

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



Aetna Student HealthSM

Diseño del plan y resumen de beneficios

Open Choice PPO

Fuller Theological Seminary (estudiantes extranjeros)

Año de póliza: 2020-2021
Número de póliza: 686224
www.aetnastudenthealth.com
(877) 480-4161



Esta es una breve descripción del plan de salud para estudiantes. Este plan se ofrece a los estudiantes extranjeros de Fuller Theological Seminary 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*, regirá el *Certificado*.

¿Quiénes cumplen con los requisitos?

Todos los estudiantes extranjeros, profesores académicos visitantes y becarios que posean un pasaporte vigente y un estatus de visa válido (F-1, J-1 o M-1), que participen en actividades educativas en Fuller Theological Seminary y que se encuentren temporalmente fuera de su país de origen y no se les haya otorgado un estatus de residencia permanente, deben adquirir este plan. Los estudiantes registrados en el programa de prácticas profesionales optativas cumplen con los requisitos para inscribirse voluntariamente.

Requisitos para la cobertura de dependientes

Los estudiantes cubiertos también pueden inscribir a su cónyuge legal, pareja doméstica (del mismo sexo o del sexo opuesto) y a sus hijos dependientes hasta los 26 años.

Fechas de cobertura y tarifas

La cobertura para todos los estudiantes asegurados y los dependientes que cumplen con los requisitos 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. La cobertura para dependientes asegurados finaliza de acuerdo con las estipulaciones de terminación descritas en el *Certificado de cobertura*.

Fecha de inicio de la cobertura	Otoño	Invierno	Primavera	Verano
Fecha de finalización de la cobertura	20/09/2020	20/12/2020	20/03/2021	20/06/2021
	19/12/2020	19/03/2021	19/06/2021	19/09/2021
Estudiante	\$601	\$601	\$601	\$601
Cónyuge	\$601	\$601	\$601	\$601
Un hijo	\$601	\$601	\$601	\$601
Dos hijos o más	\$1,202	\$1,202	\$1,202	\$1,202

Los precios antes mencionados no incluyen las tarifas administrativas de Fuller Theological.

La inscripción debe presentarse antes de estas fechas:

Otoño: 2 de octubre de 2020.

Invierno: 8 de enero de 2021.

Primavera: 2 de abril de 2021.

Verano: 25 de junio de 2021.

Inscripción

Para la inscripción de estudiantes en línea o para inscribir a dependientes de un estudiante cubierto, ingrese en su cuenta de estudiante de Fuller.edu. Vaya a “Current Students Homepage” (Página de inicio de alumnos inscritos), haga clic en el módulo “Register for Classes” (Inscribirse en las clases) y complete el PASO 4. Después de la fecha de inscripción, si tiene preguntas sobre este tema, escriba al Departamento de Seguro de Salud para Estudiantes a shi@fuller.edu.

Nota importante sobre la cobertura de hijos recién nacidos o adoptados:

Su hijo recién nacido está cubierto en el plan de salud los primeros 31 días de vida.

- Para que siga teniendo cobertura, debe informar a nosotros o a nuestro agente sobre el nacimiento y pagar la prima correspondiente durante ese período de 31 días.
- Aunque la cobertura del recién nacido no requiera el pago de una prima adicional, debe inscribirlo en el plazo de 31 días a partir del nacimiento.
- Si no cumple con este plazo, su hijo recién nacido no tendrá beneficios de salud después de los primeros 31 días.
- Si su cobertura termina durante este período de 31 días, la cobertura del recién nacido terminará en la misma fecha que la suya, aunque el período de 31 días no haya terminado.

Un niño adoptado por usted o usted y su cónyuge, pareja doméstica o compañero civil, o colocado con usted en adopción, está cubierto en el plan los primeros 31 días después de completar la adopción o la colocación en adopción.

- Para que siga teniendo cobertura, debe enviarnos la información de inscripción completa en el plazo de 31 días a partir de la adopción o colocación en adopción.
- Aunque la cobertura del hijo adoptivo o colocado en adopción no requiera el pago de una prima adicional, debe inscribirlo en el plazo de 31 días a partir de la adopción o colocación en adopción.
- Si no cumple con este plazo, su hijo adoptivo o colocado en adopción no tendrá beneficios de salud después de los primeros 31 días.
- Si su cobertura termina durante este período de 31 días, la cobertura de su hijo adoptivo o colocado en adopción terminará en la misma fecha que la suya, aunque el período de 31 días no haya terminado.

