

Plano Individual Aetna para América Latina e Caribe Plano Silver

	Nos EUA Na rede	Nos EUA Fora da rede	Fora dos EUA
Limite anual máximo agregado	\$1,000,000	\$1,000,000	\$1,000,000
Cosseguro máximo O valor máximo de cosseguro	N/D	\$4,000	N/D
Despesas com tratamentos de internação e hospitalização diurna Porcentagem de reembolso pré-autorizada	100%	80%	100%
Cirurgia ambulatorial	100%	80%	100%
Convalescência Tratamento de paciente internado ou em hospitalização diurna com limite de benefício	30 dias	30 dias	30 dias
Tratamento de saúde em domicílio Número máximo anual de consultas por condição médica	30 visitas	30 visitas	30 visitas
Cirurgia reconstrutora Porcentagem de reembolso	100%	80%	100%
Tratamento psiquiátrico (internação) Limite máximo de tratamento. Tratamento de internação em unidade psiquiátrica reconhecida de hospital.	28 dias	28 dias	28 dias
Tratamento psiquiátrico ambulatorial Limite máximo de tratamento. Tratamento ambulatorial, incluindo consultas com médico psiquiatra e médico especialista. Porcentagem de reembolso	Sem cobertura Sem cobertura	Sem cobertura Sem cobertura	Sem cobertura Sem cobertura
Doenças em recém-nascidos Benefício máximo vitalício	\$150,000	\$150,000	\$150,000
Doenças congênitas Quando a doença se manifesta durante o período da apólice; limite máximo vitalício	\$250,000	\$250,000	\$250,000
Oncologia Porcentagem de reembolso	100%	80%	100%
Transplante de órgãos Limite vitalício de benefício por transplante de órgão. Inclui despesas do doador.	\$250,000	\$250,000	\$250,000

Plano Individual Aetna para América Latina e Caribe

Plano Silver

	Nos EUA Na rede	Nos EUA Fora da rede	Fora dos EUA
Tratamento recebido em unidade de emergência de hospital, em até sete dias após o dano acidental causado a dentes naturais e saudáveis que estivessem presos firmemente à mandíbula ou ao maxilar no momento da lesão. Porcentagem de reembolso	100%	80%	100%
AIDS Benefício máximo vitalício	\$40,000	\$40,000	\$40,000
Hemodiálise (doença renal terminal) Benefício máximo vitalício Porcentagem de reembolso	Sem cobertura	Sem cobertura	Sem cobertura
Tomografias computadorizadas e ressonâncias magnéticas em pacientes internados. Porcentagem de reembolso	100%	80%	100%
Próteses Benefício máximo vitalício	\$5,000	\$5,000	\$5,000
Internação Nível para a taxa de quarto Taxa de quarto	Privado Sem limite	Privado Sem limite	Privado Sem limite
UTI Taxa de quarto	\$2,000	\$2,000	\$2,000
Evacuação médica Os custos de evacuação de uma pessoa inscrita, caso não exista tratamento de emergência imediato no local do incidente, até a unidade médica apropriada mais próxima, para fins de admissão em internação ou hospitalização diurna. Esse benefício se estende para cobrir os custos de viagem de outra pessoa como acompanhante do segurado, quando necessário do ponto de vista médico.	100%	100%	100%
Ambulância aérea e terrestre Porcentagem de reembolso por condição médica	100%	100%	100%
Restos mortais Benefício máximo	\$10,000	\$10,000	\$10,000
Taxas de tratamentos ambulatoriais Porcentagem de reembolso	Sem cobertura	Sem cobertura	Sem cobertura
Medicamentos e curativos ambulatoriais Limite do benefício monetário; cobertura Silver disponível apenas para medicamentos exigidos por até 60 dias após cirurgia ambulatoria ou alta do paciente	\$500	\$500	\$500
Terapia de reposição hormonal	Sem cobertura	Sem cobertura	Sem cobertura
Tratamento de rotina de doenças crônicas Porcentagem de reembolso	Sem cobertura	Sem cobertura	Sem cobertura
Tratamento sem pré-autorização Tratamento de emergência e de internação ou de hospitalização diurna	50%	50%	50%

