

## RESUMEN DE BENEFICIOS



**Cigna Health and Life Insurance Co.**  
**Para: Pave America**  
**Plan Open Access Plus**  
**OAP Premier**  
**Fecha de entrada en vigor: 10/1/2023**

**Selección de un proveedor de atención primaria:** es posible que su plan le exija o le permita designar a un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en la red y que pueda aceptarlos a usted o a los miembros de su familia. Si su plan le exige que designe a un proveedor de atención primaria, Cigna podrá designar uno por usted hasta que usted efectúe la designación correspondiente. Para obtener información sobre cómo seleccionar a un proveedor de atención primaria y para ver una lista de los proveedores de atención primaria participantes, visite [www.mycigna.com](http://www.mycigna.com) o comuníquese con servicio al cliente al número de teléfono que figura al dorso de su tarjeta de identificación. Para sus hijos, puede designar a un pediatra como el proveedor de atención primaria.

**Acceso directo a obstetras y ginecólogos:** no necesita autorización previa del plan ni de ninguna otra persona (como un proveedor de atención primaria) para acceder a la atención obstétrica o ginecológica brindada por un profesional de atención médica de nuestra red especializado en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de atención médica deba cumplir con determinados procedimientos, como obtener autorización previa para algunos servicios, seguir un plan de tratamiento previamente aprobado o procedimientos para efectuar referencias. Para ver una lista de los profesionales de atención médica participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, visite [www.mycigna.com](http://www.mycigna.com) o comuníquese con servicio al cliente al número de teléfono que figura al dorso de su tarjeta de identificación.

**Un aviso para los residentes de Texas según el Código de Seguros de Texas §1218.001 et.al.:** este plan ha adquirido una cláusula opcional para cubrir los abortos provocados. La persona inscrita tiene derecho a excluirse de su plan y no pagar la cobertura para abortos provocados.

| Detalles del plan   | Dentro de la red   | Fuera de la red                                |
|---|--|--|
| <b>Máximo de por vida</b>   | Ilimitado  | Ilimitado                                      |
| <b>Acumulación por año del plan</b>   | Los deducibles, desembolsos y límites de nivel de beneficios de su plan se acumulan por año de contrato a menos que se especifique lo contrario. Además, todas las cantidades máximas del plan y por servicios específicos (costo e incidencia) se acumulan entre sí, dentro y fuera de la red, a menos que se indique lo contrario. |  |
| <b>Coaseguro del plan</b>   | El plan paga el 100%   | El plan paga el 80%                            |
| <b>Cargo máximo reembolsable</b>  | No corresponde   | 110%   |
| <b>Deducible del plan</b>   | Individual: \$1,000<br>Grupo familiar: \$2,000   | Individual: \$2,000<br>Grupo familiar: \$4,000 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo la cantidad que pague por gastos cubiertos dentro de la red cuenta para su deducible dentro de la red. Solo la cantidad que pague por gastos cubiertos fuera de la red cuenta para su deducible fuera de la red.</li> <li>• Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan y el coaseguro.</li> <li>• Los miembros de la familia solo tienen que cumplir con sus deducibles individuales y, luego, sus reclamos estarán cubiertos bajo el coaseguro del plan; si el deducible de grupo familiar se ha cumplido antes de que se cumplan sus deducibles individuales, sus reclamos se pagarán al coaseguro del plan.</li> </ul> |  |  |
| <b>Nota:</b> los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^).   |  |  |

| Detalles del plan   |  | Dentro de la red  | Fuera de la red   |
|---|--|---|---|
| <b>Desembolso máximo del plan</b>   |  | Individual: \$5,000<br>Grupo familiar: \$10,000                                   | Individual: \$10,000<br>Grupo familiar: \$20,000                                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Solo la cantidad que pague por gastos cubiertos dentro de la red cuenta para su desembolso máximo dentro de la red. Solo la cantidad que pague por gastos cubiertos fuera de la red cuenta para su desembolso máximo fuera de la red.</li> <li>El deducible del plan cuenta para su desembolso máximo.</li> <li>Todos los copagos/deducibles de los beneficios cuentan para su desembolso máximo.</li> <li>Los gastos cubiertos que cuentan para su desembolso máximo incluyen coaseguro pagado por el cliente y cargos por salud mental y alcoholismo y/o farmacodependencia. Las multas o cargos por incumplimiento en servicios fuera de la red mayores al cargo máximo reembolsable no cuentan para el desembolso máximo.</li> <li>Una vez que cada miembro elegible de la familia cumpla con su desembolso máximo individual, el plan pagará el 100% de los gastos cubiertos. O bien, una vez que se haya cumplido con el desembolso máximo del grupo familiar, el plan pagará el 100% de los gastos cubiertos de cada miembro elegible de la familia.</li> <li>Este plan incluye un desembolso máximo médico/de farmacia combinado.</li> </ul> |  |   |   |
| Beneficio   |  | Dentro de la red  | Fuera de la red   |
| <b>Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.</b>   |  |   |   |
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico</b>   |  |   |   |
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico de atención primaria (PCP)</b>  |  | Copago de \$20 y el plan paga el 100%   | El plan paga el 80% ^   |
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico especialista</b>  |  | Copago de \$40 y el plan paga el 100%   | El plan paga el 80% ^   |
| <b>NOTA:</b> las visitas a obstetras/ginecólogos están sujetas al costo compartido del PCP o especialista según el contrato que el proveedor tenga con Cigna (es decir, como PCP o como especialista).  |  |   |   |
| <b>Cirugía realizada en el consultorio del médico</b>   |  | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio | El plan paga el 80% ^   |
| <b>Tratamiento/inyecciones para alergias y suero para las alergias</b><br>Suero para las alergias administrado por el médico en el consultorio  |  | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio |
| <b>Nota:</b> no se aplica el copago por consultorio si únicamente se brinda el suero para las alergias.   |  |   |   |
| <b>Atención virtual</b>   |  |   |   |
| <b>Proveedores virtuales dedicados - MDLIVE</b>   |  |   |   |
| <b>Servicios de atención virtual de urgencias MDLIVE</b>  |  | Copago de \$20 y el plan paga el 100%   | Sin cobertura   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Los proveedores virtuales dedicados pueden proporcionar servicios pagaderos a través de otros beneficios (p. ej., atención preventiva, médico de atención primaria, servicios de salud del comportamiento; dermatología y otros médicos especialistas).</li> <li>Los servicios de laboratorio para respaldar una visita virtual deben obtenerse a través de laboratorios dedicados.</li> <li>Incluye los cargos por la prestación de servicios médicos o relacionados con la salud y consultas mediante proveedores virtuales dedicados de forma médicamente apropiada a través de audio, video o tecnologías seguras a través de Internet.</li> </ul>   |  |   |   |
| <b>Servicios - consultas médicas virtuales</b>  |  |   |   |
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico de atención primaria (PCP)</b>  |  | Copago de \$20 y el plan paga el 100%   | El plan paga el 80% ^   |

| Beneficio   | Dentro de la red  | Fuera de la red  |
|---|---|--|
| <b>Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.</b>   |   |  |
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico especialista</b>  | Copago de \$40 y el plan paga el 100%                                   | El plan paga el 80% ^  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Los médicos pueden proporcionar virtualmente servicios pagaderos a través de otros beneficios (p. ej., atención preventiva, servicios de terapia para pacientes en consulta externa).</li> <li>Incluye los cargos por la prestación de servicios médicos o relacionados con la salud y consultas de forma médicamente apropiada a través de audio, video o tecnologías seguras a través de Internet que son similares a los servicios prestados en el consultorio en persona.</li> </ul> |   |  |
| <b>NOTA:</b> las visitas a obstetras/ginecólogos están sujetas al costo compartido del PCP o especialista según el contrato que el proveedor tenga con Cigna (es decir, como PCP o como especialista).  |   |  |
| <b>Atención preventiva</b>  |   |  |
| <b>Atención preventiva</b>  | El plan paga el 100%  | Sin cobertura  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Incluye la cobertura de servicios adicionales, como análisis de orina, ECG y otros análisis de laboratorio, que suplementan el beneficio de atención preventiva estándar cuando se factura como parte de la visita al consultorio.</li> <li>Límite anual: ilimitado</li> </ul>   |   |  |
| <b>Inmunizaciones</b>   | El plan paga el 100%  | PCP: el plan paga el 80% ^<br>Especialista: el plan paga el 80% ^                                      |
| <b>Mamografías, exámenes de Papanicolaou y pruebas de antígenos específicos de la próstata (PSA, por sus siglas en inglés)</b>  | El plan paga el 100%  | Cubiertos al mismo nivel que otros servicios de radiografías y laboratorio, según el lugar de servicio |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>La cobertura incluye los servicios profesionales para pacientes en consulta externa preventivos asociados.</li> <li>Los servicios relacionados con el diagnóstico están cubiertos al mismo nivel de beneficios que otros servicios de radiografías y laboratorio, según el lugar del servicio.</li> <li>El examen preventivo asociado está cubierto dentro de la red únicamente.</li> </ul>  |   |  |
| <b>Pacientes internados</b>   |   |  |
| <b>Instalaciones hospitalarias para pacientes internados</b>  | Copago de \$300 por admisión, y el plan paga el 100% ^                  | El plan paga el 80% ^  |
| <b>Nota:</b> incluye todos los servicios de laboratorio y radiología, entre ellos, las imágenes radiológicas avanzadas y los medicamentos de especialidad médica  |   |  |
| <b>Visitas o consultas al médico del hospital como paciente internado</b>   | El plan paga el 100% ^  | El plan paga el 80% ^  |
| <b>Servicios profesionales para pacientes internados</b>  | El plan paga el 100% ^  | El plan paga el 80% ^  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiólogos</li> </ul>  |   |  |
| <b>Pacientes en consulta externa</b>  |   |  |
| <b>Servicios en instalaciones para pacientes en consulta externa</b><br>Los procedimientos de tratamientos no quirúrgicos no están sujetos al deducible por visita a las instalaciones.   | Copago de \$250 por visita a las instalaciones y el plan paga el 100% ^ | Deducible de \$500 por visita a las instalaciones y el plan paga el 80% ^                              |
| <b>Servicios profesionales para pacientes en consulta externa</b>   | El plan paga el 100% ^  | El plan paga el 80% ^  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiólogos</li> </ul>  |   |  |
| <b>Servicios de emergencia</b>  |   |  |

