





LARRY METHVIN INSTALLATION, INC.  
Fecha de entrada en vigor: 1 de junio del 2026  
Aetna Value Network HMO

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN  
PROPORCIONADO POR AETNA HEALTH OF CALIFORNIA INC.  
TODO RIESGO**

<b>Vacunas en la infancia</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.
<b>Exámenes de cuidado ginecológico de rutina</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible. 1 examen y prueba de PAP por año, incluidas la prueba de detección del VPH y costos relacionados.
<b>Mamografías de rutina</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible. Se recomienda 1 por año para miembros mayores de 40 años de edad.
<b>Salud de la mujer</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible. Esto incluye: exámenes para detectar diabetes gestacional; pruebas de ADN para detectar virus del papiloma humano (VPH); asesoramiento para infecciones de transmisión sexual; asesoramiento y exámenes para detectar virus de inmunodeficiencia humana (VIH); asesoramiento y exámenes en casos de violencia doméstica e interpersonal; asesoramiento, suministros y apoyo para lactancia materna; 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.
<b>Examen de tacto rectal de rutina y prueba de antígeno específico prostático</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible. Se recomienda para miembros mayores de 40 años de edad.
<b>Examen para detectar cáncer colorrectal</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible. Se recomienda para todos los miembros de 45 años de edad y mayores. Se aplica un límite de frecuencia.
<b>Exámenes completos de ojos de rutina</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible. 1 examen de rutina cada 24 meses. Acceso directo a proveedores participantes sin remisión.
<b>Examen de audición de rutina</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.
<b>SERVICIOS PRESTADOS POR UN PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS MÉDICO</b>	
<b>Visitas al médico de cuidado primario</b>	Copago de \$50 por visita al consultorio; sin deducible. Incluye servicios de internista, médico general, médico de familia o pediatra.
<b>Consulta de telesalud con un proveedor no especialista</b>	Copago de \$50 por visita al consultorio; sin deducible.
<b>Visitas al consultorio de un especialista</b>	Copago de \$60 por visita al consultorio, sin deducible.
<b>Consulta de telesalud con un proveedor especialista</b>	Copago de \$60 por visita al consultorio, sin deducible.
<b>Clínicas sin cita previa</b>	Copago de \$50; sin deducible. <b>Clínicas sin cita previa designadas</b> Cobertura del 100 %, sin deducible. Las clínicas sin cita previa son centros de cuidado de salud independientes. Pueden estar ubicadas en una farmacia, supermercado u otra tienda de venta al por menor, y brindan cuidado y servicios médicos limitados. Clínicas que no son sin cita previa: centros de cuidado de urgencia, salas de emergencias, el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital, centros de cirugía ambulatoria y consultorios médicos.
<b>Pruebas de alergias</b>	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
<b>Inyecciones para tratar alergias</b>	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe. Cobertura del 100 % cuando no se aplica el cargo por visita al consultorio.



**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN  
PROPORCIONADO POR AETNA HEALTH OF CALIFORNIA INC.  
TODO RIESGO**

<b>PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO</b>	<b>PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS</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.	Copago de \$50; sin 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.	Cobertura del 100 %, sin 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.	Copago de \$150, sin deducible.
<b>CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA</b>	<b>PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS</b>
<b>Proveedor de cuidado de urgencia</b>	Copago de \$75 por visita al consultorio, sin deducible.
<b>Uso no urgente de un proveedor de cuidado de urgencia</b>	Sin cobertura.
<b>Sala de emergencias</b> Copago eximido si hay admisión.	Copago de \$200 después del deducible.
<b>Cuidado que no es de emergencia en sala de emergencias</b>	Sin cobertura.
<b>Uso de emergencia de la ambulancia</b>	Copago de \$200, sin deducible.
<b>Uso que no es de emergencia de la ambulancia</b>	Sin cobertura.
<b>CUIDADO EN HOSPITAL</b>	<b>PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS</b>
<b>Cobertura de internación</b> Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	40 % después del deducible.
<b>Cobertura de internación por maternidad</b> (incluye cuidado para el parto y posparto) Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	\$50 por servicios de maternidad del médico, sin deducible; 40 % por servicios del centro después del deducible.
<b>Cirugía ambulatoria (hospital)</b> Cuando recibe cuidado ambulatorio en un hospital, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	40 % después del deducible.
<b>Cirugía ambulatoria (centro independiente)</b> Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	40 % después del deducible.
<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b>	<b>PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS</b>
<b>Servicios de salud mental (con internación)</b> Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	40 % después del deducible.
<b>Visitas al consultorio por servicios de salud mental</b>	Copago de \$60, sin deducible.