Red de proveedores

Aetna Student Health ofrece la amplia red de proveedores de Aetna. Si visita proveedores de la red, puede ahorrar dinero, porque Aetna ha negociado tarifas especiales con ellos y porque los beneficios del plan son mejores.

Precertificación

Necesita nuestra aprobación previa para algunos servicios de salud que cumplen con los requisitos. La aprobación previa también se conoce como “precertificación”. Su médico de la red es responsable de obtener las precertificaciones necesarias antes de que usted reciba el cuidado. Cuando visita a un proveedor fuera de la red, es su responsabilidad obtener la precertificación para los servicios o suministros que figuran en la lista de precertificación. Si no obtiene la precertificación cuando se requiere, deberá pagar una multa de \$500 por cada tipo de servicio de salud que cumple con los requisitos para el que no se obtuvo la precertificación. Para obtener una lista actualizada de los servicios de salud o los medicamentos con receta que requieren precertificación, comuníquese con Servicios al Cliente o visite www.aetnastudenthealth.com.

Llamada de precertificación

La precertificación debe obtenerse dentro de los plazos que se indican a continuación. Para obtenerla, comuníquese con Servicios al Cliente, al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación. Esta llamada debe realizarse en los siguientes casos:

Ingresos que no son por emergencias:	Usted, su médico o el centro deberán llamar y solicitar la precertificación por lo menos 14 días antes de la fecha en la que está programado su ingreso.
Ingresos por emergencias:	Usted, su médico o el centro deben llamar dentro de las 48 horas o tan pronto como sea razonablemente posible luego de que lo hayan ingresado.
Ingresos de urgencia:	Usted, su médico o el centro deberán llamar antes de la fecha en la que está programado su ingreso. Un ingreso de urgencia es un ingreso en el hospital efectuado por un médico debido a la aparición o al cambio de una enfermedad, o al diagnóstico de una enfermedad o una lesión.
Servicios ambulatorios que no son de emergencia para los que se requiere precertificación:	Usted o su médico deben llamar por lo menos 14 días antes de que se brinde el cuidado ambulatorio o se programe el tratamiento o procedimiento.

Notificación por escrito sobre las decisiones de precertificación

Les enviaremos a usted y a su **médico** una notificación por escrito sobre la decisión de **precertificación** dentro de los siguientes plazos:

- Cinco días hábiles en el caso de las solicitudes que no son de urgencia.
- Setenta y dos horas en el caso de las solicitudes de urgencia.
- Treinta días en el caso de las solicitudes retrospectivas.

Si en la **precertificación** se aprueban los servicios, dicha aprobación tendrá validez por 60 días, siempre y cuando continúe inscrito en el plan.

No necesita **precertificación** para los siguientes tipos de **internaciones**:

Después de una mastectomía o disección de nódulos linfáticos (su **médico** determinará la duración de la **internación**).

Internación por parto, que sea de menos de 48 horas en el caso de un parto vaginal normal o de 96 horas en el caso de un parto por cesárea.

¿Qué pasa si no obtiene la precertificación necesaria?

Si no obtiene la **precertificación** necesaria:

- Es posible que deba pagar una multa por los beneficios.
- Cualquier multa por beneficios que pague no se tendrá en cuenta para calcular los **límites máximos de desembolso** o **deducibles por año de póliza**.

Coordinación de beneficios

Algunas personas tienen cobertura de salud de más de un plan. Si es su caso, trabajaremos con el personal de los otros planes para decidir cuánto se paga con 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.

Open Choice PPO

Deducible por año de póliza	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Estudiante	\$50 por año de póliza	\$300 por año de póliza
Cónyuge	\$50 por año de póliza	\$300 por año de póliza
Cada hijo	\$50 por año de póliza	\$300 por año de póliza
Familia	Ninguno	Ninguno
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 cuidado preventivo y de bienestar, servicios pediátricos dentales, servicios de cuidado pediátrico de la vista y medicamentos con receta en casos ambulatorios.• Cuidado dentro y fuera de la red en la sala de recién nacidos sanos.		
Límite máximo de desembolso por año de póliza		
Estudiante	\$5,000 por año de póliza	\$7,000 por año de póliza
Cónyuge	\$5,000 por año de póliza	\$7,000 por año de póliza
Cada hijo	\$5,000 por año de póliza	\$7,000 por año de póliza
Familia	\$10,000 por año de póliza	\$14,000 por año de póliza
Los servicios de salud que cumplen con los requisitos y se aplican al límite máximo de desembolso fuera de la red no cuentan para alcanzar el límite máximo de desembolso dentro de la red, y los servicios de salud que cumplen con los requisitos y se aplican al límite máximo de desembolso dentro de la red no cuentan para alcanzar el límite máximo de desembolso fuera de la red.		