| Beneficio   | Dentro de la red  | Fuera de la red  |
|---|---|--|
| <b>Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.</b>   |   |  |
| <b>Sala de emergencias</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Incluye servicios profesionales, radiografías y/o laboratorio prestados en la sala de emergencias y facturados por la instalación como parte de la visita a emergencias.</li> <li>El copago por visita no se aplica si es admitido.</li> <li>Para imágenes radiológicas avanzadas, aplica un copago adicional por imagen radiológica de \$250.</li> </ul>   | Copago de \$200 y el plan paga el 100%  | Copago de \$200 y el plan paga el 100%   |
| <b>Instalaciones de atención de urgencia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Incluye servicios profesionales, radiografías y/o laboratorio prestados en instalaciones de atención de urgencia y facturados por la instalación como parte de la visita a emergencias.</li> <li>Para imágenes radiológicas avanzadas, aplica un copago adicional por imagen radiológica de \$250 dentro de la red.</li> <li>Para imágenes radiológicas avanzadas, aplica un copago adicional por imagen radiológica de \$500 fuera de la red.</li> </ul> | Copago de \$50 y el plan paga el 100%   | El plan paga el 80% ^  |
| <b>Ambulancia</b>   | El plan paga el 100% ^  | El plan paga el 100% ^   |
| Los servicios de ambulancia utilizados como transporte que no sea de emergencia (p. ej., regreso del hospital al hogar) generalmente no están cubiertos. <ul style="list-style-type: none"> <li>Los servicios para los diagnósticos de salud mental y alcoholismo y/o farmacodependencia se pagarán según los beneficios de la sala de emergencias.</li> </ul>  |   |  |
| <b>Servicios para pacientes internados en otras instalaciones de atención médica</b>  |   |  |
| <b>Instalaciones de enfermería especializada, hospital de rehabilitación, instalaciones de semigraves</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Límite anual: 60 días</li> </ul>   | El plan paga el 100% ^  | El plan paga el 80% ^  |
| <b>Servicios de laboratorio</b>   |   |  |
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico</b>   | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio   | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio  |
| <b>Laboratorio independiente</b>  | El plan paga el 100%  | El plan paga el 80% ^  |
| <b>Instalaciones para pacientes en consulta externa</b>   | El plan paga el 100%  | El plan paga el 80% ^  |
| <b>Servicios de radiología</b>  |   |  |
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico</b>   | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio   | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio  |
| <b>Instalaciones para pacientes en consulta externa</b>   | El plan paga el 100%  | El plan paga el 80% ^  |
| <b>Imágenes radiológicas avanzadas (ARI)</b>  |   |  |
| Incluyen MRI, MRA, CAT, PET, etc.   |   |  |
| <b>Instalaciones para pacientes en consulta externa</b>   | Copago de \$250 por tipo de imagen radiológica por día; y el plan paga el 100% ^  | Deducible de \$500 por tipo de imagen radiológica por día; y el plan paga el 80% ^   |
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico</b>   | Copago de \$250 por tipo de imagen radiológica por día, luego con la misma cobertura que el copago de servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio | Deducible de \$500 por tipo de imagen radiológica por día, luego con la misma cobertura que el copago de servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio |
| <b>Servicios de terapia para pacientes en consulta externa</b>  |   |  |

**Beneficio****Dentro de la red****Fuera de la red**

**Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.**

**Servicios de terapia para pacientes en consulta externa**

Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio

Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio

Límites anuales:

- Todas las terapias combinadas: incluye terapia cognitiva, terapia ocupacional, terapia física, rehabilitación pulmonar y terapia del habla: 60 días
- No se aplican límites a las afecciones de salud mental para fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional

**Nota:** los días de terapia, proporcionados como parte de un plan de atención médica en el hogar aprobado, se acumulan para los máximos aplicables de servicios de terapia para pacientes en consulta externa

**Servicios quiroprácticos**

Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio

Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio

Límite anual:

- Atención quiropráctica: 12 días

**Servicios de rehabilitación cardíaca**

Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio

Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio

Límite anual:

- Rehabilitación cardíaca: 36 días

**Instalaciones para enfermos terminales****Instalaciones para pacientes internados**

El plan paga el 100% ^

El plan paga el 80% ^

**Servicios para pacientes en consulta externa**

El plan paga el 100% ^

El plan paga el 80% ^

**Nota:** incluye asesoría por duelo como parte del programa de atención de enfermos terminales.

**Asesoría por duelo (por servicios no brindados como parte del programa de atención de enfermos terminales)**

Servicios proporcionados por un profesional de salud mental

Cubiertos por el beneficio de salud mental

Cubiertos por el beneficio de salud mental

**Medicamentos de especialidad médica****Instalaciones para pacientes en consulta externa**

El plan paga el 100% ^

El plan paga el 80% ^

**Consultorio del médico**

El plan paga el 100%

El plan paga el 80% ^

**En el hogar**

El plan paga el 100% ^

El plan paga el 80% ^

**Nota:** este beneficio únicamente se aplica al costo de los medicamentos de la terapia de infusión administrados. Este beneficio no cubre los cargos de la instalación, cargos profesionales o de la visita al consultorio relacionados.

| Beneficio   | Dentro de la red  | Fuera de la red   |
|---|---|---|
| <b>Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.</b>   |   |   |
| <b>Maternidad</b>   |   |   |
| <b>Visita inicial para confirmar el embarazo</b>  | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio                   | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio                   |
| <b>Todas las visitas prenatales, visitas posnatales y los cargos de parto del médico siguientes) (Tarifa total de maternidad)</b>   | El plan paga el 100% ^  | El plan paga el 80% ^   |
| <b>Visitas al consultorio además de la tarifa total de maternidad (prestadas por un obstetra/ginecólogo o especialista)</b>   | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio                   | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio                   |
| <b>Parto: instalaciones (hospital para pacientes internados, centro de maternidad)</b>  | Misma cobertura que la incluida en los beneficios del plan para pacientes internados en el hospital | Misma cobertura que la incluida en los beneficios del plan para pacientes internados en el hospital |
| <b>Aborto</b>   |   |   |
| <b>Servicios de aborto</b><br><b>Nota:</b> procedimientos provocados y no provocados  | La cobertura varía según el lugar del servicio  | La cobertura varía según el lugar del servicio  |
| <b>Planificación familiar</b>   |   |   |
| <b>Servicios para mujeres</b><br>Incluye dispositivos anticonceptivos según lo indique o recete un médico y servicios de esterilización quirúrgica, como la ligadura de las trompas (no incluye la reversión)   | El plan paga el 100%  | La cobertura varía según el lugar del servicio  |
| <b>Servicios para hombres</b><br>Incluye servicios de esterilización quirúrgica, como la vasectomía (no incluye la reversión)   | La cobertura varía según el lugar del servicio  | La cobertura varía según el lugar del servicio  |
| <b>Infertilidad</b>   |   |   |
| <b>Tratamiento para la infertilidad</b><br><b>Nota:</b> se brindará cobertura para el tratamiento de una afección médica subyacente hasta que se diagnostique una afección de infertilidad. Los servicios estarán cubiertos como si se tratara de cualquier otra enfermedad.  |   |   |
| <b>Otros servicios/instalaciones de atención médica</b>   |   |   |
| <b>Atención médica en el hogar</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>Límite anual: 60 días (No se aplica el límite a las afecciones de salud mental y de alcoholismo y/o farmacodependencia).</li> <li>Máximo de 16 horas por día</li> </ul> <b>Nota:</b> incluye la enfermería privada para pacientes en consulta externa si se aprueba como médicamente necesaria | El plan paga el 100% ^  | El plan paga el 80% ^   |

| Beneficio   | Dentro de la red  | Fuera de la red   |
|---|---|---|
| <b>Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.</b>   |   |   |
| <b>Trasplantes de órganos</b>   |   |   |
| <b>Instalaciones hospitalarias para pacientes internados</b>  |   |   |
| Instalaciones de LifeSOURCE   | Copago de \$300 por admisión, y el plan paga el 100%  | No corresponde  |
| Instalaciones que no sean de LifeSOURCE   | Misma cobertura que la incluida en los beneficios del plan para pacientes internados en el hospital | Misma cobertura que la incluida en los beneficios del plan para pacientes internados en el hospital |
| <b>Servicios profesionales para pacientes internados</b>  |   |   |
| Instalaciones de LifeSOURCE   | El plan paga el 100%  | No corresponde  |
| Instalaciones que no sean de LifeSOURCE   | Misma cobertura que el beneficio de servicios profesionales para pacientes internados del plan      | Misma cobertura que el beneficio de servicios profesionales para pacientes internados del plan      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Máximo de viaje - Instalaciones de Cigna LifeSOURCE Transplant Network® solamente: máximo ilimitado por trasplante de por vida</li> </ul>  |   |   |
| <b>Equipo médico duradero</b>   |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Límite anual: ilimitado</li> </ul>   | El plan paga el 100% ^  | El plan paga el 80% ^   |
| <b>Equipos y suministros para la lactancia</b>  |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Limitados al alquiler de un sacaleches por nacimiento según lo indique o recete un médico.</li> <li>Incluye los suministros relacionados.</li> </ul>   | El plan paga el 100%  | Sin cobertura   |
| <b>Aparatos protésicos externos (EPA, por sus siglas en inglés)</b>   |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Límite anual: ilimitado</li> </ul>   | El plan paga el 100% ^  | El plan paga el 80% ^   |
| <b>Articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés)</b>   |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Máximo de por vida ilimitado</li> </ul>  | La cobertura varía según el lugar del servicio  | La cobertura varía según el lugar del servicio  |
| <b>Nota: se proporciona de forma limitada, según el caso. No incluye aparatos y tratamiento de ortodoncia.</b>  |   |   |
| <b>Atención de rutina de los pies</b>   |   |   |
|   | Sin cobertura   | Sin cobertura   |
| <b>Nota: los servicios asociados con el cuidado de los pies en los casos de diabetes y enfermedad vascular periférica están cubiertos en caso de ser aprobados como médicamente necesarios.</b>   |   |   |
| <b>Aparatos auditivos</b>   |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Máximo de \$1,500 por dispositivo</li> <li>Máximo de 2 dispositivos (uno por oído) cada 24 meses</li> <li>Incluye examen y ajuste de aparatos auditivos cubiertos al costo compartido de una visita al consultorio del médico.</li> <li>Cobertura hasta los 18 años</li> </ul> | El plan paga el 100% ^  | El plan paga el 80% ^   |
| <b>Salud mental y alcoholismo y/o farmacodependencia</b>  |   |   |
| <b>Salud mental para pacientes internados</b>   |   |   |
|   | Copago de \$300 por admisión, y el plan paga el 100% ^  | El plan paga el 80% ^   |
| <b>Servicios de salud mental para pacientes en consulta externa: consultorio del médico</b>   |   |   |
|   | Copago de \$40 y el plan paga el 100%   | El plan paga el 80% ^   |
| <b>Servicios de salud mental para pacientes en consulta externa: todos los demás servicios</b>  |   |   |
|   | El plan paga el 100%  | El plan paga el 80% ^   |
| <b>Alcoholismo y/o farmacodependencia para pacientes internados</b>   |   |   |
|   | Copago de \$300 por admisión, y el plan paga el 100% ^  | El plan paga el 80% ^   |
| <b>Servicios de alcoholismo y/o farmacodependencia para pacientes en consulta externa: consultorio del médico</b>   |   |   |
|   | Copago de \$40 y el plan paga el 100%   | El plan paga el 80% ^   |

**Beneficio****Dentro de la red****Fuera de la red**

**Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.**

**Servicios de alcoholismo y/o farmacodependencia para pacientes en consulta externa: todos los demás servicios**

El plan paga el 100%

El plan paga el 80% ^

Límites anuales:

- Máximo ilimitado

Notas:

- Los servicios para pacientes internados incluyen el tratamiento residencial y agudo.
- Los servicios para pacientes en consulta externa en el consultorio del médico pueden incluir terapia individual, familiar y grupal, psicoterapia, administración de los medicamentos, etc.
- Todos los demás servicios para para pacientes en consulta externa pueden incluir hospitalización parcial, los servicios intensivos para pacientes en consulta externa, el análisis del comportamiento aplicado (ABA, por sus siglas en inglés), etc.
- Los servicios se pagan en un 100% una vez que alcance su desembolso máximo.