**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN  
 PROPORCIONADO POR AETNA HEALTH OF CALIFORNIA INC.  
 TODO RIESGO**

<b>Consultas de telesalud por servicios de salud mental</b>	Copago de \$60 por visita al consultorio, sin deducible.
<b>Otros servicios de salud mental</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible. Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.
<b>ABUSO DE SUSTANCIAS</b>	<b>PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS</b>
<b>Servicios con internación</b>	40 % después del deducible. Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.
<b>Centro residencial de tratamiento</b>	40 % después del deducible. Si lo ingresan en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.
<b>Visitas al consultorio por abuso de sustancias</b>	Copago de \$60, sin deducible.
<b>Consultas de telesalud por abuso de sustancias</b>	Copago de \$60 por visita al consultorio, sin deducible.
<b>Otros servicios por abuso de sustancias</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible. Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.
<b>SERVICIOS DE TERAPIA</b>	<b>PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS</b>
<b>Terapia de manipulación de la columna vertebral</b>	Copago de \$15, sin deducible. Limitado a 20 visitas por año. Acceso directo a proveedores participantes sin remisión.
<b>Rehabilitación ambulatoria a corto plazo</b>	Copago de \$60, sin deducible. Incluye terapias física, ocupacional y del habla.
<b>Terapia física para enseñanza de habilidades</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.
<b>Terapia ocupacional para enseñanza de habilidades</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.
<b>Terapia del habla para enseñanza de habilidades</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.
<b>Terapia física relacionada con el autismo</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.
<b>Terapia ocupacional relacionada con el autismo</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.
<b>Terapia del habla relacionada con el autismo</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.
<b>Terapia de salud emocional y psicológica relacionada con el autismo</b>	Consulte el beneficio de salud emocional y psicológica en servicios ambulatorios para salud mental. Estos beneficios se combinan con visitas de salud mental ambulatorias.
<b>Análisis aplicado del comportamiento relacionado con el autismo</b>	Consulte el beneficio de servicios ambulatorios de salud emocional y psicológica en "Otros servicios". Sus beneficios para estos servicios son los mismos que cualquier otro beneficio de salud mental ambulatorio descrito en "Otros servicios".



**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN  
PROPORCIONADO POR AETNA HEALTH OF CALIFORNIA INC.  
TODO RIESGO**

<b>OTROS SERVICIOS</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>
<b>Centro de enfermería especializada</b> Limitado a 100 días por año. Si lo ingresan en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	40 % después del deducible.
<b>Cuidado de salud en el hogar</b> Limitado a 120 visitas por año. 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.	Copago de \$60, sin deducible.
<b>Cuidado de hospicio (con internación)</b> Si lo ingresan en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	40 % después del deducible.
<b>Cuidado de hospicio (ambulatorio)</b> Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	Copago de \$60 después del deducible.
<b>Equipo médico duradero</b>	Copago de \$50; sin deducible.
<b>Prótesis</b>	Cobertura del 100 % después del deducible.
<b>Ortopedia</b> Ortopedia y calzado especial cubiertos para personas con deformidades en los pies.	Cobertura del 100 % después del deducible.
<b>Suministros para diabéticos</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Si no están cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta.</li><li>• Si están cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta.</li></ul>	Usted paga el costo compartido de la visita al médico de cuidado primario. Usted paga el costo compartido de los medicamentos con receta aplicables.
<b>Terapia de infusión</b> Administrada en el hogar o en el consultorio del médico	Copago de \$60, sin deducible.
<b>Terapia de infusión (cuidado ambulatorio en hospital o centro independiente)</b>	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
<b>Terapias génicas, celulares y otras terapias innovadoras (GCIT™)</b>	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.  Copago de \$60; sin deducible para medicamentos de terapia génica, si corresponde. La cobertura dentro de la red es brindada únicamente en centros GCIT™ designados.
<b>Audífonos</b>	Sin cobertura.
<b>Trasplantes</b>	40 % después del deducible. La cobertura dentro de la red está disponible únicamente en un centro contratado Institutes of Excellence (IOE).
<b>Cirugía bariátrica</b> Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	40 % después del deducible.
<b>Acupuntura</b> Limitado a 20 visitas por año.	Copago de \$15, sin deducible.
<b>PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b>	<b>PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS</b>
<b>Servicios básicos para tratar la esterilidad</b> Tiene cobertura para la inseminación artificial y el diagnóstico y el tratamiento de la causa subyacente de la esterilidad.	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo recibe.