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 en infecciones de transmisión sexual	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
<p>Visitas al consultorio de asesoramiento sobre riesgo genético de desarrollar cáncer de seno o de ovarios</p> <p>Con este plan de seguro se cubren los exámenes de detección, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama.</p>	<p>100 % del cargo negociado por visita</p> <p>No corresponden copago ni deducible por año de póliza.</p>	Sin cobertura
Máximo por año de póliza para servicios relacionados con la obesidad o las dietas saludables (solo corresponde a 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	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículos basados en pruebas que tengan vigente una calificación de "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	<p>100 % del cargo negociado por visita</p> <p>No corresponden copago ni deducible por año de póliza.</p>	Sin cobertura
Máximos	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículos basados en pruebas que tengan vigente una calificación de "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	<p>100 % del cargo negociado por visita</p> <p>No corresponden copago ni deducible por año de póliza.</p>	Sin cobertura

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Enfermedades crónicas	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Máximo para 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 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.	70 % del cargo reconocido
Médicos y otros profesionales de la salud		
Visitas a consultorios de médicos, especialistas y consultores (cuidado no quirúrgico ni preventivo prestado por un médico o especialista) Incluye consultas de telemedicina.	Copago de \$20; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita.	70 % del cargo reconocido por visita

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
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.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
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)	90 % del cargo negociado	70 % del cargo reconocido
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)	90 % del cargo negociado por visita	70 % del cargo reconocido por visita
Alternativas a la visita al consultorio del médico		
Visitas a clínicas sin cita previa (que no son de emergencia)	90 % del cargo negociado por visita	70 % del cargo reconocido por visita
Cuidado en hospitales y otros centros		
Internación (habitación y comida, y otros servicios y suministros varios) Incluye cargos del centro de nacimientos.	90 % del cargo negociado por ingreso	70 % del cargo reconocido por ingreso
Servicios no quirúrgicos prestados por médicos en el hospital	90 % del cargo negociado por visita	70 % del cargo reconocido por visita
Alternativas a la internación		
Cirugía ambulatoria (cargos del centro) realizada en el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital o en un centro quirúrgico	90 % del cargo negociado por visita	70 % del cargo reconocido por visita
Cuidado de salud en el hogar	90 % del cargo negociado por visita	70 % del cargo reconocido por visita
Hospicio (con internación)	90 % del cargo negociado por ingreso	70 % del cargo reconocido por ingreso
Hospicio (ambulatorio)	90 % del cargo negociado por visita	70 % del cargo reconocido por visita

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Centro de enfermería especializada (con internación)	90 % del cargo negociado por ingreso	70 % del cargo reconocido por ingreso
Sala de emergencias de un hospital	Copago de \$150; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita.	Se paga igual que la cobertura dentro de la red.
Cuidado que no es de emergencia en la sala de emergencias de un 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. Es probable que reciba una factura por la diferencia entre el monto facturado por el proveedor y el monto pagado con 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 lo internan en el hospital inmediatamente después de una visita a la sala de emergencias, se lo eximirá del copago o del coseguro por visita a la sala de emergencias, 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 corresponder 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	90 % del cargo negociado por visita	70 % del cargo reconocido por visita
Uso no urgente 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.	70 % del cargo reconocido por visita
Servicios de tipo B	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible.	70 % del cargo reconocido por visita