**Nota importante sobre cobertura de salud mental y alcoholismo y/o farmacodependencia:** los servicios médicos cubiertos que se enumeran arriba, que se reciben para diagnosticar o tratar un trastorno de salud mental y alcoholismo y/o farmacodependencia, se pagarán según la sección titulada “Trastornos de salud mental y alcoholismo y/o farmacodependencia”.

**Revisión de la utilización, administración de casos y programas de salud mental/alcoholismo y/o farmacodependencia**

**Cigna Total Behavioral Health: administración para pacientes internados y en consulta externa**

- Revisión de la utilización y administración de casos para pacientes internados
- Revisión de la utilización y administración de casos para pacientes en consulta externa
- Hospitalización parcial
- Programas intensivos para pacientes en consulta externa
- Programa Changing Lives by Integrating Mind and Body (Cambio de vida integrando mente y cuerpo)
- Programas de control del estilo de vida: de control del estrés, para dejar el tabaco y de control del peso
- Administración de terapia de narcóticos
- Programa inMynd<sup>SM</sup>: una solución integral y holística para contribuir a reconocer y encontrar recursos para tratar afecciones de la salud del comportamiento.

**Farmacia****Dentro de la red****Fuera de la red**

**Costo compartido y suministro**

**Costo compartido de Cigna Pharmacy**

- Minorista: suministro para hasta 90 días (salvo medicamentos de especialidad, suministro para hasta 30 días)
- Entrega a domicilio: suministro para hasta 90 días (salvo medicamentos de especialidad, suministro para hasta 30 días)

**Minorista (suministro para 30 días):**

Genéricos: usted paga \$15  
De marca preferida: usted paga \$35  
De marca no preferida: usted paga \$75

**Minorista y entrega a domicilio (suministro para 30 días):**

De especialidad: usted paga el 25%

**Minorista y entrega a domicilio (suministro para 90 días):**

Genéricos: usted paga \$38

**Minorista:**

Usted paga el 30%  
Su plan paga el 70%

**Entrega a domicilio:**

Sin cobertura



## Farmacia

## Dentro de la red

## Fuera de la red

De marca preferida: usted paga \$88  
De marca no preferida: usted paga \$188

- Los medicamentos minoristas para un suministro de 30 días pueden obtenerse dentro de la red en una gran variedad de farmacias en todo el país. Por el contrario, los medicamentos para un suministro de 90 días (como los medicamentos de mantenimiento) estarán disponibles en determinadas farmacias de la red.
- Programa Cigna 90 Now: usted puede optar por surtir sus medicamentos en un suministro para 30 o 90 días. Si opta por surtir una receta para 30 días, puede hacerlo en cualquier farmacia minorista de la red o a través de una farmacia de Home Delivery de la red. Si opta por surtir una receta para 90 días, debe hacerlo en una farmacia minorista de la red para 90 días o a través de una farmacia de Home Delivery de la red para que el plan la cubra.
- Los medicamentos de especialidad se utilizan para tratar una enfermedad subyacente que se considera poco frecuente y crónica, que incluye, a modo de ejemplo, esclerosis múltiple, hepatitis C o artritis reumatoide. Los medicamentos de especialidad pueden incluir medicamentos de costo alto, así como medicamentos que pueden requerir de una manipulación especial y supervisión cercana al ser administrados.
- Cuando el paciente solicita un medicamento de marca, paga el costo compartido del medicamento de marca más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico, hasta el costo del medicamento de marca (a menos que el médico indique "Despachar según lo escrito").
- Sus beneficios de farmacia comparten un desembolso máximo con los beneficios médicos y de salud del comportamiento.

## Medicamentos cubiertos

### Lista de medicamentos que requieren receta médica:

Su Lista estándar de medicamentos que requieren receta médica de Cigna incluye una gran variedad de medicamentos: incluidos todos aquellos exigidos por las leyes de atención médica aplicables. Para consultar qué medicamentos están incluidos en su plan, inicie sesión en myCigna.com.

Algunos puntos destacados:

- La cobertura incluye medicamentos inyectables autoadministrados y medicamentos inyectables opcionales, pero no incluye medicamentos para tratar la infertilidad.
- Los dispositivos y medicamentos anticonceptivos están cubiertos dentro de los productos requeridos a nivel federal cubiertos al 100%.
- La insulina, las tiras reactivas para medir la glucosa, las lancetas, las agujas y las jeringas para insulina, y las plumas y los cartuchos de insulina están cubiertos.
- Los medicamentos para el estilo de vida; limitados a la disfunción sexual están cubiertos.

## Información sobre programas de farmacia

### Administración clínica de servicios de farmacia: esencial

Su plan cuenta con programas y requisitos de administración de medicamentos a fin de garantizar el acceso a medicamentos que han demostrado ser los más confiables y económicos para la afección médica y que se los recete de manera segura, por ejemplo:

- Requisitos de autorización previa.
- Tratamiento escalonado en algunas clases de medicaciones y medicamentos nuevos en el mercado.
- Límites de cantidad, entre ellos, requisitos de dosis diaria máxima, requisitos de cantidad en el tiempo, requisitos de duración del tratamiento y requisitos de optimización de la dosis.
- Requisitos de edad y requisitos de renovación temprana.
- Requisitos de exclusiones del plan.
- Los usuarios actuales de medicamentos de tratamiento escalonado podrán realizar un despacho de 30 días durante los primeros tres meses de cobertura antes de que se aplique el programa de tratamiento escalonado.
- Su plan incluye características de la administración de medicamentos de especialidad, como autorización previa y límites de cantidad, a fin de garantizar el acceso a los medicamentos de especialidad y que se los recete de manera segura.
- Para los afiliados que tienen afecciones complejas y que toman medicamentos de especialidad, ofreceremos la ayuda de los Centros de Recursos Terapéuticos Accredited (TRC, por sus siglas en inglés) para que proporcionen los medicamentos de especialidad y el asesoramiento sobre la afección. Para los afiliados que toman un medicamento de especialidad que no despacha Accredited, los expertos de Cigna se encargarán de proporcionar el medicamento de especialidad y el asesoramiento sobre la afección.

## Información sobre programas de farmacia

### Patient Assurance Program

Su plan incluye el programa Patient Assurance Program, que exime del pago del deducible y reduce la cantidad que usted debe por determinados medicamentos utilizados para tratar las afecciones crónicas incluidas en el programa. Además:

- Cualquier cantidad que pague por estos medicamentos solo cuenta para alcanzar su desembolso máximo.
- Cualquier descuento proporcionado por un fabricante para estos medicamentos solo cuenta para alcanzar su desembolso máximo.

## Información adicional

### Administración de casos

Coordinado por Cigna HealthCare. Este es un servicio diseñado para prestar ayuda a un paciente que esté en riesgo de desarrollar complicaciones médicas o para quien un incidente de salud haya precipitado una necesidad de rehabilitación o de apoyo de atención médica adicional. El programa intenta alcanzar un equilibrio entre una atención de calidad y económica, a la vez que se aumenta al máximo la calidad de vida del paciente.

### Programa de Prevención de la Diabetes de Cigna en colaboración con Omada

El Programa de Prevención de la Diabetes de Cigna en colaboración con Omada es un programa para ayudar a evitar el inicio de la diabetes, así como los riesgos para la salud que podrían provocar enfermedades cardíacas o accidentes cerebrovasculares. El programa está cubierto por su plan de salud a nivel preventivo, al igual que para su visita de bienestar. Los participantes del programa tienen acceso a asesoría de salud virtual profesional, un grupo de apoyo en línea, clases interactivas y una balanza de tecnología inteligente. El programa le ayudará a hacer pequeños cambios en su alimentación, actividad, patrones de sueño y estrés para lograr una pérdida de peso saludable durante una serie de 16 clases semanales y herramientas para ayudarle a mantener la pérdida de peso en el tiempo. También se le ofrecerá la oportunidad de inscribirse en un gimnasio por una cuota mensual baja y sin cuota de inscripción.

### Programa de oncología integral

- Asistencia para administración de la atención
- Administración de casos

Incluido

### Healthy Pregnancies/Healthy Babies

- Asistencia para administración de la atención
- Administración de casos para servicios de maternidad
- Administración de casos para servicios neonatales

\$150 (1.º trimestre) / \$75 (2.º trimestre): opción 3

## Información adicional

### Cargo máximo reembolsable

El gasto cubierto permitido para los servicios fuera de la red se basa en la cantidad que resulte menor entre el cargo normal del profesional de atención médica por un servicio similar o un porcentaje de una tabla de tarifas (110%) elaborada por Cigna que se basa en una metodología similar a una usada por Medicare para determinar la tarifa permitida para el mismo servicio o un servicio similar dentro de un área geográfica. En algunos casos, la tabla de tarifas basada en Medicare no se usará y el cargo máximo reembolsable por los servicios cubiertos se determinará en función de la cantidad que resulte menor entre el cargo normal del profesional de atención médica por un servicio similar o la cantidad cobrada por ese servicio o suministro por el 80% de los profesionales de atención médica del área geográfica donde se reciba el servicio. Si no hay suficiente información sobre cargos en la base de datos para esa área geográfica para determinar el cargo máximo reembolsable, se pueden usar entonces los datos para servicios similares de la base de datos. Los servicios fuera de la red están sujetos al deducible por año de contrato y a las limitaciones del cargo máximo reembolsable.

