



El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un [plan \(plan\)](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: la información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima \(premium\)](#)) se proporcionará por separado. Esto es solamente un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de cobertura, ingrese en www.cigna.com/sp. Para obtener definiciones generales de términos comunes como [cantidad permitida \(allowed amount\)](#), [facturación del saldo \(balance billing\)](#), [coaseguro \(coinsurance\)](#), [copago \(copayment\)](#), [deducible \(deductible\)](#), [proveedor \(provider\)](#) u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-800-Cigna24 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	Para proveedores dentro de la red (in-network provider) : \$1,000/persona o \$2,000/familia. Para proveedores fuera de la red (out-of-network provider) : \$2,000/persona o \$4,000/familia.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan empiece a pagar. Si tiene otros miembros de la familia incluidos en el plan , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible de toda la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted cumpla con su deducible ?	Sí. La atención preventiva (preventive care) y las inmunizaciones dentro de la red, las visitas al consultorio, la prueba de diagnóstico (diagnostic test) , los medicamentos que requieren receta médica (prescription drugs) , las visitas a salas de emergencias y las visitas a instalaciones de atención de urgencia (urgent care) dentro de la red.	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si usted no ha cumplido con la cantidad del deducible . Pero es posible que se aplique un copago o coaseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos (preventive services) sin costos compartidos (cost-sharing) y antes de que usted cumpla con su deducible . Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Existen otros deducibles por servicios específicos?	Sí. \$500 por visita hospitalaria como paciente en consulta externa fuera de la red y deducible de \$500 por tipo de imagen radiológica por día para pruebas de diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI) fuera de la red. No hay otros deducibles específicos.	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad del deducible específico antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el límite de desembolso (out-of-pocket limit) para este plan ?	Para proveedores dentro de la red : \$5,000/persona o \$10,000/familia. Para proveedores fuera de la red : \$10,000/persona o \$20,000/familia. Límite de desembolso médico/de comportamiento y de farmacia combinado.	El límite de desembolso es el máximo que usted podría pagar durante un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia incluidos en este plan , tienen que cumplir con sus propios límites de desembolso hasta que se haya cumplido con el límite de desembolso de toda la familia.
¿Qué conceptos no están incluidos en el límite de desembolso ?	Las multas por falta de autorización previa (preauthorization) de los servicios, las primas , los cargos por facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubra.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de desembolso .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red (network provider) ?	Sí. Consulte www.cigna.com o llame al 1-800-Cigna24 para obtener una lista de los proveedores de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor de la red del plan . Usted pagará lo máximo si usa un proveedor fuera de la red , y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en cuenta que es posible que su proveedor de la red use un proveedor fuera de la red para ciertos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita una referencia (referral) para ver a un especialista (specialist) ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una referencia .