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Servicios de tipo C	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible.	50 % del cargo reconocido por visita
Servicios de ortodoncia	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible.	50 % del cargo reconocido por visita
Tratamiento dental de emergencia	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
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.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Muelas de juicio impactadas	90 % del cargo negociado	70 % del cargo reconocido
Cuidado dental para adultos por lesiones dentales	90 % del cargo negociado	70 % del cargo reconocido
Cuidado de maternidad		
Cuidado de maternidad (incluye cuidado para el parto y posparto en un hospital o centro de nacimientos)	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Primera visita posparto	100 % del cargo negociado por visita No corresponden copago ni deducible por año de póliza.	70 % del cargo reconocido por visita
Cuidado en sala de recién nacidos sanos en un hospital o centro de nacimientos	90 % del cargo negociado No corresponde el deducible por año de póliza.	70 % del cargo reconocido No corresponde el deducible por año de póliza.
Servicios de planificación familiar: otros		
Esterilización voluntaria masculina (servicios quirúrgicos)	90 % del cargo negociado	70 % del cargo reconocido
Servicios quirúrgicos prestados por médicos o especialistas durante un aborto	90 % del cargo negociado	70 % del cargo reconocido
Tratamiento de reasignación de género (cambio de sexo)		
Tratamiento quirúrgico, terapia de reemplazo hormonal y asesoramiento	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red	
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.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	
Tratamiento de salud mental y por abuso de sustancias			
Internación (habitación y comida, y otros servicios y suministros varios en hospital)	90 % del cargo negociado por ingreso	70 % del cargo reconocido por ingreso	
Visitas ambulatorias al consultorio Incluye consultas de telemedicina.	Copago de \$20; luego el plan paga el 100 % del saldo del cargo negociado por visita.	70 % del cargo reconocido por visita	
Otros tratamientos ambulatorios (incluye internación parcial y programa ambulatorio intensivo)	90 % del cargo negociado por visita	70 % del cargo reconocido por visita	
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	Con cobertura
Máximo de por vida para gastos de viaje y alojamiento para cualquier tipo de trasplante	\$10,000	\$10,000	\$10,000
Máximo para gastos de alojamiento por paciente en un centro IOE	\$50 por noche	\$50 por noche	\$50 por noche
Máximo para gastos de alojamiento por acompañante	\$50 por noche	\$50 por noche	\$50 por noche

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.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
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	90 % del cargo negociado por visita	70 % del cargo reconocido por visita
Estudios de laboratorio y servicios radiológicos de diagnóstico realizados en un consultorio médico, el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital u otro centro	90 % del cargo negociado por visita	70 % del cargo reconocido por visita
Quimioterapia y radioterapia ambulatoria	90 % del cargo negociado por visita	70 % del cargo reconocido por visita
Terapia respiratoria ambulatoria	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Terapias física, ocupacional, cognitiva y del habla ambulatorias (incluye terapias cardíaca y pulmonar)	90 % del cargo negociado por visita	70 % del cargo reconocido por visita
Terapia de acupuntura	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Servicios de quiropráctica	90 % del cargo negociado por visita	70 % del cargo reconocido por visita
Otros servicios y suministros		
Transporte de emergencia en ambulancia terrestre, aérea y marítima (incluye el transporte que no es de emergencia en ambulancia)	90 % del cargo negociado por viaje	Se paga igual que la cobertura dentro de la red.
Equipo médico duradero y de cirugía	90 % del cargo negociado por artículo	70 % del cargo reconocido por artículo
Fórmulas enterales y suplementos nutricionales	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.	Cobertura según el tipo de beneficio y el lugar donde se recibe el servicio.
Dispositivos protésicos y ortopedia	90 % del cargo negociado por artículo	70 % del cargo reconocido por artículo
Prueba de audífonos	90 % del cargo negociado por visita	70 % del cargo reconocido por visita
Máximo de pruebas de audífonos	Una prueba por año de póliza	

