalud de diferentes proveedores en su plan. Inicie sesión en <b>Aetna.com</b> para ver una lista de los proveedores que brindan servicios de telesalud. También encontrará más información sobre sus opciones, incluidos los montos de costos compartidos.		
CUIDADO PREVENTIVO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Exámenes físicos de rutina para adultos y vacunas</b> 1 examen cada 12 meses hasta los 65 años de edad y 1 examen cada 12 meses a partir de los 65 años.	Cobertura del 100 %, sin deducible.	40 % después del deducible.
<b>Exámenes de rutina para niños sanos y vacunas</b> • 7 exámenes en los primeros 12 meses. • 3 exámenes desde los 13 hasta los 24 meses de edad. • 3 exámenes desde los 25 hasta los 36 meses de edad. • 1 examen cada 12 meses desde los 3 hasta los 22 años de edad.	Cobertura del 100 %, sin deducible.	40 % después del deducible.



SOVOS BRANDS INTERMEDIATE, INC.  
 Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2024  
 Open Choice® PPO (Colorado)  
 Qualified High Deductible Health Plan

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

<b>Exámenes de cuidado ginecológico de rutina</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	40 % después del deducible.
1 examen y prueba de PAP por año, incluye costos asociados.		
<b>Mamografías de rutina</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	40 % después del deducible.
Se recomienda 1 mamografía por año para miembros de 40 años de edad y mayores.		
<b>Salud de la mujer</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	40 % después del deducible.
Incluye exámenes para detectar diabetes gestacional; pruebas de ADN para detectar virus del papiloma humano (VPH); asesoramiento para infecciones de transmisión sexual; asesoramiento y exámenes para detectar virus de inmunodeficiencia humana (VIH); asesoramiento y exámenes en casos de violencia doméstica e interpersonal; asesoramiento, suministros y apoyo para lactancia materna; métodos anticonceptivos (aquellos que exige la Ley de Cuidado de Salud Asequible [ACA], incluidos los anticonceptivos y dispositivos que no puede conseguir en una farmacia); procedimientos de esterilización (incluida la ligadura de trompas); educación y asesoramiento de pacientes. Pueden existir límites.		
<b>Maternidad (cuidado prenatal)</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	40 % después del deducible.
<b>Examen de tacto rectal de rutina</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	40 % después del deducible.
Se recomienda para los miembros de 40 años de edad y mayores.		
<b>Prueba de antígeno específico prostático</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	40 % después del deducible.
Se recomienda para los miembros de 40 años de edad y mayores.		
<b>Examen para detectar cáncer colorrectal</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	40 % después del deducible.
Se recomienda para los miembros de 45 años de edad y mayores.		
<b>Exámenes completos de ojos de rutina</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	40 % después del deducible.
1 examen de rutina cada 24 meses.		
<b>Examen de audición de rutina</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	40 % después del deducible.
<b>SERVICIOS PRESTADOS POR MÉDICOS</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Visitas al consultorio de un médico no especialista</b>	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Incluye servicios de internista, médico general, médico de familia o pediatra.		
<b>Consulta de telesalud con un proveedor no especialista</b>	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Visitas al consultorio de un especialista</b>	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Consulta de telesalud con un proveedor especialista</b>	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Exámenes de audición</b>	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
1 examen de rutina cada 24 meses.		
<b>Clínicas sin cita previa</b>	Cobertura del 100 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Las clínicas sin cita previa son centros de cuidado de salud independientes. Pueden estar ubicadas en una farmacia, supermercado u otra tienda de venta al por menor, y brindan cuidado y servicios médicos limitados. No son clínicas sin cita previa los centros de cuidado de urgencia, las salas de emergencias, los departamentos de cuidado ambulatorio de los hospitales, los centros quirúrgicos ambulatorios ni los consultorios médicos.		
<b>Pruebas de alergias</b>	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo reciba.	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo reciba.
<b>Inyecciones para tratar alergias</b>	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo reciba.	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo reciba.