**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN  
 PROPORCIONADO POR AETNA HEALTH OF CALIFORNIA INC.  
 TODO RIESGO**

<b>Tecnología de reproducción asistida</b>	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo recibe. La cobertura de tecnología de reproducción asistida se limita a 3 extracciones de óvulos de por vida e incluye fertilización <i>in vitro</i> , transferencia intrafalopiana de cigotos, transferencia intrafalopiana de gametos, transferencia de embriones criopreservados, inyección de esperma intracitoplasmática o microcirugía de óvulos e inducción de la ovulación. El máximo se aplica a todos los procedimientos cubiertos por cualquiera de nuestros planes, excepto donde lo prohíbe la ley.
<b>Preservación de la fertilidad</b>	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo recibe. Incluye cobertura para criopreservación y almacenamiento en casos de esterilidad iatrogénica. La esterilidad iatrogénica es la esterilidad que puede ocurrir debido a ciertos tipos de tratamiento médico.
<b>Vasectomía</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.
<b>Ligadura de trompas</b>	Cobertura del 100 %, sin deducible.
<b>BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>
<b>Tipo de plan de farmacia</b>	Plan Advanced Control de Aetna (California)
<b>Límite de desembolso para medicamentos con receta</b>	Los gastos de medicamentos con receta se aplican al límite de desembolso médico.
<b>Medicamentos genéricos</b>	
<b>Farmacia al por menor</b>	Copago de \$20.
<b>Orden por correo</b>	Copago de \$40.
<b>Medicamentos de marca preferidos</b>	
<b>Farmacia al por menor</b>	Copago de \$40.
<b>Orden por correo</b>	Copago de \$80.
<b>Medicamentos de marca no preferidos</b>	
<b>Farmacia al por menor</b>	Copago de \$60.
<b>Orden por correo</b>	Copago de \$120.
<b>Medicamentos de especialidad</b>	
<b>Medicamentos de especialidad preferidos</b>	30 % Máximo de \$250.
<b>Medicamentos de especialidad no preferidos</b>	30 % Máximo de \$250.
<b>Farmacia (requisitos y días de suministro)</b>	
<b>Farmacia al por menor</b>	1 vez el copago al por menor para un suministro de 30 días; 2 veces el copago al por menor para un suministro de 31 a 60 días; 3 veces el copago al por menor para un suministro de 61 a 90 días de la red nacional de Aetna.
<b>Orden por correo</b>	Puede obtener un suministro de 31 a 90 días de CVS Caremark® Mail Service Pharmacy.
<b>Especialidad</b>	Puede obtener un suministro de medicamentos de especialidad de hasta 30 días. Debe obtener todos los medicamentos de especialidad a través de nuestra red preferida de farmacias de especialidad. <i>Formulario</i> del plan Advanced Control de Aetna, <i>Lista de medicamentos asegurados</i> de Aetna
<b>El plan de medicamentos con receta también incluye lo siguiente:</b>	
•	Suministros para diabéticos
•	Copago máximo de \$25 por abastecimiento, por un suministro de 30 días de insulina del <i>Formulario</i> .
•	Medicamentos con receta para la pérdida de peso que requieren precertificación.
•	Medicamentos para la disfunción sexual, incluida la dosis diaria y 6 comprimidos adicionales por mes para la disfunción eréctil.
•	Una lista limitada de medicamentos sin receta si se obtienen a través de una receta.