### Cargos de servicios de emergencia fuera de la red

1. Los servicios de emergencia están cubiertos en el nivel de costo compartido dentro de la red, según lo exigido por la ley estatal o federal correspondiente, si se reciben servicios de un proveedor no participante (fuera de la red).
2. La cantidad permitida utilizada para determinar el pago de beneficios del plan por los servicios de emergencia cubiertos prestados en un hospital fuera de la red, o por un proveedor fuera de la red en un hospital dentro de la red, es la cantidad acordada por el proveedor fuera de la red y Cigna, o según lo exigido por la ley estatal o federal correspondiente.

El miembro es responsable de las cantidades aplicables de costos compartidos dentro de la red (cualquier deducible, copago o coaseguro). El miembro no es responsable de todos los cargos que pudieran hacerse en exceso de la cantidad permitida. Si el proveedor fuera de la red le factura un monto superior al monto que debe según lo indicado en la Explicación de Beneficios (EOB), comuníquese con el Servicio al Cliente de Cigna al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.

### Coordinación de Medicare

De conformidad con la Ley de Seguridad Social de 1965, este plan pagará como el plan secundario a las Partes A y B de Medicare de la siguiente manera:

- (a) un expleado, por ejemplo, un jubilado, un expleado incapacitado, un dependiente de un expleado o una pareja de hecho del empleado, que también sea elegible para Medicare y cuyo seguro continúa por cualquier motivo según lo dispuesto en este plan (incluida la continuación de COBRA).
- (b) un empleado, un expleado, un dependiente de un empleado o un dependiente de un expleado, que sea elegible para Medicare debido a la enfermedad renal terminal después de que dicha persona haya sido elegible para Medicare por 30 meses.

Cuando una persona es elegible para las Partes A y B de Medicare, según lo descrito anteriormente, este plan pagará como el plan secundario a las Partes A y B de Medicare **independientemente de si la persona está inscrita en las Partes A y B de Medicare e independientemente de si la persona busca la atención de un proveedor de Medicare o no para obtener los servicios cubiertos por Medicare.**

### Reducción por cirugía múltiple

Las cirugías múltiples realizadas en una sola sesión quirúrgica obtendrán un descuento del 50% en el pago de la cirugía de menor cargo. El procedimiento más costoso se paga como cualquier otra cirugía.

### One Guide

Disponible por teléfono o a través de la aplicación móvil de myCigna. One Guide le ayuda a navegar por el sistema de atención médica y a aprovechar al máximo sus beneficios y programas de salud.

## Información adicional

**Certificación previa – Revisión de estadía continua – Administración de la atención completa para pacientes internados:** se requiere para todas las admisiones de pacientes internados

Dentro de la red: coordinado por su médico

Fuera de la red: el afiliado es responsable de comunicarse con Cigna Healthcare. Sujeto a multas/reducciones o denegación por incumplimiento.

- Se aplica una multa del 50% a los cargos hospitalarios como paciente internado si no se comunica con Cigna Healthcare para precertificar la admisión.
- Los beneficios se denegarán por cualquier admisión revisada por Cigna Healthcare que no esté certificada.
- Los beneficios se denegarán por cualquier día adicional no certificado por Cigna Healthcare.

**Certificación previa – Administración de la atención completa – Autorización previa para pacientes en consulta externa:** se requiere para determinados procedimientos y pruebas de diagnóstico de pacientes en consulta externa

Dentro de la red: coordinado por su médico

Fuera de la red: el afiliado es responsable de comunicarse con Cigna Healthcare. Sujeto a multas/reducciones o denegación por incumplimiento.

- Se aplica una multa del 50% a los cargos por procedimientos/pruebas de diagnóstico de paciente en consulta externa si no se comunica con Cigna Healthcare para precertificar la admisión.
- Los beneficios se denegarán por cualquier procedimiento/prueba de diagnóstico de pacientes en consulta externa revisado por Cigna Healthcare que no esté certificado.

No se aplica la **limitación por afección preexistente (PCL, por sus siglas en inglés)**.

## Definiciones

**Coaseguro:** una vez que haya alcanzado su deducible, usted y su plan comparten algunos de sus costos médicos. La parte de los gastos cubiertos de la cual usted es responsable se denomina coaseguro.

**Copago:** una tarifa fija que usted paga por determinados servicios cubiertos, como las visitas al médico o las recetas.

**Deducible:** cantidad fija en dólares que usted debe pagar de su bolsillo antes de que el plan comience a pagar los servicios.

**Desembolso máximo:** límites específicos a la cantidad total que pagará de su bolsillo antes de que deje de aplicarse el porcentaje de coaseguro de su plan. Una vez que alcance estas cantidades máximas, su plan pagará el 100% de los "cargos máximos reembolsables" o las tarifas negociadas por los servicios cubiertos.

**Lugar del servicio:** su plan paga en función del lugar donde recibe los servicios. Por ejemplo, para las estadías en un hospital, su cobertura se paga como paciente internado.

**Lista de medicamentos que requieren receta médica:** la lista de medicamentos de marca y genéricos que requieren receta médica y están cubiertos por su plan de farmacia.

**Servicios profesionales:** servicios prestados por cirujanos, asistentes de cirujanos, médicos del hospital, radiólogos, patólogos y anestesiólogos.

**Transición de la atención:** brinda cobertura de salud dentro de la red a nuevos afiliados cuando el médico del afiliado no es parte de la red de Cigna y existen razones clínicas aprobadas por las que el afiliado debe seguir atendiendo con el mismo médico.

## Exclusiones

**Conceptos no cubiertos (la lista no es exhaustiva):**

Su plan brinda cobertura para la mayoría de los servicios médicamente necesarios. Se brinda la lista completa de exclusiones en su certificado o descripción resumida del plan. En la medida en la que pueda haber diferencias, rigen los términos del certificado o la descripción resumida del plan. Los servicios que su plan no cubre, a menos que lo exija la ley o que estén cubiertos por el beneficio de farmacia, incluyen (a modo de ejemplo):

- Atención de afecciones médicas que deben tratarse en instalaciones públicas según lo exigido por la ley estatal o local.
- Atención que debe ser brindada por un distrito escolar o un sistema escolar público según lo exigido por la ley estatal o federal.
- Atención de incapacidades relativas al servicio militar que puedan tratarse a través de servicios gubernamentales si usted tiene derecho a recibir dicho tratamiento en virtud de la ley y las instalaciones están disponibles desde un punto de vista razonable.
- Tratamiento de una enfermedad o lesión como consecuencia de una guerra, declarada o no declarada.
- Cargos por los que no está obligado a pagar, por los que no recibirá una factura o por los que no le habrían facturado salvo que estuvieran cubiertos por este plan.
- Asistencia con las actividades cotidianas entre las que se incluyen, a modo de ejemplo, comer, bañarse, vestirse u otras actividades de servicios asistenciales o de cuidado personal, servicios domésticos y servicios que sean principalmente para descanso, cuidado en el hogar o de convalecencia.
- Gastos relacionados con servicios experimentales, de investigación o no comprobados.

## Exclusiones

- Los servicios experimentales, de investigación y no comprobados son tecnologías, suministros, tratamientos, procedimientos, terapias de medicamentos o dispositivos de naturaleza médica, quirúrgica, diagnóstica, psiquiátrica, para alcoholismo y/o farmacodependencia u otros servicios de cuidado de la salud que el médico de revisión de la utilización determine que:
  - No han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) u otra agencia reguladora pertinente para su comercialización legal;
  - Su seguridad y eficacia para el tratamiento o diagnóstico de la afección o enfermedad para la cual se proponen no han sido probadas, mediante la literatura científica basada en evidencias y revisada por colegas médicos;
  - Están sujetos a revisión o aprobación por una Junta de revisión institucional para el uso propuesto, a excepción de lo dispuesto en las secciones “Estudios clínicos” de este plan; o
  - Están sujetos a un estudio clínico de fase I, II o III en curso, excepto los costos de atención de rutina del paciente relacionados con estudios clínicos calificados según lo dispuesto en la sección “Estudios clínicos” de este plan.
- A fin de determinar si cualquiera de dichas tecnologías, suministros, tratamientos, medicamentos o dispositivos biológicos o dispositivos son experimentales, de investigación y/o no comprobados, el médico de revisión de la utilización puede basarse en las políticas de cobertura clínica mantenidas por Cigna o la organización de revisión. Las políticas de cobertura clínica pueden incluir, sin limitación y según sea aplicable, criterios relacionados con etiquetado autorizado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, los compendios de referencia médica estándar y la literatura científica basada en evidencias y revisada por colegas médicos. El plan o la póliza no denegará la cobertura para una terapia biológica o de medicamentos como experimental, de investigación o no comprobada si la terapia biológica o de medicamentos está aprobada de otro modo por la FDA para su comercialización legal, no ha sido contraindicada por la FDA para el uso para el cual la terapia biológica o de medicamentos ha sido recetada y está reconocida como segura y efectiva para el tratamiento del cáncer en alguno de los compendios de referencia estándares (American Medical Association Drug Evaluations, the American Hospital Formulary Service Drug Information o la publicación US Pharmacopoeia Dispensing Information).
- Cirugía y terapias estéticas. La cirugía o terapia estética se define como cirugía o terapia realizada para mejorar o alterar la apariencia o la autoestima.
- Los siguientes servicios están excluidos de la cobertura, a menos que sean médicamente necesarios o estén sujetos a otra exclusión:
  - Tratamiento quirúrgico de várices;
  - Rinoplastia; o
  - Cirugías ortognáticas.
- Los siguientes servicios se excluyen de la cobertura, sin importar las indicaciones clínicas: cirugías en caso de macromastia o ginecomastia; cirugía de la pared abdominal; paniclectomía; blefaroplastia; cirugía para retirar la piel sobrante; extirpación de papilomas cutáneos; acupresión; terapia cráneo-sacral/craneal; terapia de danza y terapia del movimiento; kinesiología aplicada; *rolfing* (masaje de tejido conectivo); proloterapia; y litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL, por sus siglas en inglés) para afecciones musculoesqueléticas y ortopédicas.
- Tratamiento dental de los dientes, las encías o las estructuras que soportan directamente los dientes, que incluye radiografías dentales, exámenes, reparaciones, ortodoncia, tratamiento periodontal, moldes, férulas y servicios para maloclusión dental, por cualquier afección. Los cargos cobrados por servicios o suministros brindados por una lesión accidental de un diente o en relación con dicha lesión están cubiertos siempre que se inicie un plan continuo de tratamiento dental dentro de los seis meses posteriores a un accidente. Además, los cargos cobrados por un médico por cualquiera de los siguientes procedimientos quirúrgicos están cubiertos: extracción de una muela de juicio impactada no erupcionada, incluida la extracción del hueso alveolar y el seccionamiento de la pieza dental; extracción de la raíz residual (cuando la realiza un dentista que no es el que extrajo el diente).
- Servicios médicos y quirúrgicos, iniciales y repetidos, que sirvan para el tratamiento o control de la obesidad, incluida la obesidad clínicamente grave (mórbida), que incluyen: servicios médicos y quirúrgicos para alterar la apariencia o cambios físicos que sean el resultado de cualquier cirugía realizada para el control de la obesidad o la obesidad clínicamente grave (mórbida); y programas o tratamientos para bajar de peso, ya sean recetados o recomendados por un médico o que se realicen bajo supervisión médica.
- A menos que estén cubiertos de otro modo en este plan, los informes, evaluaciones, exámenes físicos u hospitalizaciones que no sean necesarios por razones de salud, que incluyen, a modo de ejemplo, las licencias de empleo, seguro o gubernamentales y evaluaciones ordenadas por el tribunal, forenses o de custodia.
- Tratamiento u hospitalización ordenados por un tribunal, a menos que el tratamiento sea indicado por un médico y se encuentre en la lista de servicios cubiertos por este plan.
- Servicios de infertilidad, incluidos medicamentos para tratar la infertilidad, programas quirúrgicos o de tratamientos médicos para tratar la infertilidad, incluida la fertilización in vitro, la transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés), la transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), así como variaciones de tales procedimientos y cualquier costo asociado con la obtención, el lavado, la preparación o el almacenamiento de esperma para inseminación artificial (incluidos los pagos por servicios del donante). La criopreservación del esperma y los óvulos del donante también queda excluida de la cobertura.
- Reversión de los procedimientos de esterilización voluntarios masculinos o femeninos.