SOVOS BRANDS INTERMEDIATE, INC.  
Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2024  
Open Choice® PPO (Colorado)  
Qualified High Deductible Health Plan

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

<b>PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Radiografías de diagnóstico</b> (distintas de servicios de imágenes complejas) Cuando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Servicios de laboratorio para diagnóstico</b> Cuando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Servicios de diagnóstico por imágenes complejas</b> Cuando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Proveedor de cuidado de urgencia</b>	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Uso no urgente de un proveedor de cuidado de urgencia</b>	Sin cobertura.	Sin cobertura.
<b>Sala de emergencias</b>	20 % después del deducible.	Igual al cuidado dentro de la red.
<b>Cuidado que no es de emergencia en sala de emergencias</b>	Sin cobertura.	Sin cobertura.
<b>Uso de emergencia de la ambulancia</b>	20 % después del deducible.	Igual al cuidado dentro de la red.
<b>Uso que no es de emergencia de la ambulancia</b>	Sin cobertura.	Sin cobertura.
<b>CUIDADO EN HOSPITAL</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Cobertura de internación</b> Cuando ingresa en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos que recibe.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Cobertura de internación por maternidad</b> (incluye cuidado para el parto y posparto) Cuando ingresa en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos que recibe.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Cuidado ambulatorio en hospital</b> Cuando recibe cuidado ambulatorio en un hospital, pero no pasa la noche allí, el costo compartido se tiene en cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Cirugía ambulatoria (hospital)</b> Cuando recibe cuidado ambulatorio en un hospital, pero no pasa la noche allí, el costo compartido se tiene en cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Cirugía ambulatoria (centro independiente)</b> Cuando recibe cuidado ambulatorio en un hospital, pero no pasa la noche allí, el costo compartido se tiene en cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.



SOVOS BRANDS INTERMEDIATE, INC.  
Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2024  
Open Choice® PPO (Colorado)  
Qualified High Deductible Health Plan

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

<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Con internación</b> Cuando ingresa en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos que recibe.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Visitas al consultorio por servicios de salud mental</b>	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Consultas de telesalud por servicios de salud mental</b>	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Otros servicios de salud mental</b> Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche allí, el costo compartido se tiene en cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>ABUSO DE SUSTANCIAS</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Con internación</b> Cuando ingresa en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos que recibe.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Centro residencial de tratamiento</b> Cuando ingresa en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos que recibe.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Visitas al consultorio por abuso de sustancias</b>	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Consultas de telesalud por abuso de sustancias</b>	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Otros servicios por abuso de sustancias</b> Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche allí, el costo compartido se tiene en cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>SERVICIOS DE TERAPIA</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Terapia de manipulación de la columna vertebral</b> Limitado a 20 visitas por año.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Rehabilitación ambulatoria a corto plazo</b> Limitado a 30 visitas por año. Incluye terapias física, ocupacional y del habla.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Terapia física para enseñanza de habilidades</b>	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Terapia ocupacional para enseñanza de habilidades</b>	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Terapia del habla para enseñanza de habilidades</b>	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Terapia física relacionada con el autismo</b>	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Terapia ocupacional relacionada con el autismo</b>	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Terapia del habla relacionada con el autismo</b>	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Terapia de salud emocional y psicológica relacionada con el autismo</b> Estos beneficios se combinan con visitas ambulatorias por salud mental.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.



SOVOS BRANDS INTERMEDIATE, INC.  
Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2024  
Open Choice® PPO (Colorado)  
Qualified High Deductible Health Plan

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

<b>Análisis aplicado del comportamiento relacionado con el autismo</b>	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Sus beneficios para estos servicios son los mismos que cualquier otro beneficio de servicios ambulatorios de salud mental.		
<b>OTROS SERVICIOS</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Centro de enfermería especializada</b>	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Limitado a 60 días por año. Cuando ingresa en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos que recibe.		
<b>Cuidado de salud en el hogar</b>	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Limitado a 60 visitas por año. Los servicios de cuidado de salud en el hogar incluyen servicio privado de enfermería. Limitado a 3 visitas por día realizadas por el personal de una agencia de cuidado de salud en el hogar. 1 visita equivale a un período de 4 horas o menos.		
<b>Cuidado de hospicio (con internación)</b>	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Cuando ingresa en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos que recibe.		
<b>Cuidado de hospicio (ambulatorio)</b>	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche allí, el costo compartido se tiene en cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.		
<b>Servicio privado de enfermería</b>	Cubierto como parte del cuidado de salud en el hogar.	Cubierto como parte del cuidado de salud en el hogar.
Cada período de servicio privado de enfermería de hasta 8 horas se considera 1 turno de enfermería privada.		
<b>Equipo médico duradero</b>	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Prótesis</b>	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Suministros para diabéticos</b> (si no están cubiertos como beneficio de medicamentos con receta)	Tiene igual cobertura que otros gastos médicos.	Tiene igual cobertura que otros gastos médicos.
	Usted paga el costo compartido del medicamento con receta si tiene cobertura de medicamentos con receta. De lo contrario, paga el costo compartido de visita al consultorio del médico de cuidado primario.	Usted paga el costo compartido del medicamento con receta si tiene cobertura de medicamentos con receta. De lo contrario, paga el costo compartido de visita al consultorio del médico de cuidado primario.
<b>Terapia de infusión (en el domicilio o en el consultorio)</b>	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Terapia de infusión (cuidado ambulatorio en hospital o centro independiente)</b>	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
<b>Audífonos</b>	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Con cobertura hasta los 18 años de edad para audífonos iniciales y de reemplazo con una frecuencia no mayor a cinco años y audífonos nuevos cuando realizar cambios en el audífono existente no satisface en forma adecuada las necesidades del niño. Incluye la evaluación inicial de audífonos, controles, ajustes y entrenamiento auditivo (dentro de estándares profesionales aceptados).		
<b>Trasplantes</b>	20 % después del deducible. La cobertura dentro de la red está disponible únicamente en un centro contratado Institutes of Excellence (IOE).	40 % después del deducible. La cobertura fuera de la red aplica cuando recibe servicios en un centro no IOE. En este caso, pagará más dinero de su bolsillo.