**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN  
PROPORCIONADO POR AETNA HEALTH OF CALIFORNIA INC.  
TODO RIESGO**

---

**Planificación familiar**

- Medicamentos para la fertilidad, orales e inyectables, incluidos (los cargos médicos 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.
- Medicamentos preventivos elegibles según la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA).

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

**Requisitos para la precertificación:**

Algunos medicamentos con receta cubiertos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos. Algunos medicamentos con receta cubiertos requieren terapia escalonada antes de que los cubramos. Con la terapia escalonada, debe probar primero 1 o más medicamentos antes de que paguemos el medicamento en cuestión. Para obtener la información más actualizada sobre los requisitos de precertificación y la lista de medicamentos que requieren terapia escalonada, consulte los documentos de su plan o visite el sitio web para miembros.

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

---

**ESTIPULACIONES GENERALES**

**Dependientes 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.

---

**Exclusiones y limitaciones**

**Los planes de beneficios y de seguro de salud son ofrecidos o asegurados por Aetna Health of California Inc. Cada compañía de seguros tiene responsabilidad financiera exclusiva sobre sus propios productos.**

Este material solo tiene fines informativos. Los planes de beneficios 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.

Usted puede ser responsable de la totalidad de los cargos de un proveedor del cuidado de la salud por todos los servicios que no están cubiertos, incluidas aquellas circunstancias en las cuales usted haya superado el límite de beneficios que figura en el plan. 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.

- Todos los servicios médicos y hospitalarios que no estén específicamente cubiertos en los documentos del plan, o que han sido limitados o excluidos de este.
- Cirugía cosmética, incluida la reducción de senos.
- Cuidado de custodia.
- Cuidado dental y radiografías dentales.
- Extracción de ovocitos a donante.
- Equipo médico duradero.



LARRY METHVIN INSTALLATION, INC.  
Fecha de entrada en vigor: 1 de junio del 2026  
Aetna Value Network HMO

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN  
PROPORCIONADO POR AETNA HEALTH OF CALIFORNIA INC.  
TODO RIESGO**

- 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 la infertilidad.
- 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.
- Ortótica, excepto ortótica diabética.
- Medicamentos con receta en casos ambulatorios (excepto para el tratamiento de la diabetes), a menos que estén cubiertos por una opción adicional de medicamentos con receta y de venta libre (excepto cuando se proveen en un hospital) y suministros.
- Queratotomía radial o procedimientos relacionados.
- Reversión de esterilización.
- Servicios para el tratamiento de disfunción o insuficiencia sexuales, incluidos suministros, terapia, consejería o medicamentos con receta.
- Servicio especial de enfermería.
- Terapias o rehabilitaciones distintas de las enumeradas como cubiertas.
- Tratamiento de trastornos del comportamiento.
- Servicios para el control de peso, incluidos procedimientos quirúrgicos, tratamientos médicos, programas de pérdida/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.

**Si necesita la asistencia de un representante que hable su idioma, llame al número de Servicios al Cliente que figura en su tarjeta de identificación y se lo comunicará con la línea de idiomas, si es necesario. De lo contrario, puede llamar directamente al 1-888-982-3862 (140 idiomas disponibles; solicite un intérprete).**

**TDD: 1-800-628-3323 (para personas con problemas de audición únicamente).**

**If you require language assistance, please call the member services number located on your ID card, and you will be connected with the language line if needed; or you may dial direct at 1-888-982-3862 (140 languages are available. You must ask for an interpreter). TDD 1-800-628-3323 (hearing impaired only).**

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). Aunque creemos que este material es correcto en la fecha de elaboración, está sujeto a cambios.

Aetna y MinuteClinic, LLC (que administra o brinda ciertos servicios de apoyo para el manejo de enfermedades en las clínicas sin cita previa de MinuteClinic), forman parte de las compañías de CVS Health.

**\*\*\* Este documento del plan le ofrece una descripción general de algunos de sus beneficios y obligaciones de costos compartidos. Esta información SOLO tiene fines ilustrativos. El presente no es un documento oficial y puede diferir de su *Certificado de cobertura (COC)*, que es su documento oficial. Consulte su *COC* para obtener información sobre su cobertura, los servicios y las obligaciones por su parte.**