



SARES REGIS OPERATING COMPANY, L.P.

Effective Date: 01-01-2026

Aetna Open Access® Aetna Select™

**PLAN DESIGN & BENEFITS
ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED**

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN DENTRO DE LA RED

Limitaciones de beneficios: Algunos servicios o suministros tienen límites por año. Es posible que exista una cantidad máxima de visitas o días, o un límite en dólares por año. En esos casos, el año de beneficios comenzará el 1.o de enero (a menos que se indique lo contrario). Consulte los documentos de su plan para obtener más información.

Deductible (por año calendario)	\$1,500 por persona \$3,000 por familia
----------------------------------------	--------------------------------------------

Primero debe alcanzar el deducible antes de que el plan comience a pagar los beneficios, a menos que se indique lo contrario.

La cantidad que paga (costos compartidos) por algunos servicios médicos no cuenta para su deducible.

Los costos de medicamentos recetados no cuentan para el deducible. Consulte los documentos de su plan para más detalles.

Su familia tendrá un deducible. Usted alcanzará ese deducible cuando los gastos de varios miembros de la familia se acumulen para el deducible familiar. Ninguna persona tendrá que pagar más que el monto del deducible individual.

Coseguro del miembro	Usted paga el 20 %
-----------------------------	--------------------

Se aplica a todos los gastos excepto como se indicó.

Límite de desembolso (por año calendario)	\$3,000 por persona \$6,000 por familia
--------------------------------------------------	--------------------------------------------

Los gastos de farmacia se tienen en cuenta para su límite de desembolso.

Los gastos dentro de la red incluyen coseguro o copagos, y deducibles.

Su familia tendrá un límite de desembolso. Usted alcanzará ese límite cuando los gastos de varios miembros de la familia se acumulen para el límite de desembolso familiar. Ninguna persona tendrá que pagar más que el monto del límite de desembolso.

Máximo de por vida

Sin límite, excepto donde se indique lo contrario.

Selección de médico de cuidado primario	Se recomienda
------------------------------------------------	---------------

Requerimiento de remisión	No se requiere.
----------------------------------	-----------------

Consultas de telesalud: puede acceder a servicios cubiertos para visitas de telesalud de diferentes tipos de proveedores en su red. Inicie sesión en Aetna.com para ver una lista de proveedores de telesalud. También encontrará más información sobre sus opciones, incluidos los montos de costos compartidos.

Consultas de atención virtual: puede acceder a servicios cubiertos para visitas de atención virtual de diferentes tipos de proveedores en su red. Inicie sesión en Aetna.com para ver una lista de proveedores de atención virtual. También encontrará más información sobre sus opciones, incluidos los montos de costos compartidos.

Atención virtual CVS DENTRO DE LA RED

CVS Health Virtual Care (VC) - medicina general	Cobertura del 100 %; sin deducible
--------------------------------------------------------	------------------------------------

CVS Health Virtual Care (VC) - salud mental	Cobertura del 100 %; sin deducible
----------------------------------------------------	------------------------------------

ATENCIÓN PREVENTIVA DENTRO DE LA RED

Exámenes físicos de rutina a adultos/vacunas	Cobertura del 100 %; sin deducible
-----------------------------------------------------	------------------------------------

1 examen cada 12 meses hasta los 65 años de edad; luego 1 examen cada 12 meses después de los 65 años



SARES REGIS OPERATING COMPANY, L.P.