## Exclusiones

- Cualquier medicación, medicamento, servicio o suministro para el tratamiento de la disfunción sexual masculina o femenina, que incluye, a modo de ejemplo, el tratamiento de la disfunción eréctil (incluye implantes peneanos), anorgasmia y eyaculación precoz.
- La atención y los costos médicos y hospitalarios para el bebé de un dependiente, a menos que el bebé cumpla con los requisitos exigidos por este plan.
- Asesoría no médica o servicios auxiliares, que incluyen, a modo de ejemplo: servicios asistenciales, servicios educativos, asesoramiento vocacional, capacitación y servicios de rehabilitación, entrenamiento del comportamiento, biorretroalimentación, neuroretroalimentación, hipnosis, terapia del sueño, servicios de retorno al trabajo, programas de reentrenamiento para el trabajo y cursos de seguridad vial.
- Terapia o tratamiento destinado principalmente a mejorar o mantener la condición física general o con el propósito de mejorar el desempeño laboral, escolar, atlético o recreativo, que incluye, a modo de ejemplo, la atención de rutina, a largo plazo o de mantenimiento que se proporciona luego de la solución de un problema médico agudo y cuando no se espera una mejora terapéutica significativa.
- Suministros médicos de consumo distintos a los suministros de ostomía y catéteres urinarios. Los suministros no cubiertos incluyen, a modo de ejemplo, vendajes y otros artículos médicos desechables, preparaciones cutáneas y tiras reactivas, excepto según se especifica en las secciones “Servicios de salud en el hogar” o “Reconstrucción y prótesis de senos” de este plan.
- Habitaciones privadas en un hospital y/o enfermería privada, a excepción de lo que se especifica en la cláusula de servicios de salud en el hogar.
- Artículos personales o para hacer la vida más cómoda, como los kits de cuidado personal que se ofrecen al ser admitido en un hospital, televisión, teléfono, fotografías de recién nacidos, comidas de cortesía, avisos de nacimiento y otros artículos que no se utilizan para el tratamiento específico de una enfermedad o lesión.
- Elementos artificiales de asistencia, que incluyen, a modo de ejemplo, los zapatos de corrección ortopédica, plantillas anatómicas, medias elásticas, portaliagas, corsés, dentaduras postizas y pelucas.
- Aparatos auditivos, que incluyen, a modo de ejemplo, dispositivos semiimplantables para la audición, aparatos auditivos de implante óseo y aparatos auditivos implantados en el hueso (BAHA, por sus siglas en inglés). Un aparato auditivo es cualquier tipo de dispositivo que amplifique el sonido.
- Ayudas o dispositivos que ayudan en la comunicación no verbal, entre ellos tableros de comunicación, dispositivos para hablar pregrabados, computadoras portátiles, computadoras de escritorio, asistentes digitales personales (PDA, por sus siglas en inglés), máquinas para escribir en braille, sistemas de alerta visual para sordos y libros para la memoria.
- Lentes y marcos de anteojos y lentes de contacto (excepto por el primer par de lentes de contacto para el tratamiento de queratocono o cirugía postcataratas).
- Refracción de rutina, ejercicios oculares y tratamiento quirúrgico para la corrección de un error de refracción, incluida una queratotomía radial.
- Tratamiento por acupuntura.
- Todos los medicamentos no inyectables que requieren receta médica, a menos que se requiera la administración o supervisión de parte de un médico, los medicamentos inyectables que requieren receta médica en la medida en la que no necesiten la supervisión del médico y se consideren comúnmente medicamentos autoadministrados, medicamentos que no requieren receta médica, y medicamentos de carácter experimental o en investigación, a excepción de lo que se especifica en este plan.
- Atención de rutina de los pies, que incluye el emparejamiento y la eliminación de callos y durezas o el recorte de uñas. Sin embargo, los servicios asociados con el cuidado de los pies en los casos de diabetes y enfermedad vascular periférica están cubiertos en caso de ser médicamente necesarios.
- Costos o cuotas de membresías relacionadas con clubes deportivos, programas para bajar de peso y programas para dejar de fumar.
- Examen genético o examen genético de preimplantación. El diagnóstico genético general basado en la población es un método de prueba que se realiza cuando no hay ningún síntoma o ningún factor de riesgo significativo comprobado de enfermedades hereditarias de transmisión genética.
- Implantes dentales por cualquier afección.
- Pagos relacionados con la obtención o donación de sangre o derivados hematológicos, excepto para la donación autóloga cuando se prevén con anticipación ciertos servicios programados, cuando a criterio del médico de revisión de la utilización la probabilidad de la pérdida de sangre en exceso es tal que se espera que la cirugía traiga aparejada una transfusión.
- Administración de sangre con el propósito de mejorar la condición física general.
- Costos de sustancias biológicas, ya sean inmunizaciones o medicamentos para propósitos de viajes o para protegerse de riesgos y peligros ocupacionales.
- Cosméticos, suplementos alimenticios, y productos para la salud y belleza.
- Todos los suplementos alimenticios y fórmulas, excepto la fórmula para lactantes necesaria para el tratamiento de errores innatos del metabolismo.
- En relación con una lesión o enfermedad que surja con motivo de cualquier trabajo por un sueldo o ganancias, o durante su desempeño.

## Exclusiones

- Cargos por la prestación de servicios médicos y relacionados con la salud a través de tecnologías de telecomunicaciones, incluidos el teléfono e Internet, a menos que sean descritos específicamente en la sección "Gastos cubiertos".
- Terapia de masaje.

### Estos son solo puntos sobresalientes

Este resumen describe los puntos sobresalientes de su plan. Para ver una lista completa de los servicios cubiertos y no cubiertos, incluidos los beneficios exigidos por su estado, consulte el certificado del seguro de su empleador, el acuerdo de servicio o la descripción resumida del plan, que son los documentos oficiales del plan. En caso de discrepancia entre este resumen y los documentos del plan, la información incluida en los documentos del plan prevalecerá.

*Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por las subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation. El nombre, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.*

EHB State: VA



# 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).

## RESUMEN DE BENEFICIOS



**Cigna Health and Life Insurance Co.**  
**Para: Pave America**  
**Plan Open Access Plus**  
**OAP Standard**  
**Fecha de entrada en vigor: 10/1/2023**

**Selección de un proveedor de atención primaria:** es posible que su plan le exija o le permita designar a un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en la red y que pueda aceptarlos a usted o a los miembros de su familia. Si su plan le exige que designe a un proveedor de atención primaria, Cigna podrá designar uno por usted hasta que usted efectúe la designación correspondiente. Para obtener información sobre cómo seleccionar a un proveedor de atención primaria y para ver una lista de los proveedores de atención primaria participantes, visite [www.mycigna.com](http://www.mycigna.com) o comuníquese con servicio al cliente al número de teléfono que figura al dorso de su tarjeta de identificación. Para sus hijos, puede designar a un pediatra como el proveedor de atención primaria.

**Acceso directo a obstetras y ginecólogos:** no necesita autorización previa del plan ni de ninguna otra persona (como un proveedor de atención primaria) para acceder a la atención obstétrica o ginecológica brindada por un profesional de atención médica de nuestra red especializado en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de atención médica deba cumplir con determinados procedimientos, como obtener autorización previa para algunos servicios, seguir un plan de tratamiento previamente aprobado o procedimientos para efectuar referencias. Para ver una lista de los profesionales de atención médica participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, visite [www.mycigna.com](http://www.mycigna.com) o comuníquese con servicio al cliente al número de teléfono que figura al dorso de su tarjeta de identificación.