SOVOS BRANDS INTERMEDIATE, INC.  
 Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2024  
 Open Choice® PPO (Colorado)  
 Qualified High Deductible Health Plan

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

<b>Cirugía bariátrica</b> Cuando ingresa en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos que recibe.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
---	-----------------------------	-----------------------------

<b>Acupuntura</b> Limitado a 20 visitas por año.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
---	-----------------------------	-----------------------------

**Otro cuidado de salud:** Coseguro del miembro del 20 % después del deducible por servicios que no están dentro ni fuera de la red.

<b>PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
-------------------------------	-------------------------	------------------------

<b>Tratamiento contra la esterilidad</b> Tiene cobertura para el diagnóstico y tratamiento de la causa subyacente de la esterilidad.	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo reciba.	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo reciba.
---	--	--

<b>Servicios integrales para la esterilidad relativa</b> La cobertura incluye inseminación artificial e inducción de la ovulación, limitado a 6 tratamientos de por vida para cada miembro. El máximo de por vida se aplica a todos los procedimientos cubiertos por cualquiera de nuestros planes, excepto donde lo prohíbe la ley.	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo reciba.	El costo compartido aplicable se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta.
---	--	--

La cobertura incluye inseminación artificial e inducción de la ovulación, limitado a 6 tratamientos de por vida para cada miembro. El máximo de por vida se aplica a todos los procedimientos cubiertos por cualquiera de nuestros planes, excepto donde lo prohíbe la ley.

<b>Tecnología de reproducción asistida</b> Limitado a 3 extracciones de ovocitos de por vida. Transferencias ilimitadas de embriones. Se cubren la criopreservación y el almacenamiento solamente para tratar la esterilidad iatrogénica. La esterilidad iatrogénica puede ocurrir como resultado de ciertos tipos de tratamiento médico. Incluye fertilización <i>in vitro</i> , transferencia intrafalopiana de cigotos, transferencia intrafalopiana de gametos, transferencia de embriones criopreservados, inyección de espermia intracitoplasmática o microcirugía de óvulos.	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo reciba.	El costo compartido aplicable se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta.
--	--	--

Limitado a 3 extracciones de ovocitos de por vida. Transferencias ilimitadas de embriones. Se cubren la criopreservación y el almacenamiento solamente para tratar la esterilidad iatrogénica. La esterilidad iatrogénica puede ocurrir como resultado de ciertos tipos de tratamiento médico.

Incluye fertilización *in vitro*, transferencia intrafalopiana de cigotos, transferencia intrafalopiana de gametos, transferencia de embriones criopreservados, inyección de espermia intracitoplasmática o microcirugía de óvulos.

<b>Vasectomía</b>	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo reciba.	40 % después del deducible.
-------------------	--	-----------------------------

<b>Ligadura de trompas</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.	40 % después del deducible.
----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------

<b>FARMACIA</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
-----------------	-------------------------	------------------------

Se aplica el costo total del medicamento al deducible antes de que los beneficios sean considerados para el pago según el plan de farmacia.

<b>Tipo de plan de farmacia</b>	Plan Advanced Control de Aetna	
---------------------------------	--------------------------------	--

<b>Deducible para medicamentos con receta</b>	Los gastos de medicamentos con receta se aplican al deducible médico.	
---	---	--

<b>Límite de desembolso para medicamentos con receta</b>	Los gastos de medicamentos con receta se aplican al límite de desembolso médico.	
--	--	--

<b>Medicamentos genéricos preferidos</b>		
<b>Al por menor</b>	Copago de \$15.	40 % del costo presentado.
<b>Orden por correo</b>	Copago de \$37.50.	No aplica.