Effective Date: 01-01-2026

Aetna Open Access® Aetna Select™

**PLAN DESIGN & BENEFITS
ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED**

Exámenes de rutina a niños sanos (Well Child)/vacunas	Cobertura del 100 %; sin deducible
• 7 exámenes en los primeros 12 meses	
• 3 exámenes desde los 13 meses hasta los 24 meses	
• 3 exámenes desde los 25 meses hasta los 36 meses	
• 1 examen cada 12 meses a partir de entonces hasta los 22 años	
Exámenes de atención ginecológica de rutina	Cobertura del 100 %; sin deducible
1 examen y citología de PAP por año, incluidas las tarifas relacionadas.	
Mamografía de rutina	Cobertura del 100 %; sin deducible
Se recomienda 1 por año para miembros mayores de 40 años de edad.	
Salud de la mujer	Cobertura del 100 %; sin deducible
Incluye examen de diabetes gestacional; prueba de ADN del VPH (virus del papiloma humano); asesoramiento para infecciones de transmisión sexual; asesoramiento y examen del virus de inmunodeficiencia humana; asesoramiento y evaluación para violencia doméstica e interpersonal; apoyo, suministros y asesoramiento relacionados con el amamantamiento.	
También se incluye lo siguiente: métodos anticonceptivos (anticonceptivos exigidos por la ACA, incluidos los anticonceptivos y los dispositivos que no se pueden obtener en una farmacia), procedimientos de esterilización (incluida la ligadura de trompas), educación y asesoramiento para el paciente. Pueden aplicarse límites.	
Atención prenatal	Cobertura del 100 %; sin deducible
Examen de tacto rectal de rutina	Cobertura del 100 %; sin deducible
Se recomienda para miembros mayores de 40 años de edad.	
Prueba de antígeno específico prostático	Cobertura del 100 %; sin deducible
Se recomienda para miembros mayores de 40 años de edad.	
Examen de cáncer colorectal	Cobertura del 100 %; sin deducible
Se recomienda para miembros mayores de 45 años de edad.	
Examen rutinario de ojos	No está cubierto.
Examen rutinario de audición	Cobertura del 100 %; sin deducible
ATENCIÓN MÉDICA	
Visitas al consultorio de un médico de cuidado primario (PCP)	Copago de \$30 por visita al consultorio; sin deducible
Incluye servicios de un internista, médico general, médico de familia o pediatra.	
Consulta de telesalud con un proveedor no especialista	Copago de \$30 por visita al consultorio; sin deducible
Visitas al consultorio de especialista	Copago de \$50 por visita al consultorio; sin deducible
Consulta de telesalud con un proveedor especialista	Copago de \$50 por visita al consultorio; sin deducible
Exámenes de audición	No está cubierto.
Clínicas sin cita previa	Copago de \$30, sin deducible
Las clínicas sin cita previa son centros de cuidado de salud independientes. Pueden encontrarse en una farmacia, una tienda de productos generales y de farmacia, un supermercado o en otra tienda al por menor. Ofrecen algunos cuidados y servicios médicos limitados.	
Clínicas que no son sin cita previa: centros de cuidado de urgencia, salas de emergencias, el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital, centros de cirugía ambulatoria y consultorios médicos.	
Pruebas de alergias	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
Inyecciones para alergias	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.



SARES REGIS OPERATING COMPANY, L.P.

Effective Date: 01-01-2026

Aetna Open Access® Aetna Select™

**PLAN DESIGN & BENEFITS
ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED**

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO	DENTRO DE LA RED
Rayos X para diagnóstico (Distintos de servicios de imágenes complejas)	20 %, después del deducible Cuando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio.
Laboratorio de diagnóstico	20 %, después del deducible Cuando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio.
Servicios de imágenes complejas para diagnóstico	20 %, después del deducible Cuando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio.

ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA	DENTRO DE LA RED
Proveedor de atención urgente	Copago de \$100 por visita al consultorio; sin deducible
Uso no urgente de un proveedor de atención urgente	No está cubierto.
Sala de emergencias	Copago de \$200; sin deducible Copago exonerado si hay admisión.
Atención que no es de emergencia en sala de emergencias	No está cubierto.
Uso de ambulancia en casos de emergencia	Copago de \$200; sin deducible
Uso de ambulancia en casos que no son de emergencia	No está cubierto.
ATENCIÓN EN HOSPITAL	DENTRO DE LA RED
Cobertura de hospitalización	20 %, después del deducible Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.
Cobertura hospitalaria por maternidad (incluye atención durante el parto y después de este)	20 %, después del deducible Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.
Atención ambulatoria en hospital	20 %, después del deducible Cuando recibe cuidado ambulatorio en un hospital, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.
Cirugía ambulatoria – En hospital	20 %, después del deducible Cuando recibe cuidado ambulatorio en un hospital, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.



SARES REGIS OPERATING COMPANY, L.P.

Effective Date: 01-01-2026

Aetna Open Access® Aetna Select™

**PLAN DESIGN & BENEFITS
ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED**

Cirugía ambulatoria - Centro independiente	20 %, después del deducible
---------------------------------------------------	-----------------------------

Cuando recibe cuidado ambulatorio en un hospital, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.