**Un aviso para los residentes de Texas según el Código de Seguros de Texas §1218.001 et.al.:** este plan ha adquirido una cláusula opcional para cubrir los abortos provocados. La persona inscrita tiene derecho a excluirse de su plan y no pagar la cobertura para abortos provocados.

| Detalles del plan   | Dentro de la red   | Fuera de la red                                |
|---|--|--|
| <b>Máximo de por vida</b>   | Ilimitado  | Ilimitado                                      |
| <b>Acumulación por año del plan</b>   | Los deducibles, desembolsos y límites de nivel de beneficios de su plan se acumulan por año de contrato a menos que se especifique lo contrario. Además, todas las cantidades máximas del plan y por servicios específicos (costo e incidencia) se acumulan entre sí, dentro y fuera de la red, a menos que se indique lo contrario. |  |
| <b>Coaseguro del plan</b>   | El plan paga el 90%  | El plan paga el 70%                            |
| <b>Cargo máximo reembolsable</b>  | No corresponde   | 110%   |
| <b>Deducible del plan</b>   | Individual: \$2,000<br>Grupo familiar: \$4,000   | Individual: \$3,600<br>Grupo familiar: \$7,200 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Solo la cantidad que pague por gastos cubiertos dentro de la red cuenta para su deducible dentro de la red. Solo la cantidad que pague por gastos cubiertos fuera de la red cuenta para su deducible fuera de la red.</li> <li>Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan y el coaseguro.</li> <li>Los miembros de la familia solo tienen que cumplir con sus deducibles individuales y, luego, sus reclamos estarán cubiertos bajo el coaseguro del plan; si el deducible de grupo familiar se ha cumplido antes de que se cumplan sus deducibles individuales, sus reclamos se pagarán al coaseguro del plan.</li> </ul> |  |  |
| <b>Nota:</b> los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^).   |  |  |

10/1/2023  
 VA  
 Open Access Plus - OAP Standard

| Detalles del plan   |  | Dentro de la red  | Fuera de la red   |
|---|--|---|---|
| <b>Desembolso máximo del plan</b>   |  | Individual: \$6,500<br>Grupo familiar: \$13,000                                   | Individual: \$13,000<br>Grupo familiar: \$26,000                                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Solo la cantidad que pague por gastos cubiertos dentro de la red cuenta para su desembolso máximo dentro de la red. Solo la cantidad que pague por gastos cubiertos fuera de la red cuenta para su desembolso máximo fuera de la red.</li> <li>El deducible del plan cuenta para su desembolso máximo.</li> <li>Todos los copagos/deducibles de los beneficios cuentan para su desembolso máximo.</li> <li>Los gastos cubiertos que cuentan para su desembolso máximo incluyen coaseguro pagado por el cliente y cargos por salud mental y alcoholismo y/o farmacodependencia. Las multas o cargos por incumplimiento en servicios fuera de la red mayores al cargo máximo reembolsable no cuentan para el desembolso máximo.</li> <li>Una vez que cada miembro elegible de la familia cumpla con su desembolso máximo individual, el plan pagará el 100% de los gastos cubiertos. O bien, una vez que se haya cumplido con el desembolso máximo del grupo familiar, el plan pagará el 100% de los gastos cubiertos de cada miembro elegible de la familia.</li> <li>Este plan incluye un desembolso máximo médico/de farmacia combinado.</li> </ul> |  |   |   |
| Beneficio   |  | Dentro de la red  | Fuera de la red   |
| <b>Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.</b>   |  |   |   |
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico</b>   |  |   |   |
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico de atención primaria (PCP)</b>  |  | Copago de \$25 y el plan paga el 100%   | El plan paga el 70% ^   |
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico especialista</b>  |  | Copago de \$50 y el plan paga el 100%   | El plan paga el 70% ^   |
| <b>NOTA:</b> las visitas a obstetras/ginecólogos están sujetas al costo compartido del PCP o especialista según el contrato que el proveedor tenga con Cigna (es decir, como PCP o como especialista).  |  |   |   |
| <b>Cirugía realizada en el consultorio del médico</b>   |  | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio | El plan paga el 70% ^   |
| <b>Tratamiento/inyecciones para alergias y suero para las alergias</b><br>Suero para las alergias administrado por el médico en el consultorio  |  | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio |
| <b>Nota:</b> no se aplica el copago por consultorio si únicamente se brinda el suero para las alergias.   |  |   |   |
| <b>Atención virtual</b>   |  |   |   |
| <b>Proveedores virtuales dedicados - MDLIVE</b>   |  |   |   |
| <b>Servicios de atención virtual de urgencias MDLIVE</b>  |  | Copago de \$25 y el plan paga el 100%   | Sin cobertura   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Los proveedores virtuales dedicados pueden proporcionar servicios pagaderos a través de otros beneficios (p. ej., atención preventiva, médico de atención primaria, servicios de salud del comportamiento; dermatología y otros médicos especialistas).</li> <li>Los servicios de laboratorio para respaldar una visita virtual deben obtenerse a través de laboratorios dedicados.</li> <li>Incluye los cargos por la prestación de servicios médicos o relacionados con la salud y consultas mediante proveedores virtuales dedicados de forma médicamente apropiada a través de audio, video o tecnologías seguras a través de Internet.</li> </ul>   |  |   |   |
| <b>Servicios - consultas médicas virtuales</b>  |  |   |   |
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico de atención primaria (PCP)</b>  |  | Copago de \$25 y el plan paga el 100%   | El plan paga el 70% ^   |

| Beneficio   | Dentro de la red                      | Fuera de la red  |
|---|---------------------------------------|--|
| <b>Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.</b>   |                                       |  |
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico especialista</b>  | Copago de \$50 y el plan paga el 100% | El plan paga el 70% ^  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Los médicos pueden proporcionar virtualmente servicios pagaderos a través de otros beneficios (p. ej., atención preventiva, servicios de terapia para pacientes en consulta externa).</li> <li>Incluye los cargos por la prestación de servicios médicos o relacionados con la salud y consultas de forma médicamente apropiada a través de audio, video o tecnologías seguras a través de Internet que son similares a los servicios prestados en el consultorio en persona.</li> </ul> |                                       |  |
| <b>NOTA:</b> las visitas a obstetras/ginecólogos están sujetas al costo compartido del PCP o especialista según el contrato que el proveedor tenga con Cigna (es decir, como PCP o como especialista).  |                                       |  |
| <b>Atención preventiva</b>  |                                       |  |
| <b>Atención preventiva</b>  | El plan paga el 100%                  | Sin cobertura  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Incluye la cobertura de servicios adicionales, como análisis de orina, ECG y otros análisis de laboratorio, que suplementan el beneficio de atención preventiva estándar cuando se factura como parte de la visita al consultorio.</li> <li>Límite anual: ilimitado</li> </ul>   |                                       |  |
| <b>Inmunizaciones</b>   | El plan paga el 100%                  | PCP: el plan paga el 70% ^<br>Especialista: el plan paga el 70% ^                                      |
| <b>Mamografías, exámenes de Papanicolaou y pruebas de antígenos específicos de la próstata (PSA, por sus siglas en inglés)</b>  | El plan paga el 100%                  | Cubiertos al mismo nivel que otros servicios de radiografías y laboratorio, según el lugar de servicio |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>La cobertura incluye los servicios profesionales para pacientes en consulta externa preventivos asociados.</li> <li>Los servicios relacionados con el diagnóstico están cubiertos al mismo nivel de beneficios que otros servicios de radiografías y laboratorio, según el lugar del servicio.</li> <li>El examen preventivo asociado está cubierto dentro de la red únicamente.</li> </ul>  |                                       |  |
| <b>Pacientes internados</b>   |                                       |  |
| <b>Instalaciones hospitalarias para pacientes internados</b>  | El plan paga el 90% ^                 | El plan paga el 70% ^  |
| <b>Nota:</b> incluye todos los servicios de laboratorio y radiología, entre ellos, las imágenes radiológicas avanzadas y los medicamentos de especialidad médica  |                                       |  |
| <b>Visitas o consultas al médico del hospital como paciente internado</b>   | El plan paga el 90% ^                 | El plan paga el 70% ^  |
| <b>Servicios profesionales para pacientes internados</b>  | El plan paga el 90% ^                 | El plan paga el 70% ^  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiastas</li> </ul>   |                                       |  |
| <b>Pacientes en consulta externa</b>  |                                       |  |
| <b>Servicios en instalaciones para pacientes en consulta externa</b>  | El plan paga el 90% ^                 | El plan paga el 70% ^  |
| <b>Servicios profesionales para pacientes en consulta externa</b>   | El plan paga el 90% ^                 | El plan paga el 70% ^  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiastas</li> </ul>   |                                       |  |
| <b>Servicios de emergencia</b>  |                                       |  |
| <b>Sala de emergencias</b>  | El plan paga el 90% ^                 | El plan paga el 90% ^  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Incluye servicios profesionales, radiografías y/o laboratorio prestados en la sala de emergencias y facturados por la instalación como parte de la visita a emergencias.</li> </ul>  |                                       |  |
| <b>Instalaciones de atención de urgencia</b>  | Copago de \$75 y el plan paga el 100% | El plan paga el 70% ^  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Incluye servicios profesionales, radiografías y/o laboratorio prestados en instalaciones de atención de urgencia y facturados por la instalación como parte de la visita a emergencias.</li> </ul>   |                                       |  |

10/1/2023

VA

Open Access Plus - OAP Standard

| Beneficio  | Dentro de la red  | Fuera de la red   |
|--|---|---|
| <b>Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.</b>  |   |   |
| <b>Ambulancia</b><br>Los servicios de ambulancia utilizados como transporte que no sea de emergencia (p. ej., regreso del hospital al hogar) generalmente no están cubiertos.<br>• Los servicios para los diagnósticos de salud mental y alcoholismo y/o farmacodependencia se pagarán según los beneficios de la sala de emergencias.                             | El plan paga el 90% ^   | El plan paga el 90% ^   |
| <b>Servicios para pacientes internados en otras instalaciones de atención médica</b>   |   |   |
| <b>Instalaciones de enfermería especializada, hospital de rehabilitación, instalaciones de semigraves</b><br>• Límite anual: 60 días   | El plan paga el 90% ^   | El plan paga el 70% ^   |
| <b>Servicios de laboratorio</b>  |   |   |
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico</b>  | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio |
| <b>Laboratorio independiente</b>   | El plan paga el 90% ^   | El plan paga el 70% ^   |
| <b>Instalaciones para pacientes en consulta externa</b>  | El plan paga el 90% ^   | El plan paga el 70% ^   |
| <b>Servicios de radiología</b>   |   |   |
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico</b>  | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio |
| <b>Instalaciones para pacientes en consulta externa</b>  | El plan paga el 90% ^   | El plan paga el 70% ^   |
| <b>Imágenes radiológicas avanzadas (ARI)</b>   | Incluyen MRI, MRA, CAT, PET, etc.   |   |
| <b>Instalaciones para pacientes en consulta externa</b>  | El plan paga el 90% ^   | El plan paga el 70% ^   |
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico</b>  | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio |
| <b>Servicios de terapia para pacientes en consulta externa</b>   |   |   |
| <b>Servicios de terapia para pacientes en consulta externa</b><br>Límites anuales:<br>• Todas las terapias combinadas: incluye terapia cognitiva, terapia ocupacional, terapia física, rehabilitación pulmonar y terapia del habla: 60 días<br>• No se aplican límites a las afecciones de salud mental para fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio |
| <b>Nota:</b> los días de terapia, proporcionados como parte de un plan de atención médica en el hogar aprobado, se acumulan para los máximos aplicables de servicios de terapia para pacientes en consulta externa   |   |   |
| <b>Servicios quiroprácticos</b><br>Límite anual:<br>• Atención quiropráctica: 12 días  | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio |
| <b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b><br>Límite anual:<br>• Rehabilitación cardíaca: 36 días   | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio |

| Beneficio   | Dentro de la red  | Fuera de la red   |
|---|---|---|
| <b>Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.</b>                                   |   |   |
| <b>Instalaciones para enfermos terminales</b>   |   |   |
| Instalaciones para pacientes internados   | El plan paga el 90% ^   | El plan paga el 70% ^   |
| Servicios para pacientes en consulta externa  | El plan paga el 90% ^   | El plan paga el 70% ^   |
| <b>Nota:</b> incluye asesoría por duelo como parte del programa de atención de enfermos terminales.   |   |   |
| <b>Asesoría por duelo (por servicios no brindados como parte del programa de atención de enfermos terminales)</b>   |   |   |
| Servicios proporcionados por un profesional de salud mental   | Cubiertos por el beneficio de salud mental  | Cubiertos por el beneficio de salud mental  |
| <b>Medicamentos de especialidad médica</b>  |   |   |
| Instalaciones para pacientes en consulta externa  | El plan paga el 90% ^   | El plan paga el 70% ^   |
| Consultorio del médico  | El plan paga el 100%  | El plan paga el 70% ^   |
| En el hogar   | El plan paga el 90% ^   | El plan paga el 70% ^   |
| <b>Nota:</b> este beneficio únicamente se aplica al costo de los medicamentos de la terapia de infusión administrados. Este beneficio no cubre los cargos de la instalación, cargos profesionales o de la visita al consultorio relacionados. |   |   |
| <b>Maternidad</b>   |   |   |
| Visita inicial para confirmar el embarazo   | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio                   | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio                   |
| Todas las visitas prenatales, visitas posnatales y los cargos de parto del médico siguientes) (Tarifa total de maternidad)  | El plan paga el 90% ^   | El plan paga el 70% ^   |
| Visitas al consultorio además de la tarifa total de maternidad (prestadas por un obstetra/ginecólogo o especialista)  | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio                   | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio                   |
| Parto: instalaciones (hospital para pacientes internados, centro de maternidad)   | Misma cobertura que la incluida en los beneficios del plan para pacientes internados en el hospital | Misma cobertura que la incluida en los beneficios del plan para pacientes internados en el hospital |
| <b>Aborto</b>   |   |   |
| Servicios de aborto   | La cobertura varía según el lugar del servicio  | La cobertura varía según el lugar del servicio  |
| <b>Nota:</b> procedimientos provocados y no provocados  |   |   |

| Beneficio   | Dentro de la red  | Fuera de la red   |
|---|---|---|
| <b>Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.</b>   |   |   |
| <b>Planificación familiar</b>   |   |   |
| <b>Servicios para mujeres</b><br>Incluye dispositivos anticonceptivos según lo indique o recete un médico y servicios de esterilización quirúrgica, como la ligadura de las trompas (no incluye la reversión)   | El plan paga el 100%  | La cobertura varía según el lugar del servicio  |
| <b>Servicios para hombres</b><br>Incluye servicios de esterilización quirúrgica, como la vasectomía (no incluye la reversión)   | La cobertura varía según el lugar del servicio  | La cobertura varía según el lugar del servicio  |
| <b>Infertilidad</b>   |   |   |
| <b>Tratamiento para la infertilidad</b><br><b>Nota:</b> se brindará cobertura para el tratamiento de una afección médica subyacente hasta que se diagnostique una afección de infertilidad. Los servicios estarán cubiertos como si se tratara de cualquier otra enfermedad.  |   |   |
| <b>Otros servicios/instalaciones de atención médica</b>   |   |   |
| <b>Atención médica en el hogar</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>Límite anual: 60 días (No se aplica el límite a las afecciones de salud mental y de alcoholismo y/o farmacodependencia).</li> <li>Máximo de 16 horas por día</li> </ul> <b>Nota:</b> incluye la enfermería privada para pacientes en consulta externa si se aprueba como médicamente necesaria | El plan paga el 90% ^   | El plan paga el 70% ^   |
| <b>Trasplantes de órganos</b>   |   |   |
| <b>Instalaciones hospitalarias para pacientes internados</b>  |   |   |
| Instalaciones de LifeSOURCE   | El plan paga el 100%  | No corresponde  |
| Instalaciones que no sean de LifeSOURCE   | Misma cobertura que la incluida en los beneficios del plan para pacientes internados en el hospital | Misma cobertura que la incluida en los beneficios del plan para pacientes internados en el hospital |
| <b>Servicios profesionales para pacientes internados</b>  |   |   |
| Instalaciones de LifeSOURCE   | El plan paga el 100%  | No corresponde  |
| Instalaciones que no sean de LifeSOURCE   | Misma cobertura que el beneficio de servicios profesionales para pacientes internados del plan      | Misma cobertura que el beneficio de servicios profesionales para pacientes internados del plan      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Máximo de viaje - Instalaciones de Cigna LifeSOURCE Transplant Network® solamente: máximo ilimitado por trasplante de por vida</li> </ul>  |   |   |
| <b>Equipo médico duradero</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>Límite anual: ilimitado</li> </ul>  | El plan paga el 90% ^   | El plan paga el 70% ^   |
| <b>Equipos y suministros para la lactancia</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>Limitados al alquiler de un sacaleches por nacimiento según lo indique o recete un médico.</li> <li>Incluye los suministros relacionados.</li> </ul>   | El plan paga el 100%  | Sin cobertura   |
| <b>Aparatos protésicos externos (EPA, por sus siglas en inglés)</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>Límite anual: ilimitado</li> </ul>  | El plan paga el 90% ^   | El plan paga el 70% ^   |

10/1/2023

VA

Open Access Plus - OAP Standard



**Beneficio****Dentro de la red****Fuera de la red**

**Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.**

**Articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés)**

- Máximo de por vida ilimitado

La cobertura varía según el lugar del servicio

La cobertura varía según el lugar del servicio

**Nota:** se proporciona de forma limitada, según el caso. No incluye aparatos y tratamiento de ortodoncia.

**Atención de rutina de los pies**

Sin cobertura

Sin cobertura

**Nota:** los servicios asociados con el cuidado de los pies en los casos de diabetes y enfermedad vascular periférica están cubiertos en caso de ser aprobados como médicamente necesarios.

**Aparatos auditivos**

- Máximo de \$1,500 por dispositivo
- Máximo de 2 dispositivos (uno por oído) cada 24 meses
- Incluye examen y ajuste de aparatos auditivos cubiertos al costo compartido de una visita al consultorio del médico.
- Cobertura hasta los 18 años

El plan paga el 90% ^

El plan paga el 70% ^

**Salud mental y alcoholismo y/o farmacodependencia****Salud mental para pacientes internados**

El plan paga el 90% ^

El plan paga el 70% ^

**Servicios de salud mental para pacientes en consulta externa: consultorio del médico**

Copago de \$50 y el plan paga el 100%

El plan paga el 70% ^

**Servicios de salud mental para pacientes en consulta externa: todos los demás servicios**

El plan paga el 90% ^

El plan paga el 70% ^

**Alcoholismo y/o farmacodependencia para pacientes internados**

El plan paga el 90% ^

El plan paga el 70% ^

**Servicios de alcoholismo y/o farmacodependencia para pacientes en consulta externa: consultorio del médico**

Copago de \$50 y el plan paga el 100%

El plan paga el 70% ^

**Servicios de alcoholismo y/o farmacodependencia para pacientes en consulta externa: todos los demás servicios**

El plan paga el 90% ^

El plan paga el 70% ^

Límites anuales:

- Máximo ilimitado

**Notas:**

- Los servicios para pacientes internados incluyen el tratamiento residencial y agudo.
- Los servicios para pacientes en consulta externa en el consultorio del médico pueden incluir terapia individual, familiar y grupal, psicoterapia, administración de los medicamentos, etc.
- Todos los demás servicios para para pacientes en consulta externa pueden incluir hospitalización parcial, los servicios intensivos para pacientes en consulta externa, el análisis del comportamiento aplicado (ABA, por sus siglas en inglés), etc.
- Los servicios se pagan en un 100% una vez que alcance su desembolso máximo.

**Nota importante sobre cobertura de salud mental y alcoholismo y/o farmacodependencia:** los servicios médicos cubiertos que se enumeran arriba, que se reciben para diagnosticar o tratar un trastorno de salud mental y alcoholismo y/o farmacodependencia, se pagarán según la sección titulada "Trastornos de salud mental y alcoholismo y/o farmacodependencia".



**Beneficio****Dentro de la red****Fuera de la red**

**Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.**

**Revisión de la utilización, administración de casos y programas de salud mental/alcoholismo y/o farmacodependencia**

**Cigna Total Behavioral Health: administración para pacientes internados y en consulta externa**

- Revisión de la utilización y administración de casos para pacientes internados
- Revisión de la utilización y administración de casos para pacientes en consulta externa
- Hospitalización parcial
- Programas intensivos para pacientes en consulta externa
- Programa Changing Lives by Integrating Mind and Body (Cambio de vida integrando mente y cuerpo)
- Programas de control del estilo de vida: de control del estrés, para dejar el tabaco y de control del peso
- Administración de terapia de narcóticos
- Programa inMynd<sup>SM</sup>: una solución integral y holística para contribuir a reconocer y encontrar recursos para tratar afecciones de la salud del comportamiento.