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Cuidado pediátrico de la vista (limitado a las personas cubiertas hasta finalizar el mes en el que cumplen los 19 años de edad)		
<p>Exámenes de la vista pediátricos de rutina (se incluyen los exámenes de refracción) realizados por un oftalmólogo u optometrista calificados legalmente</p> <p>Incluye evaluaciones integrales por vista deficiente.</p> <p>Incluye visita para adaptación de lentes de contacto.</p>	<p>100 % del cargo negociado por visita</p> <p>No corresponde el deducible por año de póliza.</p>	<p>70 % del cargo reconocido por visita</p>
<p>Máximo de visitas por año de póliza</p> <p>Máximo para servicios por vista deficiente</p> <p>Máximo para adaptación de lentes de contacto</p>	<p>1 visita</p> <p>1 visita para una evaluación integral por vista deficiente cada año de póliza</p>	
<p>Servicios y suministros para el cuidado pediátrico de la vista: marcos de anteojos, lentes o lentes de contacto con receta</p>	<p>100 % del cargo negociado por visita</p> <p>No corresponde el deducible por año de póliza.</p>	<p>70 % del cargo reconocido por visita</p>
<p>Cantidad máxima por año del plan:</p> <p>Marcos de anteojos</p> <p>Lentes con receta</p> <p>Lentes de contacto (incluye lentes de contacto con receta no convencionales y lentes para afaquia con receta indicados luego de una cirugía de cataratas)</p>	<p>Un par de marcos de anteojos</p> <p>Un par de lentes con receta</p> <p>Lentes desechables para un día de uso: suministro de hasta 1 año</p> <p>Lentes desechables de uso extendido: suministro de hasta 1 año</p> <p>Lentes no desechables: suministro de hasta 1 año</p>	
<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, con este beneficio se cubren lentes con receta para marcos de anteojos o lentes de contacto con receta, pero no ambos. La cobertura no incluye las visitas al consultorio para la adaptación de lentes de contacto con receta.</p>		

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Cuidado de la vista (limitado a las personas cubiertas a partir de los 19 años)		
Exámenes de la vista de rutina para adultos (incluyen exámenes de refracción) realizados por un oftalmólogo u optometrista calificados legalmente	90 % del cargo negociado por visita	70 % del cargo reconocido por visita
Máximo de visitas por año de póliza	1 visita	
Medicamentos con receta en casos ambulatorios		
Medicamentos genéricos con receta (incluidos los medicamentos de especialidad)		
Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor	Copago de \$15 por suministro No corresponde el deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Medicamentos con receta de marca preferidos (incluidos los medicamentos de especialidad)		
Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor	Copago de \$30 por suministro No corresponde el deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Medicamentos con receta de marca no preferidos (incluidos los medicamentos de especialidad)		
Por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor	Copago de \$50 por suministro No corresponde el deducible por año de póliza.	Sin cobertura
Medicamentos anticancerígenos administrados en forma oral (por cada suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia al por menor)	100 % del cargo negociado	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 reductores del riesgo de 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

Servicios de salud que cumplen con los requisitos	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
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
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.	

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 al 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 del *Certificado* “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan”.
- Consulte la sección “Cuando no está de acuerdo: decisiones y procedimientos de apelación para los reclamos” en el *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 necesitan 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 a 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”.
- Cobertura que puede ofrecerse según “Tratamiento de reasignación de género (cambio de sexo)” de la sección del *Certificado* “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan”.
- 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, obturaciones, remoción 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 ni los quistes odontogénicos.

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

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 del *Certificado* “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan”. 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, salvo que estén cubiertos según “Fórmulas enterales y suplementos nutricionales” de la sección del *Certificado* “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan”.

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” en el *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 cuidado, servicios o suministros proporcionados en estos lugares:

- Residencias para personas mayores.
- Centros de residencia asistida.
- Instituciones similares que constituyen el principal lugar de residencia de una persona o que proporcionan principalmente cuidado no médico o de descanso.
- Centros turísticos de salud.
- Espás o sanatorios.
- Enfermerías ubicadas en escuelas, universidades o campamentos.

Servicios de planificación familiar: otros

- Reversión de procedimientos de esterilización voluntaria, incluido el seguimiento relacionado.

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 al calzado y a las plantillas para diabéticos cubiertos en “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.
 - Los implantes de mentón y nariz, y la reducción de labios, que se utilizan para inducir la masculinización, 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

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

- Los servicios de terapia celular, génica y otras terapias innovadoras (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, remisión y precertificación” en el *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.
 - Un audífono colocado dentro del período de 6 a 24 meses anteriores.
- 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 a 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 a 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:
 - preservativos;
 - bolsas;
 - prendas elásticas;
 - medias de soporte;
 - vendas;
 - orinales de cama;
 - jeringas;
 - suministros para el control de la sangre o la orina;
 - 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 a los suministros desechables que son **beneficios cubiertos** en “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 del *Certificado* “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan”.

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 restaurar funciones fisiológicas. Esto incluye servicios de salud emocional y psicológica que no están destinados principalmente al tratamiento de una **enfermedad o lesión**, 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 a los beneficios en “Cuidado preventivo y bienestar”.

Ciudadano extranjero

- Servicios y suministros recibidos por una **persona cubierta** (que no sea 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, salvo que estén cubiertos según “Servicios de cuidado de emergencia y de urgencia” de la sección del *Certificado* “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan”.