SERVICIOS DE SALUD MENTAL	DENTRO DE LA RED
En hospital	20 %, después del deducible
Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	
Visitas al consultorio por salud mental	Copago de \$30, sin deducible
Consultas de telesalud sobre salud mental	Copago de \$30 por visita al consultorio; sin deducible
Otros servicios de salud mental	Cobertura del 100 %; sin deducible
Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	

ABUSO DE SUSTANCIAS	DENTRO DE LA RED
En hospital	20 %, después del deducible
Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	
Centros residenciales de tratamiento	20 %, después del deducible
Si lo ingresan en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	
Visitas al consultorio por abuso de sustancias	Copago de \$30, sin deducible
Consultas de telesalud sobre abuso de sustancias	Copago de \$30 por visita al consultorio; sin deducible
Otros servicios por abuso de sustancias	Cobertura del 100 %; sin deducible
Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	

SERVICIOS DE TERAPIA	DENTRO DE LA RED
Terapia de manipulación de columna vertebral	Copago de \$15; sin deducible
LIMITADO A 30 VISITAS POR AÑO	



SARES REGIS OPERATING COMPANY, L.P.

Effective Date: 01-01-2026

Aetna Open Access® Aetna Select™

**PLAN DESIGN & BENEFITS
ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED**

Rehabilitación ambulatoria a corto plazo	Copago de \$50; sin deducible
-------------------------------------------------	-------------------------------

Incluye terapias física, ocupacional y del habla.

Terapia física para habilitación	Cobertura del 100 %; sin deducible
-----------------------------------------	------------------------------------

Terapia ocupacional para habilitación	Cobertura del 100 %; sin deducible
----------------------------------------------	------------------------------------

Terapia del habla para habilitación	Cobertura del 100 %; sin deducible
--------------------------------------------	------------------------------------

Terapia física relacionada con el autismo	Cobertura del 100 %; sin deducible
--------------------------------------------------	------------------------------------

Terapia ocupacional relacionada con el autismo	Cobertura del 100 %; sin deducible
-------------------------------------------------------	------------------------------------

Terapia del habla relacionada con el autismo	Cobertura del 100 %; sin deducible
-----------------------------------------------------	------------------------------------

Terapia de salud emocional y psicológica relacionada con el autismo	Copago de \$30, sin deducible
----------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

Estos beneficios se combinan con visitas de salud mental ambulatorias.

Análisis aplicado del comportamiento relacionado con el autismo	Cobertura del 100 %; sin deducible
------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

Sus beneficios para estos servicios son los mismos que cualquier otro beneficio de salud mental ambulatorio descrito en "Otros servicios".

OTROS SERVICIOS DENTRO DE LA RED

Centro de enfermería especializada	20 %, después del deducible
-------------------------------------------	-----------------------------

Limitado a 120 días por año.

Si lo ingresan en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.

Atención domiciliaria	Copago de \$50; sin deducible
------------------------------	-------------------------------

Limitado a 120 visitas por año.

Servicio privado de enfermería no incluido.

Se limita a tres visitas por día por parte del personal de una agencia de cuidado de salud en el hogar. Una visita equivale a un período de cuatro horas o menos.

Atención en hospicio - Internado	20 %, después del deducible
-----------------------------------------	-----------------------------

Si lo ingresan en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.

Atención en hospicio - Ambulatorio	20 %, después del deducible
-------------------------------------------	-----------------------------

Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.



SARES REGIS OPERATING COMPANY, L.P.