<b>Medicamentos de marca preferidos</b>		
<b>Al por menor</b>	Copago de \$50.	40 % del costo presentado.
<b>Orden por correo</b>	Copago de \$125.	No aplica.

<b>Medicamentos de marca y genéricos no preferidos</b>		
<b>Al por menor</b>	Copago de \$90.	40 % del costo presentado.
<b>Orden por correo</b>	Copago de \$225.	No aplica.

<b>Medicamentos de especialidad</b>		
<b>Medicamentos de especialidad preferidos</b>	30 % Máximo de \$250.	Sin cobertura.
<b>Medicamentos de especialidad no preferidos</b>	30 % Máximo de \$250.	Sin cobertura.



SOVOS BRANDS INTERMEDIATE, INC.  
Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2024  
Open Choice® PPO (Colorado)  
Qualified High Deductible Health Plan

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

### Farmacia (requisitos y días de suministro)

<b>Al por menor</b>	Puede obtener un suministro de hasta 30 días de la red nacional de Aetna.
<b>Elección obligatoria para medicamentos de mantenimiento</b>	Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos con receta que suelen usarse para tratar enfermedades que requieren su uso diario y regular. Si toma un medicamento de mantenimiento, puede obtenerlo 2 veces al por menor. Luego, debe obtener un suministro de 31 a 90 días de medicamentos de mantenimiento en CVS Caremark® Mail Service Pharmacy o CVS Pharmacy®. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total del medicamento.
<b>Exclusión voluntaria</b>	Debe notificarnos si quiere seguir abasteciendo sus recetas en una farmacia de venta al por menor de la red. Para hacerlo, llame al número que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.
<b>De especialidad</b>	Puede obtener un suministro de hasta 30 días de medicamentos de especialidad. Debe abastecer todas las recetas a través de nuestra red preferida de farmacias de especialidad. <i>Formulario del plan Advanced Control, Lista de medicamentos asegurados de Aetna.</i>

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

- Suministros para diabéticos.
- Insulina; su pago máximo por período de 30 días consecutivos es de \$100.
- Medicamentos para la disfunción sexual (incluye dosis diaria) y 6 comprimidos adicionales por mes para el tratamiento de la disfunción eréctil.
- Una lista limitada de medicamentos sin receta si se obtienen a través de una receta.

### Planificación familiar

- Medicamentos para la fertilidad orales e inyectables (los cargos médicos por inyecciones no están cubiertos por los beneficios de medicamentos con receta y la cobertura médica es limitada).
- Anticonceptivos cubiertos hasta un suministro para 12 meses. Se aplica la estrategia de copago por anticonceptivos.

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

- Medicamentos quimioterapéuticos orales.
- Vacunas estacionales.
- Vacunas preventivas.
- Anticonceptivos y medicamentos preventivos que cumplen con los requisitos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Se incluyen también preservativos masculinos. Visite [Aetna.com](https://www.aetna.com) para obtener una lista completa de los medicamentos con receta que cumplen con los requisitos.

### Requisitos de precertificación:

Algunos medicamentos con receta cubiertos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos. Algunos medicamentos con receta cubiertos requieren terapia escalonada antes de que los cubramos. Con la terapia escalonada, debe probar primero 1 o más medicamentos antes de que paguemos el medicamento en cuestión. Consulte los documentos del plan o visite nuestro sitio web para miembros para conocer los requisitos de precertificación y la lista de los medicamentos con terapia escalonada más actualizados.

**Elección de genéricos:** A veces, es posible que usted o su proveedor soliciten un medicamento de marca cuando existe un equivalente genérico. Si es así, deberá pagar el copago del medicamento de marca más la diferencia entre el precio del genérico y el del producto de marca.

## ESTIPULACIONES GENERALES

**Dependientes que cumplen con los requisitos para participar en su plan** Cónyuge, hijos desde el nacimiento hasta los 26 años de edad, sin importar su estado estudiantil.

\*\* Cubrimos el costo de los servicios según los médicos brinden servicios dentro o fuera de la red. Queremos ayudarlo a comprender cuánto pagamos por su cuidado fuera de la red. Al mismo tiempo, queremos dejar en claro cuánto más deberá pagar usted por este cuidado fuera de la red.



