

Aetna Health Inc.

Declaración de divulgación del plan Consumer Choice

Este plan de salud no incluye el mismo nivel de beneficios requerido en otros planes.

Este plan HMO es un plan Consumer Choice. Este plan no incluye el mismo nivel de beneficios que se indica en los planes de salud de Texas conocidos como “planes exigidos por el estado”.

Para ver todos los beneficios que ofrece este plan, consulte el *Resumen de beneficios y cobertura*.

Beneficio o cobertura:	Este plan:	Plan de salud con los beneficios requeridos (plan exigido por el estado):
<p>Deducible** El monto que usted paga por el cuidado antes de que el plan comience a compartir el costo.</p>	<p>Exige el pago de deducibles.</p>	<p>No tiene deducibles para el cuidado dentro de la red.</p>
<p>Costos de desembolso El monto que usted paga cuando recibe cuidado, hasta un límite anual.</p>	<p>Incluye los costos de desembolso que cumplen con los requisitos federales, pero a veces pueden ser más que en un plan exigido por el estado.</p>	<p>Un copago debe ser inferior al 50 % del costo total del servicio. Los costos anuales de desembolso deben tener un límite del 200 % del costo de la prima anual si usted le notifica al plan.</p>
<p>Servicios de intervención temprana para niños con retraso en el desarrollo La oferta de cobertura para niños con retraso en el desarrollo cumple con los requisitos en la medida en que lo recomiende el plan familiar de servicios individualizados del niño e incluye evaluaciones y servicios de terapia ocupacional; evaluaciones y servicios de terapia física; evaluaciones y servicios de terapia del habla; y evaluaciones relacionadas con la dieta y la nutrición.</p>	<p>No ofrecidos ni cubiertos.</p>	<p>Ofrecidos.</p>
<p>Servicios de rehabilitación Cuidado que lo ayuda a mejorar las habilidades que se necesitan para la vida diaria.</p>	<p>Incluye un límite en la cantidad de visitas por año para terapias del habla, ocupacional y física.</p>	<p>No hay un límite en las visitas.</p>

	<p>Nota importante: Cuando el médico considere que el servicio o la terapia son médicamente necesarios, estos continuarán siempre que alcancen o superen los objetivos del tratamiento.</p>	
<p>Manipulación de la columna vertebral o cuidado quiropráctico</p> <p>Cuidado que lo ayuda a mejorar las habilidades que se necesitan para la vida diaria.</p>	<p>Incluye un límite en la cantidad de visitas por año.</p>	<p>No hay un límite en las visitas.</p>

** El deducible no se aplica a los planes con deducible de \$0 para los indígenas estadounidenses o nativos de Alaska.

Si quiere un plan con todos los beneficios requeridos:

También ofrecemos un plan exigido por el estado que incluye todos los beneficios requeridos. Este plan no figura en Healthcare.gov y no le permite obtener asistencia con las primas ni los gastos de desembolso.

Para obtener más información sobre este plan, llame al 1-844-365-7375 (TTY: 711).

Al firmar esta forma, reconoce lo siguiente:

- Entiendo que el plan Consumer Choice que solicito no brinda el mismo nivel de cobertura requerido por otros planes de salud de Texas (planes exigidos por el estado).
- Comprendo que, si mi estado de salud cambia y este plan no satisface mis necesidades, en la mayoría de los casos no podré obtener un nuevo plan hasta el próximo período de inscripción abierta.
- Entiendo que puedo obtener más información sobre los planes Consumer Choice en el sitio web del Departamento de Seguros de Texas, www.tdi.texas.gov/consumer/consumerchoice.html, o llamando a la línea de Ayuda al Consumidor al 1-800-252-3439.

Don't sign this document if you don't understand it.

No firme este documento si no lo comprende.

**Nombre en letra de imprenta del _
solicitante:**

Firma del solicitante: -

Fecha de la firma: -

**Nombre de la empresa, si
corresponde: -**