Plano Individual Aetna para América Latina e Caribe

Plano Silver

	Nos EUA Na rede	Nos EUA Fora da rede	Fora dos EUA
Tratamento não emergencial em unidade de emergência Porcentagem de reembolso por condição médica	50%	50%	50%
Consulta de acompanhamento após alta do paciente ou benefício de cirurgia ambulatoria Máximo de 2 visitas; a visita de acompanhamento deve ocorrer em até seis meses da alta do paciente ou da cirurgia ambulatoria	100%	80%	100%
Maternidade Custos associados com gravidez e parto e qualquer condição relacionada. Os benefícios limitam-se a parto e check-ups pré e pós-natais, incluindo os custos de parto normal, de cesarianas realizadas com justificativa médica. Todos os custos relacionados a gravidez e/ou parto após concepção assistida estarão limitados a este benefício. Todas as seguradas (incluindo dependentes abaixo de 18 anos) estão elegíveis para este benefício. Limite do benefício monetário — parto normal Limite do benefício monetário — cesariana Porcentagem de reembolso	Sem cobertura Sem cobertura Sem cobertura	Sem cobertura Sem cobertura Sem cobertura	Sem cobertura Sem cobertura Sem cobertura
Complicações de gravidez Tratamento de condição médica resultante dos estágios iniciais da gravidez, ou de condição médica resultante de parto, e que exija um procedimento obstétrico reconhecido.	Carência de 12 meses 100%	Carência de 12 meses 80%	Carência de 12 meses 100%
Bem-estar O custo de um check-up médico anual de rotina e os exames associados, além do custo de vacinas ou inoculações consideradas necessárias do ponto de vista médico. Esses check-ups/exames de rotina incluem: <ul style="list-style-type: none"> • Exames de sangue e de colesterol • Índice de massa corporal altura/peso • Pressão arterial em repouso • Análise de urina • Exame cardíaco • Mamografia bilateral, exame de mamas • Exame de testículos, próstata, exames PSA/DRE (Antígeno Prostático Específico e Exame Retal Digital) • Teste ergométrico (ECG) • Exames pediátricos de rotina, incluindo exames físicos, medições, verificações sensoriais, avaliação neuropsiquiátrica e verificações de desenvolvimento, além de verificações hereditárias e metabólicas no nascimento, imunizações, análises de urina, testes de tuberculina e hematócritos, hemoglobina e outros exames de sangue, incluindo exames de hemoglobinopatia falciforme; como recomendado por um clínico geral ou médico especialista. Limite de no máximo seis (6) consultas por recém-nascido, por ano, a partir do nascimento até a criança dependente chegar aos dois anos de idade. • Exames ginecológicos de rotina, incluindo Papanicolau. • Vacinas, incluindo as necessárias, do ponto de vista médico, para viagem. Limite anual do benefício: \$250 por apólice. Despesas do benefício de bem-estar são isentas de franquia.	Sem cobertura	Sem cobertura	Sem cobertura

Plano Individual Aetna para América Latina e Caribe

Plano Silver

	Nos EUA Na rede	Nos EUA Fora da rede	Fora dos EUA
Opções de franquia	\$500*	\$500*	\$500*
	\$1,000	\$1,000	\$1,000
	\$2,500	\$2,500	\$2,500
	\$5,000	\$5,000	\$5,000
	\$10,000	\$10,000	\$10,000
	\$20,000	\$20,000	\$20,000

Aetna Global Benefits® é marca registrada da Aetna Inc. Aetna® é marca comercial da Aetna Inc. e está protegida em todo o mundo por tratados e registros de marca comercial.

A Aetna não fornece cuidados nem garante o acesso a serviços de saúde. Nem todos os serviços de saúde são cobertos. Os programas de informação de saúde prestam informações gerais sobre saúde e não substituem o diagnóstico ou tratamento por profissionais de cuidados da saúde. Consulte os documentos referentes ao plano para obter uma descrição completa de benefícios, exclusões, limitações e condições de cobertura. As informações são consideradas corretas na data de produção deste material, porém estão sujeitas a mudanças. Para obter mais informações, visite www.aetnainternational.com.