SOVOS BRANDS INTERMEDIATE, INC.  
Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2024  
Open Choice® PPO (Colorado)  
Qualified High Deductible Health Plan

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

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

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

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

El médico fija su propia tarifa para cobrarle. Esta puede ser más alta (a veces mucho más alta) de lo que su plan reconoce. El médico puede facturarle el monto en dólares que no reconocemos. Además, usted debe pagar todo copago, coseguro y deducible estipulados en el plan. Los montos en dólares que superen el cargo reconocido no cuentan para alcanzar los desembolsos o deducibles máximos que le corresponden. Para obtener más información sobre cómo pagamos los beneficios fuera de la red, visite nuestro sitio web.

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

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

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

Los planes son brindados por Aetna Health Inc. Aunque creemos que este material es correcto en la fecha de elaboración, está sujeto a cambios.

Los planes de beneficios y de seguro de salud contienen exclusiones y limitaciones. No todos los servicios de salud están cubiertos.

Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura. Las características y la disponibilidad del plan pueden variar según la ubicación y están sujetas a cambios. Los proveedores son contratistas independientes y no son nuestros agentes. La participación de los proveedores puede modificarse sin previo aviso. No brindamos cuidado ni garantizamos acceso a servicios de salud.

La siguiente es una lista de servicios y suministros que, *en general*, no están cubiertos. Sin embargo, los documentos de su plan pueden contener excepciones a esta lista basadas en mandatos estatales, en el diseño del plan o en las cláusulas adicionales adquiridas por su empleador.





SOVOS BRANDS INTERMEDIATE, INC.  
Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2024  
Open Choice® PPO (Colorado)  
Qualified High Deductible Health Plan

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

- Todos los servicios médicos y hospitalarios que no estén específicamente cubiertos en los documentos del plan o que estén limitados o excluidos en estos.
- Cirugía cosmética, incluida la reducción de senos.
- Cuidado no médico.
- Cuidado dental y radiografías dentales.
- Extracción de óvulos de la donante.
- Procedimientos en etapa de prueba e investigación (excepto para la cobertura de los costos del cuidado médico necesario de rutina a los pacientes miembros que participan en ensayos clínicos contra el cáncer).
- Audífonos
- Partos en el hogar.
- Vacunas para viajes o empleos, excepto en los casos que sean médicamente necesarias o indicadas.
- Medicamentos implantables y ciertos medicamentos inyectables, incluidos medicamentos inyectables para tratar la esterilidad.
- Servicios para tratar la esterilidad, incluida la inseminación artificial y tecnología de reproducción asistida (como fertilización *in vitro*, transferencia intrafalopiana de cigotos, transferencia intrafalopiana de gametos, inyección de esperma intracitoplasmática) y otros servicios relacionados, a menos que se enumeren específicamente como cubiertos en los documentos de su plan.
- Terapia de rehabilitación a largo plazo.
- Servicios o suministros médicamente innecesarios.
- Medicamentos con receta en casos ambulatorios (excepto para el tratamiento de la diabetes), a menos que estén cubiertos por una cláusula adicional sobre la cobertura de medicamentos con receta, y suministros y medicamentos sin receta (excepto cuando se proveen en un hospital).
- Queratotomía radial o procedimientos relacionados.
- Reversión de esterilización.
- Servicios para el tratamiento de la disfunción sexual o para mejorar el rendimiento, incluidos suministros, terapia, asesoramiento o medicamentos con receta.
- Servicio especial de enfermería.
- Terapias o rehabilitaciones distintas de las enumeradas como cubiertas.
- Servicios para el control de peso, incluidos procedimientos quirúrgicos, tratamientos médicos, programas de pérdida o control de peso, regímenes y suplementos alimenticios, supresores del apetito y otros medicamentos; alimentos o suplementos alimentarios; programas de ejercicios, equipos de ejercicios u otros equipos; y otros servicios y suministros cuya intención principal es controlar el peso o tratar la obesidad, incluida la obesidad mórbida, o cuyo propósito es reducir el peso, sin importar la existencia de enfermedades comórbidas.

En casos de emergencia, llame al 911 o a su número local para llamadas de emergencia, o diríjase directamente a un centro de cuidado de emergencia.

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

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

Las características y la disponibilidad del plan pueden variar según la ubicación y el tamaño del grupo.

Para obtener más información sobre los planes de Aetna, consulte en **[www.aetna.com](http://www.aetna.com)**.

Aetna y MinuteClinic, LLC, que opera o brinda determinados servicios de asistencia en la administración a clínicas sin cita previa MinuteClinic, son miembros del grupo de CVS Health.