Todos los costos de [copago](#) y [coaseguro](#) que se muestran en esta tabla son posteriores a que usted cumpla con su [deducible](#), en caso de que se aplique el [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará la cantidad que sea menor)	Proveedor fuera de la red (Pagará la cantidad que sea mayor)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$20/visita No se aplica el deducible	Coaseguro del 20%	Ninguna
	Visita a un especialista	Copago de \$40/visita No se aplica el deducible	Coaseguro del 20%	Ninguna
	Atención preventiva / exámenes de detección (screening) / inmunizaciones	Sin cargo/visita** Sin cargo/ examen de detección ** Sin cargo/inmunizaciones** **No se aplica el deducible	Sin cargo/visita Sin cargo/ examen de detección Coaseguro del 20%/inmunizaciones	Ninguna Ninguna Ninguna Es posible que deba pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que se necesitan son preventivos. Luego consulte lo que su plan pagará.
Si se realiza una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo No se aplica el deducible	Coaseguro del 20%	Ninguna
	Prueba de diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	Copago de \$250 por tipo de imagen radiológica/día	Deducible de \$500 por tipo de imagen radiológica/día, más coaseguro del 20%	Multa del 50% si no se realiza la precertificación por servicios fuera de la red.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará la cantidad que sea menor)	Proveedor fuera de la red (Pagará la cantidad que sea mayor)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos que requieren receta médica (prescription drug coverage) en www.cigna.com	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Copago de \$15/receta (minorista, suministro para 30 días), copago de \$38/receta (minorista y entrega a domicilio, suministro para 90 días) No se aplica el deducible	Coaseguro del 30%/receta (minorista); sin cobertura (entrega a domicilio) No se aplica el deducible	La cobertura se limita hasta un suministro para 90 días (minorista y entrega a domicilio) y hasta un suministro para 30 días (minorista y entrega a domicilio) para medicamentos de especialidad (specialty drugs) . Pueden aplicarse ciertas limitaciones, entre ellas, por ejemplo: autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad. Tenga en cuenta que para los medicamentos que son parte del programa Patient Assurance Program de Cigna es posible que pague menos por la parte del costo de farmacias minoristas y de entrega a domicilio indicado aquí. Los medicamentos preventivos dentro de la red y requeridos federalmente serán proporcionados sin cargo.
	Medicamentos de marca preferida (Nivel 2)	Copago de \$35/receta (minorista, suministro para 30 días), copago de \$88/receta (minorista y entrega a domicilio, suministro para 90 días) No se aplica el deducible	Coaseguro del 30%/receta (minorista); sin cobertura (entrega a domicilio) No se aplica el deducible	
	Medicamentos de marca no preferida (Nivel 3)	Copago de \$75/receta (minorista, suministro para 30 días), copago de \$188/receta (minorista y entrega a domicilio, suministro para 90 días) No se aplica el deducible	Coaseguro del 30%/receta (minorista); sin cobertura (entrega a domicilio) No se aplica el deducible	
	Medicamentos de especialidad (Nivel 4)	Coaseguro del 25%/receta (minorista y entrega a domicilio, suministro para 30 días) No se aplica el deducible	Coaseguro del 30%/receta (minorista); sin cobertura (entrega a domicilio) No se aplica el deducible	
Si se realiza una cirugía para pacientes en consulta externa	Tarifa de las instalaciones (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	Copago de \$250/visita	Deducible de \$500/visita, más coaseguro del 20%	Multa del 50% si no se realiza la precertificación por servicios fuera de la red. El copago / deducible por visita no se aplica para procedimientos que no sean quirúrgicos.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Coaseguro del 20%	Multa del 50% si no se realiza la precertificación por servicios fuera de la red.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias (Emergency room care)	Copago de \$200/visita No se aplica el deducible	Copago de \$200/visita No se aplica el deducible	El copago por visita no se aplica si es admitido. Los servicios fuera de la red se pagan al nivel de costo compartido de la red.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará la cantidad que sea menor)	Proveedor fuera de la red (Pagará la cantidad que sea mayor)	
	Transporte médico de emergencia (Emergency medical transportation)	Sin cargo	Sin cargo	Los servicios de ambulancia aérea fuera de la red se pagan al nivel de costo compartido y deducible de la red. Los servicios para diagnósticos de MH/SA se pagarán según los beneficios de la atención en la sala de emergencias.
	Atención de urgencia (urgent care)	Copago de \$50/visita No se aplica el deducible	Coaseguro del 20%	Ninguna
Si necesita una estadía en el hospital	Tarifa de las instalaciones (p. ej., habitación del hospital)	Copago de \$300/admisión	Coaseguro del 20%	Multa del 50% si no se realiza la precertificación por servicios fuera de la red.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Coaseguro del 20%	Multa del 50% si no se realiza la precertificación por servicios fuera de la red.
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o alcoholismo/farmacodependencia	Servicios para pacientes en consulta externa	Copago de \$40/visita al consultorio** Sin cargo/todos los demás servicios** **No se aplica el deducible	Coaseguro del 20%/visita al consultorio Coaseguro del 20%/todos los demás servicios	Multa del 50% si no se realiza la precertificación por servicios fuera de la red que no sean de rutina (es decir, hospitalización parcial, etc.). Incluye servicios médicos para diagnósticos de MH/SA.
	Servicios para pacientes internados	Copago de \$300/admisión	Coaseguro del 20%	Multa del 50% si no se realiza la precertificación por servicios fuera de la red. Incluye servicios médicos para diagnósticos de MH/SA.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Coaseguro del 20%	Los niveles de beneficios para atención primaria o especialista se aplican para la visita inicial a fin de confirmar el embarazo.
	Servicios profesionales para el nacimiento/parto	Sin cargo	Coaseguro del 20%	El costo compartido no aplica para servicios preventivos .
	Servicios en instalaciones para el nacimiento/parto	Copago de \$300/admisión	Coaseguro del 20%	Según el tipo de servicios, es posible que se aplique un copago , coaseguro o deducible . El cuidado de maternidad puede incluir las pruebas y los servicios descritos en el SBC (por ejemplo, ultrasonido).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará la cantidad que sea menor)	Proveedor fuera de la red (Pagará la cantidad que sea mayor)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica en el hogar (home health care)	Sin cargo	Coaseguro del 20%	Multa del 50% si no se realiza la precertificación por servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 60 días por año. Máximo de 16 horas por día (no se aplica el límite a las afecciones de salud mental y de alcoholismo y/o farmacodependencia).
	Servicios de rehabilitación (rehabilitation services)	Copago de \$20/visita al PCP** Copago de \$40/visita al especialista ** **No se aplica el deducible	Coaseguro del 20%/visita al PCP Coaseguro del 20%/visita al especialista	Multa del 50% si no se realiza la precertificación de los servicios de terapia del habla fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo anual de: 60 días para servicios de rehabilitación ; 36 días para servicios de rehabilitación cardíaca; 12 días para servicios de atención quiropráctica. No se aplican límites a las afecciones de salud mental para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.
	Servicios de habilitación (habilitation services)	Copago de \$20/visita al PCP** Copago de \$40/visita al especialista ** **No se aplica el deducible	Coaseguro del 20%/visita al PCP Coaseguro del 20%/visita al especialista	Multa del 50% si no se realiza la precertificación de los servicios de terapia del habla fuera de la red. Los servicios están cubiertos cuando sean médicamente necesarios (medically necessary) para tratar una afección de salud mental (p. ej., autismo) o una anomalía congénita. No se aplican límites a las afecciones de salud mental para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.
	Atención de enfermería especializada (skilled nursing care)	Sin cargo	Coaseguro del 20%	Multa del 50% si no se realiza la precertificación por servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 60 días por año.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará la cantidad que sea menor)	Proveedor fuera de la red (Pagará la cantidad que sea mayor)	
	Equipo médico duradero (durable medical equipment)	Sin cargo	Coaseguro del 20%	Multa del 50% si no se realiza la precertificación por servicios fuera de la red.
	Servicios para enfermos terminales (hospice services)	Sin cargo/servicios para pacientes internados Sin cargo/servicios para pacientes en consulta externa	Coaseguro del 20%/servicios para pacientes internados Coaseguro del 20%/servicios para pacientes en consulta externa	Multa del 50% si no se realiza la precertificación de servicios para enfermos terminales para pacientes internados.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (controle su póliza o la documentación del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos \[excluded services\]](#)).

