

## Cuadro Resumen de Beneficios Plan II - Familiar

Efectividad: 31 / Agosto / 2015



# aetna<sup>SM</sup>

<b>Beneficio Máximo Anual por Persona</b>	<b>US\$ 2,000,000.00</b>
---	--------------------------

Beneficios	En la Red - EU	Fuera de Red - EU	Fuera de EU	En Rep. Dom.
------------	----------------	-------------------	-------------	--------------

### Deducibles y Coaseguro (por persona y por año)

Deducible	US\$ 2,500	US\$ 5,000	US\$ 2,500	N/A
Coaseguro	10% de primeros US\$30,000; max. US\$3,000	30% de primeros US\$30,000; max. US\$9,000	100% después del deducible	

### Servicios de Hospitalización<sup>1</sup>

Habitación y Cuidados Intensivos				
Máximo de Días	Sin límite	Sin límite	Sin límite	Sin límite
Suministros en Internamiento: Sala de Cirugía, Medicamentos, Material Gastable, Pruebas de Diagnóstico (Lab. + Rx)	100% <sup>2</sup> , sujeto a: deducible y coaseguro	100% <sup>2</sup> , sujeto a: deducible y coaseguro	100% <sup>2</sup> , después del deducible	100% <sup>2</sup>
Honorarios Médicos:				
Honorarios Quirúrgicos, de Ayudante, de Anestesia, Interconsultas				
Ambulancia Aérea	100%			

### Servicios Ambulatorios

Honorarios Médicos por Consultas	100%, Copago <sup>3</sup> de US\$15/US\$25	70%, sujeto a: deducible	100%, después del deducible	N/A
Medicinas Prescritas	100%, Copago <sup>4</sup> de US\$15/US\$25	80%, sujeto a: deducible		
Pruebas de Diagnóstico (Lab. + Rx), Estudios Especiales, Cirugías Ambulatorias, Terapias Físicas	100%, sujeto a: deducible y coaseguro	70%, sujeto a: deducible		
Sala de Emergencia	90%, sujeto a: deducible			

### Maternidad

Parto Normal/Cesárea, Aborto (no electivo)	Hasta US\$10,000; sujeto a: deducible y coaseguro	N/A
Complicaciones de Maternidad	Hasta US\$500,000; sujeto a: deducible y coaseguro	

### Beneficios Adicionales

Seguro de Vida	Incluido
Trasplante de Organos	Hasta el limite del plan
Niños Nacidos con Problemas Congénitos y/o Prematuros	Gastos cubiertos en igualdad de condiciones a la cobertura de la madre
Enfermedades Cónogenitas	Hasta el limite del plan
Tratamiento de Trastornos Mentales o Nerviosos	Incluido
Cobertura Dental por Accidente	Incluido
Compra de Equipo Médico Duradero	Incluido
Asistencia en Viaje	Incluido
Repatriación de Restos Mortales por Condiciones Pre-existentes	Hasta US\$10,000
Servicios Ambulatorios Cubiertos en Rep. Dom.	- Colonoscopia 80% - Chequeo Preventivo Anual Hasta US\$200 Titular y Conyuge - Radioterapia y Quimioterapia 100%

<sup>1</sup> Los internamientos programados deberán pre-certificarse con por lo menos 10 días de anticipación a la fecha de ingreso. Los proveedores de la red inician la gestión de la pre-certificación.

<sup>2</sup> Cobertura en base a las tarifas de habitación semi-privada y en Rep. Dom. hasta RD\$7,000.

<sup>3</sup> Sujeto a COPAGO de US\$25 en consultas con médicos especialistas y US\$15 en consultas con médicos generales.

<sup>4</sup> Sujeto a COPAGO de US\$25 para medicamentos "de marca" o "patentados" y US\$15 para medicamentos "genéricos". Aplica al despacho de 1 mes de suministro. Los gastos por servicios médicos recibidos fuera de la Red, serán reconocidos en base a tarifas Justas y Razonables.

Este cuadro es un resumen ilustrativo de las condiciones de la póliza y no es parte integral de la misma. Para un detalle de las coberturas, exclusiones y otras condiciones favor referirse al Contrato-Póliza.

## Cuadro Resumen de Beneficios Asistencia en Viaje

Beneficio Máximo por Asegurado y por Viaje	US\$ 10,000.00
Renglón de Servicios Cubiertos	En US\$
Asistencia Médica y Hospitalaria: * Atención en Consultorio o en domicilio temporal * Atención por especialista * Gastos por hospitalización y honorarios médicos	10,000
Gastos por medicamentos prescritos por un médico	300
Gastos Odontológicos de emergencia	300
Traslado Médico de emergencia	1,000
Repatriación de Herido o enfermo repatriación sanitaria	10,000
Gastos Hotel por Convalecencia	\$100 diarios (6 días máximo)
Desplazamiento de acompañante (ida y regreso)	Boleto Aéreo (clase económica)
Gastos estancia de acompañante	\$100 diarios (6 días máximo)
Regreso en fecha diferente	Boleto Aéreo en clase económica o diferencia en cambio de tarifa
Retorno de menores	Incluido
Traslado / Repatriación de Restos Mortales	10,000
Localización de Equipaje	Ilimitado
Indemnización suplementaria por pérdida de equipaje	1,200 (40 por kilo) máximo 30 Kilos
Asistencia Legal, Así:	
* Honorarios de Abogado	4,000
* Anticipo de Fianzas	15,000
Informe de trámite de visado, estado de tiempo y vacunas	Incluida
Informe de trámite de documentos extraviados en el exterior	Incluida
Transmisión de mensajes urgentes	Incluida
Contacto con su médico de cabecera	Incluida
Coordinación de cambio de vuelos	Incluida
Vigencia Anual	Hasta 90 días de viaje

1.- El asegurado debe obtener previa autorización de los servicios antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto.

2.- Los servicios de asistencia comprenden exclusivamente el tratamiento del cuadro agudo que impida la continuación del viaje.

Este cuadro es un resumen ilustrativo de las condiciones de la póliza y no es parte integral de la misma. Para un detalle de las coberturas, exclusiones y otras condiciones favor referirse al Contrato-Póliza.