Effective Date: 01-01-2026

Aetna Open Access® Aetna Select™

**PLAN DESIGN & BENEFITS
ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED**

Servicio privado de enfermería	Copago de \$50; sin deducible
Limitado a 60 turnos de ocho horas por año.	
Equipo médico duradero	20 %, después del deducible
Prótesis	Cobertura del 100 %; sin deducible
Audífonos	20 %, después del deducible
Limitado a un máximo de \$1,000 por año	
Suministros para diabéticos	
• Si no está cubierto por el beneficio de medicamentos recetados	Usted paga el monto del costo compartido de su visita al PCP
• Si está cubierto por el beneficio de medicamentos recetados	Usted paga el monto correspondiente del costo compartido de medicamentos recetados
Terapia de infusión (en el hogar o en el consultorio)	Copago de \$50; sin deducible
Terapias de infusión (en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro independiente)	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
Terapia celular, génica y otras terapias innovadoras (GCIT™)	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe. Copago de \$50; después del deducible para medicamentos de terapia génica, si corresponde. La cobertura dentro de la red se ofrece únicamente en los centros designados para GCIT™.
Trasplantes	20 %, después del deducible La cobertura dentro de la red solo está disponible en los centros contratados IOE (Institutes of Excellence™).
Cirugía bariátrica	20 %, después del deducible Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.
Acupuntura	Copago de \$15; sin deducible Limitado a 20 visitas por año.
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	
Infertilidad básica	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe. Tienes cobertura para la inseminación artificial y el diagnóstico y tratamiento de la causa subyacente de la infertilidad.
Tecnología reproductiva de avanzada (ART)	No está cubierto.
Preservación de la fertilidad	No está cubierto.
Vasectomía	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
Ligadura de trompas	Cobertura del 100 %; sin deducible
FARMACIA	
Tipo de plan de farmacia	Plan Advanced Control
Límite de desembolso para medicamentos con receta	Los gastos de medicamentos con receta se aplican al límite de desembolso médico.



SARES REGIS OPERATING COMPANY, L.P.

Effective Date: 01-01-2026

Aetna Open Access® Aetna Select™

**PLAN DESIGN & BENEFITS
ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED**

Medicamentos genéricos

Al por menor	Copago de \$20
Orden por correo	Copago de \$40

Medicamentos de marca preferidos

Al por menor	Copago de \$40
Orden por correo	Copago de \$80

Medicamentos de marca no preferidos

Al por menor	30 %
	Máximo de \$100
Orden por correo	30 %
	Máximo de \$200

Farmacia (requisitos y suministros por día)

Al por menor	Puede obtener un suministro de hasta 30 días de la red nacional de Aetna o un suministro de 31 a 90 días en farmacias al por menor de la red de farmacias que ofrecen un suministro mayor al habitual. Los porcentajes de copagos no se duplican.
Orden por correo	Puede obtener un suministro de 31 a 90 días de CVS Caremark® Mail Service Pharmacy.
De especialidad	Puede obtener un suministro de medicamentos de especialidad de hasta 30 días. Debe obtener todos los medicamentos de especialidad a través de nuestra red preferida de farmacias de especialidad. Lista de medicamentos de Aetna Specialty Network

Su plan de medicamentos con receta también incluye:

- Suministros para diabéticos y monitores de glucosa en sangre.
- Copago máximo de \$25 por abastecimiento, por un suministro de 30 días de insulina incluida en el Formulario
- Medicamentos con receta para perder peso.
- Medicamentos para la disfunción sexual, incluida la dosis diaria y 6 comprimidos adicionales por mes para la disfunción eréctil.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- Se incluyen medicamentos orales para la fertilidad.
- Se cubren anticonceptivos hasta un suministro de 12 meses. Se aplica la estrategia de copago para anticonceptivos.

Lo siguiente tiene cobertura del 100 % dentro de la red:

- Vacunas estacionales.
- Vacunas preventivas.
- Vacunas de viaje
- Medicamentos preventivos que cumplen con los requisitos según la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) y anticonceptivos

Para obtener una lista completa de los medicamentos con receta que cumplen con los requisitos, visite Aetna.com.

Requisitos de precertificación

Algunos medicamentos con receta cubiertos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos.

Para obtener la información más actualizada sobre los requisitos de precertificación, consulte los documentos de su plan o visite el sitio web para miembros.



SARES REGIS OPERATING COMPANY, L.P.

Effective Date: 01-01-2026

Aetna Open Access® Aetna Select™

**PLAN DESIGN & BENEFITS
ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED**

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

PROVISIONES GENERALES

Dependientes que cumplen con los requisitos para participar en su plan Cónyuge e hijos desde el nacimiento hasta los 26 años de edad. No importa la condición de estudiante de los hijos.

Los planes son proporcionados por: Aetna Health Inc. Aunque creemos que este material es correcto en la fecha de producción, está sujeto a cambios.

Los beneficios y los planes de seguro de salud contienen exclusiones y limitaciones. No todos los servicios de salud están cubiertos.

Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de beneficios, exclusiones, limitaciones y condiciones de cobertura. Las características y la disponibilidad de los planes pueden variar de acuerdo con el lugar y están sujetas a cambio. Los proveedores son contratistas independientes y no son nuestros agentes. La participación de los proveedores puede modificarse sin previo aviso. No proporcionamos atención ni garantizamos acceso a servicios de salud.



SARES REGIS OPERATING COMPANY, L.P.

Effective Date: 01-01-2026

Aetna Open Access® Aetna Select™

**PLAN DESIGN & BENEFITS
ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED**

La siguiente es una lista de servicios y suministros que en general no están cubiertos. Sin embargo, los documentos de su plan pueden contener excepciones a esta lista basadas en mandatos estatales o en el diseño del plan, o en las opciones adicionales adquiridas por su empleador.

- Todos los servicios médicos u hospitalarios que no están cubiertos específicamente en los documentos del plan, o que han sido limitados o excluidos de éste
- Cirugía cosmética, incluyendo reducción del seno
- Cuidado de custodia
- Atención dental y radiografías dentales
- Extracción de ovocitos a donante
- Procedimientos experimentales y en investigación, excepto para la cobertura de los costos de la atención médica necesaria de rutina a los pacientes miembros que participan en ensayos clínicos contra el cáncer
- Audífonos
- Partos en la casa
- Vacunas para viajes o empleos, excepto en los casos que sean médicaamente necesarias o indicadas
- Medicamentos implantables y ciertos medicamentos inyectables incluyendo medicamentos inyectables para la infertilidad
- Servicios para la infertilidad incluyendo la inseminación artificial y tecnologías reproductivas de avanzada tales como IVF, ZIFT, GIFT, ICSI y otros servicios relacionados, a menos que figuren específicamente como cubiertos en los documentos de su plan
- Terapia de rehabilitación a largo plazo
- Servicios o suministros médicaamente innecesarios
- Medicamentos con receta en casos ambulatorios (excepto para el tratamiento de la diabetes), excepto que estén cubiertos por una opción adicional de medicamentos con receta y de venta libre (excepto cuando se proveen en un hospital) y suministros
- Queratotomía radial o procedimientos relacionados
- Reversión de esterilización
- Servicios para el tratamiento de la disfunción sexual o para mejorar el rendimiento incluyendo terapia, suministros, consejería o medicamentos con receta.
- Servicio especial de enfermería
- Terapias o rehabilitaciones distintas de las que figuran como cubiertas en los documentos del plan
- Servicios para el control de peso, incluyendo procedimientos quirúrgicos, tratamientos médicos, programas de pérdida/control de peso, regímenes y suplementos alimenticios, supresores del apetito y otras medicaciones; alimentos o suplementos alimentarios, programas de ejercicios, equipos de ejercicios u otros equipos; y otros servicios y suministros cuya intención principal es controlar el peso o tratar la obesidad, incluyendo la obesidad mórbida, o cuyo propósito es reducir el peso, sin importar la existencia de condiciones comórbidas.

En casos de emergencia, llame al 911 o a su línea directa local para emergencias, o diríjase directamente a un centro de atención de emergencia.

Puede estar disponible la traducción de este material en otro idioma. Llame a Servicios al Cliente al número que figura en el dorso de su tarjeta de identificación.

Este material puede estar disponible en otro idioma. Por favor llame a Servicio a Miembros al 1-888-982-3862.

Las características y la disponibilidad del plan pueden variar según la localidad y el tamaño del grupo.

Si desea obtener más información sobre los planes de Aetna, consulte en www.aetna.com.



SARES REGIS OPERATING COMPANY, L.P.

Effective Date: 01-01-2026

Aetna Open Access® Aetna Select™

**PLAN DESIGN & BENEFITS
ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED**

Tanto Aetna como MinuteClinic, LLC (que se encarga del funcionamiento o de la prestación de ciertos servicios de respaldo para la administración de clínicas sin cita previa de MinuteClinic), son parte de la familia de CVS Health.

***Este documento del plan le brinda una descripción general de algunos de sus beneficios y sus obligaciones de costo compartido. Esta información es SÓLO para fines ilustrativos. Este documento no es un documento oficial y puede diferir de su Certificado de cobertura (COC), que es su documento oficial. Consulte su COC para conocer su cobertura, servicios y cualquier obligación de su parte.

© 2021 Aetna Inc.