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Cirugía estética • Atención dental (adultos) • Atención dental (niños) | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de la vista (niños) • Tratamiento para la infertilidad • Atención a largo plazo • Atención que no sea de emergencia durante un viaje fuera de los EE. UU. | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería privada • Atención de la vista de rutina (adultos) • Atención de rutina de los pies • Programas para bajar de peso |
|--|---|--|

Otros servicios cubiertos (Pueden aplicarse ciertas limitaciones. Esta no es una lista completa. Consulte la documentación de su [plan](#)).

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica (12 días) | <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos auditivos (2 dispositivos [uno por oído] y un máximo de \$1,500 cada 24 meses hasta los 18 años) |
|--|---|

Su derecho a continuar la cobertura:

Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura una vez que esta finalice. La información de contacto para dichas agencias es la siguiente: Oficina de Seguros de Virginia llamando al 1-800-552-7945 y la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o ingresando en www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted, por ejemplo, la adquisición de la cobertura de seguro individual a través del [Mercado \(Marketplace\) de seguros de salud](#). Para obtener más información acerca del [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja formal o apelación:

Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja en contra de su [plan](#) por la denegación de un [reclamo \(claim\)](#). Esta queja se denomina [queja formal \(grievance\)](#) o [apelación \(appeal\)](#). Para obtener más información acerca de sus derechos, revise la explicación de los beneficios que recibirá para dicho [reclamo](#) médico. La documentación de su [plan](#) también proporciona información completa para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos o sobre esta notificación, o para obtener ayuda, puede comunicarse con: Servicio al Cliente de Cigna llamando al 1-800-Cigna24. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o ingresando en www.dol.gov/ebsa/healthreform o con la Oficina de Seguros de Virginia llamando al 1-800-552-7945. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su [apelación](#). Comuníquese con la Comisión Estatal de Corporaciones de Virginia al (877) 310-6560.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [Cobertura Esencial Mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros de salud](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras determinadas coberturas. Es posible que usted no sea elegible para el [crédito tributario de prima \(Premium Tax Credits\)](#) si es elegible para ciertos tipos de [Cobertura Esencial Mínima](#).

¿Este plan cumple con el estándar de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con el [estándar de valor mínimo \(Minimum Value Standard\)](#), usted puede ser elegible para un [crédito tributario de prima](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de acceso a idiomas:

Spanish (Español): para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-244-6224.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-244-6224.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-244-6224.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-800-244-6224.

Para ver ejemplos del modo en que este [plan](#) podría cubrir los costos de una supuesta situación médica, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de estimación de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos del modo en que este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios de sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Céntrese en las cantidades de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coaseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) en virtud de este [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en virtud de [planes](#) de salud diferentes. Tenga en cuenta que los ejemplos de cobertura se basan en la cobertura exclusiva del titular.