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 del *Certificado* “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan”. 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 otros medicamentos.
 - Hipnosis u otras formas de terapia.
 - Programas de ejercicios, equipos de entrenamiento, membrecías 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 a 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 del *Certificado* “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan”. Los recubrimientos en las coronas de molares y en los púnticos 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, salvo que estén cubiertos según “Afecciones específicas” de la sección del *Certificado* “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan”.
- 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 según “Cuidado dental pediátrico” de la sección del *Certificado* “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan”.
- Pónticos, 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 del *Certificado* “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan”.
- 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 anticonceptivos o dispositivos masculinos, salvo que estén cubierto según “Servicios de planificación familiar: Otros” de la sección del *Certificado* “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan”.
- Reversión de procedimientos de esterilización voluntaria, incluido el seguimiento relacionado.

Servicio privado de enfermería (ambulatorio solamente)

Dispositivos protésicos

- Zapatos ortopédicos, zapatos terapéuticos, dispositivos ortopédicos para pies u otros aparatos para sostener los pies, salvo que estén cubiertos según “Dispositivos protésicos u ortóticos” de la sección del *Certificado* “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan”, 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 sus empleados.
- Están afiliados a este.
- Tienen un arreglo o contrato con él.
- Fueron designados de otra manera por este.

Servicios brindados por un miembro de la familia

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

Disfunción sexual 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 del *Certificado* “Medicamentos con receta en casos ambulatorios”.

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, menopausinas, 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.
 - La criopreservación (congelación), el almacenamiento y el descongelamiento de óvulos, embriones o espermatozoides, excepto en casos de **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 y cualquier cargo relacionado con el cuidado de la donante que es 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 espermatozoides 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 espermatozoides de un donante.
- Reversión de esterilización voluntaria, incluido el seguimiento.
- Inducción de la ovulación con menopausinas, 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 espermatozoides 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 del *Certificado* “Servicios de salud que cumplen con los requisitos según su plan”.

- 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

- 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 bio idénticas compuestas.

Medicamentos cosméticos

- Medicamentos o preparaciones 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.

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 a 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 extranjeros de Fuller Theological Seminary 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 pueden 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 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 del 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 Aetna no le ha brindado estos servicios o lo ha 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 akwughị 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	လတ်ကရ်နီဂျိတ်တံအစာအတ်ဖဲတံအတဖ် လတ်အိတ်ဒီးအပူလနကဘတ်ဟုတ်အိအဂီ.ကိဘတ်လီတဲစိနိတ်ဂံလတ်အိတ်လနခိတ်ဂီ (ID) အလိနိတ်တက့.
Korean	무료 다국어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa	I nyuu kosna mahola ni language services ngui nsaa wogui wo, sebel i nsinga i ye ntilga i kat yong matibla
Kurdish	بۆ دەسپێرێتگه‌شتن به‌ خزمه‌تگوزاری زمان به‌بێ تێچوون بۆ تۆ، پهیوه‌ندی بکه‌ به‌ ژماره‌ی سه‌ر ئای دی (ID) کارتی خۆت.
Lao	ເພື່ອເຂົ້າເຖິງບໍລິການພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າ, ໃຫ້ໂທຫາເບີໂທຢູ່ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.
Marathi	आपल्याला कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवांपर्यंत पोहोचण्यासाठी, आपल्या ID कार्डावरील क्रमांकावर फोन करा.
Marshallese	Ñan bōk jipañ kōn kajin ilo an ejjeļok wōņean ñan kwe, kwōn kallok nōm̄ba 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	ដើម្បីទទួលបានសេវាភាសាដែលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក។
Navajo	T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowoł doo búqáh ílínígóó naaltsoos bee atah níljigo nanitinígíí bee néého'dólzínígíí béesh bee hane'í biká'ígíí áajj' hólne'.
Nepali	भाषासम्बन्धी सेवाहरूमाथि निःशुल्क पहुँच राख्न आफ्नो कार्डमा रहेको नम्बरमा कल गर्नुहोस्।
Nilotic-Dinka	Të koor yin ran de wëër de thokic ke cïn wëu kor keek tënɔŋ yin. Ke yin col ran ye koc kuony në namba de abac tö në ID kard duɔn de tïit de nyin de panakim kōu.
Norwegian	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring nummeret på ID-kortet ditt.