Peg tendrá un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en un hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,000
- [Copago](#) por [especialista](#) \$40
- [Coaseguro](#) del hospital (instalación) 0%
- Otro [coaseguro](#) 0%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento/parto
 Servicios en instalaciones para el nacimiento/parto
[Prueba de diagnóstico](#) (*ultrasonidos, análisis de sangre*)
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

Costo de ejemplo total \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$1,000
Copagos	\$300
Coaseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es	\$1,320

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,000
- [Copago](#) por [especialista](#) \$40
- [Coaseguro](#) del hospital (instalación) 0%
- Otro [coaseguro](#) 0%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre las enfermedades*)
[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos que requieren receta médica](#)
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

Costo de ejemplo total \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$900
Coaseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$40
El total que Joe pagaría es	\$940

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,000
- [Copago](#) por [especialista](#) \$40
- [Coaseguro](#) del hospital (instalación) 0%
- Otro [coaseguro](#) 0%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)
[Prueba de diagnóstico](#) (*radiografía*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo de ejemplo total \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$980
Copagos	\$400
Coaseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,380

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.

Nombre del plan: OAP Premier Ben Ver: 28 ID del plan: 21426532 HP-POL/HP-APP 9/23/12

PAGE INTENTIONALLY BLANK

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura médica

Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Cigna no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Cigna:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros; por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de asistencia lingüística gratuita a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al cliente al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación y pídale a un asociado de Servicio al cliente que le ayude.

Si considera que Cigna no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja escribiendo un mensaje de correo electrónico a

ACAGrievance@Cigna.com o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar una queja escrita, llame al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o envíe un mensaje de correo electrónico a ACAGrievance@Cigna.com. También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Los formularios para presentar una queja están disponibles en

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Insurance Company, Cigna Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation y Cigna Dental Health, Inc. El nombre y los logos de Cigna, así como las demás marcas de Cigna, son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711).

Spanish – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Chinese – 注意：我們可為您免費提供語言協助服務。對於 Cigna 的現有客戶，請致電您的 ID 卡背面的號碼。其他客戶請致電 1.800.244.6224（聽障專線：請撥 711）。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên của quý vị. Các trường hợp khác, xin gọi số 1.800.244.6224 (TTY: Quay số 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 현재 Cigna 가입자님들께서는 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락해주시고. 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주시고.

Tagalog – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna, tawagan ang numero sa likuran ng iyong ID card. O kaya, tumawag sa 1.800.244.6224 (TTY: I-dial ang 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Если вы уже участвуете в плане Cigna, позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки участника плана. Если вы не являетесь участником одного из наших планов, позвоните по номеру 1.800.244.6224 (TTY: 711).

Arabic – برجاء الانتباه خدمات الترجمة المجانية متاحة لكم. لعملاء Cigna الحاليين برجاء الاتصال بالرقم المدون علي ظهر بطاقتكم الشخصية. او اتصل ب 1.800.244.6224 (TTY: اتصل ب 711).

French Creole – ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Pou kliyan Cigna yo, rele nimewo ki deyè kat ID ou. Sinon, rele nimewo 1.800.244.6224 (TTY: Rele 711).

French – ATTENTION : Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Si vous êtes un client actuel de Cigna, veuillez appeler le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité. Sinon, veuillez appeler le numéro 1.800.244.6224 (ATS : composez le numéro 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Tem ao seu dispor serviços de assistência linguística, totalmente gratuitos. Para clientes Cigna atuais, ligue para o número que se encontra no verso do seu cartão de identificação. Caso contrário, ligue para 1.800.244.6224 (Dispositivos TTY: marque 711).

Polish – UWAGA: w celu skorzystania z dostępnej, bezpłatnej pomocy językowej, obecni klienci firmy Cigna mogą dzwonić pod numer podany na odwrocie karty identyfikacyjnej. Wszystkie inne osoby prosimy o skorzystanie z numeru 1 800 244 6224 (TTY: wybierz 711).

Japanese – 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。現在のCignaのお客様は、IDカード裏面の電話番号まで、お電話にてご連絡ください。その他の方は、1.800.244.6224 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

Italian – ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per i clienti Cigna attuali, chiamare il numero sul retro della tessera di identificazione. In caso contrario, chiamare il numero 1.800.244.6224 (utenti TTY: chiamare il numero 711).

German – ACHTUNG: Die Leistungen der Sprachunterstützung stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie gegenwärtiger Cigna-Kunde sind, rufen Sie bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Krankenversicherungskarte an. Andernfalls rufen Sie 1.800.244.6224 an (TTY: Wählen Sie 711).

Persian (Farsi) – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می‌شود. برای مشتریان فعلی Cigna، لطفاً با شماره‌ای که در پشت کارت شناسایی شماست تماس بگیرید. در غیر اینصورت با شماره 1.800.244.6224 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنوایان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).