**Farmacia****Dentro de la red****Fuera de la red****Costo compartido y suministro****Costo compartido de Cigna Pharmacy**

- Minorista: suministro para hasta 90 días (salvo medicamentos de especialidad, suministro para hasta 30 días)
- Entrega a domicilio: suministro para hasta 90 días (salvo medicamentos de especialidad, suministro para hasta 30 días)

**Minorista (suministro para 30 días):**

Genéricos: usted paga \$15  
De marca preferida: usted paga \$35  
De marca no preferida: usted paga \$75

**Minorista y entrega a domicilio (suministro para 30 días):**

De especialidad: usted paga el 25%

**Minorista y entrega a domicilio (suministro para 90 días):**

Genéricos: usted paga \$38  
De marca preferida: usted paga \$88  
De marca no preferida: usted paga \$188

**Minorista:**

Usted paga el 30%  
Su plan paga el 70%

**Entrega a domicilio:**

Sin cobertura

- Los medicamentos minoristas para un suministro de 30 días pueden obtenerse dentro de la red en una gran variedad de farmacias en todo el país. Por el contrario, los medicamentos para un suministro de 90 días (como los medicamentos de mantenimiento) estarán disponibles en determinadas farmacias de la red.
- Programa Cigna 90 Now: usted puede optar por surtir sus medicamentos en un suministro para 30 o 90 días. Si opta por surtir una receta para 30 días, puede hacerlo en cualquier farmacia minorista de la red o a través de una farmacia de Home Delivery de la red. Si opta por surtir una receta para 90 días, debe hacerlo en una farmacia minorista de la red para 90 días o a través de una farmacia de Home Delivery de la red para que el plan la cubra.
- Los medicamentos de especialidad se utilizan para tratar una enfermedad subyacente que se considera poco frecuente y crónica, que incluye, a modo de ejemplo, esclerosis múltiple, hepatitis C o artritis reumatoide. Los medicamentos de especialidad pueden incluir medicamentos de costo alto, así como medicamentos que pueden requerir de una manipulación especial y supervisión cercana al ser administrados.
- Cuando el paciente solicita un medicamento de marca, paga el costo compartido del medicamento de marca más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico, hasta el costo del medicamento de marca (a menos que el médico indique "Despachar según lo escrito").
- Sus beneficios de farmacia comparten un desembolso máximo con los beneficios médicos y de salud del comportamiento.

10/1/2023

VA

Open Access Plus - OAP Standard

## Medicamentos cubiertos

### Lista de medicamentos que requieren receta médica:

Su Lista estándar de medicamentos que requieren receta médica de Cigna incluye una gran variedad de medicamentos: incluidos todos aquellos exigidos por las leyes de atención médica aplicables. Para consultar qué medicamentos están incluidos en su plan, inicie sesión en myCigna.com.

Algunos puntos destacados:

- La cobertura incluye medicamentos inyectables autoadministrados y medicamentos inyectables opcionales, pero no incluye medicamentos para tratar la infertilidad.
- Los dispositivos y medicamentos anticonceptivos están cubiertos dentro de los productos requeridos a nivel federal cubiertos al 100%.
- La insulina, las tiras reactivas para medir la glucosa, las lancetas, las agujas y las jeringas para insulina, y las plumas y los cartuchos de insulina están cubiertos.
- Los medicamentos para el estilo de vida; limitados a la disfunción sexual están cubiertos.

## Información sobre programas de farmacia

### Administración clínica de servicios de farmacia: esencial

Su plan cuenta con programas y requisitos de administración de medicamentos a fin de garantizar el acceso a medicamentos que han demostrado ser los más confiables y económicos para la afección médica y que se los recete de manera segura, por ejemplo:

- Requisitos de autorización previa.
- Tratamiento escalonado en algunas clases de medicaciones y medicamentos nuevos en el mercado.
- Límites de cantidad, entre ellos, requisitos de dosis diaria máxima, requisitos de cantidad en el tiempo, requisitos de duración del tratamiento y requisitos de optimización de la dosis.
- Requisitos de edad y requisitos de renovación temprana.
- Requisitos de exclusiones del plan.
- Los usuarios actuales de medicamentos de tratamiento escalonado podrán realizar un despacho de 30 días durante los primeros tres meses de cobertura antes de que se aplique el programa de tratamiento escalonado.
- Su plan incluye características de la administración de medicamentos de especialidad, como autorización previa y límites de cantidad, a fin de garantizar el acceso a los medicamentos de especialidad y que se los recete de manera segura.
- Para los afiliados que tienen afecciones complejas y que toman medicamentos de especialidad, ofreceremos la ayuda de los Centros de Recursos Terapéuticos Accredited (TRC, por sus siglas en inglés) para que proporcionen los medicamentos de especialidad y el asesoramiento sobre la afección. Para los afiliados que toman un medicamento de especialidad que no despacha Accredited, los expertos de Cigna se encargarán de proporcionar el medicamento de especialidad y el asesoramiento sobre la afección.

### Patient Assurance Program

Su plan incluye el programa Patient Assurance Program, que exime del pago del deducible y reduce la cantidad que usted debe por determinados medicamentos utilizados para tratar las afecciones crónicas incluidas en el programa. Además:

- Cualquier cantidad que pague por estos medicamentos solo cuenta para alcanzar su desembolso máximo.
- Cualquier descuento proporcionado por un fabricante para estos medicamentos solo cuenta para alcanzar su desembolso máximo.

## Información adicional

### Administración de casos

Coordinado por Cigna HealthCare. Este es un servicio diseñado para prestar ayuda a un paciente que esté en riesgo de desarrollar complicaciones médicas o para quien un incidente de salud haya precipitado una necesidad de rehabilitación o de apoyo de atención médica adicional. El programa intenta alcanzar un equilibrio entre una atención de calidad y económica, a la vez que se aumenta al máximo la calidad de vida del paciente.

## Información adicional

### Programa de Prevención de la Diabetes de Cigna en colaboración con Omada

El Programa de Prevención de la Diabetes de Cigna en colaboración con Omada es un programa para ayudar a evitar el inicio de la diabetes, así como los riesgos para la salud que podrían provocar enfermedades cardíacas o accidentes cerebrovasculares. El programa está cubierto por su plan de salud a nivel preventivo, al igual que para su visita de bienestar. Los participantes del programa tienen acceso a asesoría de salud virtual profesional, un grupo de apoyo en línea, clases interactivas y una balanza de tecnología inteligente. El programa le ayudará a hacer pequeños cambios en su alimentación, actividad, patrones de sueño y estrés para lograr una pérdida de peso saludable durante una serie de 16 clases semanales y herramientas para ayudarlo a mantener la pérdida de peso en el tiempo. También se le ofrecerá la oportunidad de inscribirse en un gimnasio por una cuota mensual baja y sin cuota de inscripción.

### Programa de oncología integral

- Asistencia para administración de la atención
- Administración de casos

Incluido

### Healthy Pregnancies/Healthy Babies

- Asistencia para administración de la atención
- Administración de casos para servicios de maternidad
- Administración de casos para servicios neonatales

\$150 (1.º trimestre) / \$75 (2.º trimestre): opción 3

### Cargo máximo reembolsable

El gasto cubierto permitido para los servicios fuera de la red se basa en la cantidad que resulte menor entre el cargo normal del profesional de atención médica por un servicio similar o un porcentaje de una tabla de tarifas (110%) elaborada por Cigna que se basa en una metodología similar a una usada por Medicare para determinar la tarifa permitida para el mismo servicio o un servicio similar dentro de un área geográfica. En algunos casos, la tabla de tarifas basada en Medicare no se usará y el cargo máximo reembolsable por los servicios cubiertos se determinará en función de la cantidad que resulte menor entre el cargo normal del profesional de atención médica por un servicio similar o la cantidad cobrada por ese servicio o suministro por el 80% de los profesionales de atención médica del área geográfica donde se reciba el servicio. Si no hay suficiente información sobre cargos en la base de datos para esa área geográfica para determinar el cargo máximo reembolsable, se pueden usar entonces los datos para servicios similares de la base de datos. Los servicios fuera de la red están sujetos al deducible por año de contrato y a las limitaciones del cargo máximo reembolsable.

### Cargos de servicios de emergencia fuera de la red

1. Los servicios de emergencia están cubiertos en el nivel de costo compartido dentro de la red, según lo exigido por la ley estatal o federal correspondiente, si se reciben servicios de un proveedor no participante (fuera de la red).
2. La cantidad permitida utilizada para determinar el pago de beneficios del plan por los servicios de emergencia cubiertos prestados en un hospital fuera de la red, o por un proveedor fuera de la red en un hospital dentro de la red, es la cantidad acordada por el proveedor fuera de la red y Cigna, o según lo exigido por la ley estatal o federal correspondiente.

El miembro es responsable de las cantidades aplicables de costos compartidos dentro de la red (cualquier deducible, copago o coaseguro). El miembro no es responsable de todos los cargos que pudieran hacerse en exceso de la cantidad permitida. Si el proveedor fuera de la red le factura un monto superior al monto que debe según lo indicado en la Explicación de Beneficios (EOB), comuníquese con el Servicio al Cliente de Cigna al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.

### Coordinación de Medicare

De conformidad con la Ley de Seguridad Social de 1965, este plan pagará como el plan secundario a las Partes A y B de Medicare de la siguiente manera:

- (a) un expleado, por ejemplo, un jubilado, un expleado incapacitado, un dependiente de un expleado o una pareja de hecho del empleado, que también sea elegible para Medicare y cuyo seguro continúa por cualquier motivo según lo dispuesto en este plan (incluida la continuación de COBRA).
- (b) un empleado, un expleado, un dependiente de un empleado o un dependiente de un expleado, que sea elegible para Medicare debido a la enfermedad renal terminal después de que dicha persona haya sido elegible para Medicare por 30 meses.

Cuando una persona es elegible para las Partes A y B de Medicare, según lo descrito anteriormente, este plan pagará como el plan secundario a las Partes A y B de Medicare **independientemente de si la persona está inscrita en las Partes A y B de Medicare e independientemente de si la persona busca la atención de un proveedor de Medicare o no para obtener los servicios cubiertos por Medicare.**

10/1/2023

VA

Open Access Plus - OAP Standard

## Información adicional

### Reducción por cirugía múltiple

Las cirugías múltiples realizadas en una sola sesión quirúrgica obtendrán un descuento del 50% en el pago de la cirugía de menor cargo. El procedimiento más costoso se paga como cualquier otra cirugía.

### One Guide

Disponible por teléfono o a través de la aplicación móvil de myCigna. One Guide le ayuda a navegar por el sistema de atención médica y a aprovechar al máximo sus beneficios y programas de salud.

**Certificación previa – Revisión de estadía continua – Administración de la atención completa para pacientes internados:** se requiere para todas las admisiones de pacientes internados

Dentro de la red: coordinado por su médico

Fuera de la red: el afiliado es responsable de comunicarse con Cigna Healthcare. Sujeto a multas/reducciones o denegación por incumplimiento.

- Se aplica una multa del 50% a los cargos hospitalarios como paciente internado si no se comunica con Cigna Healthcare para precertificar la admisión.
- Los beneficios se denegarán por cualquier admisión revisada por Cigna Healthcare que no esté certificada.
- Los beneficios se denegarán por cualquier día adicional no certificado por Cigna Healthcare.

**Certificación previa – Administración de la atención completa – Autorización previa para pacientes en consulta externa:** se requiere para determinados procedimientos y pruebas de diagnóstico de pacientes en consulta externa

Dentro de la red: coordinado por su médico

Fuera de la red: el afiliado es responsable de comunicarse con Cigna Healthcare. Sujeto a multas/reducciones o denegación por incumplimiento.

- Se aplica una multa del 50% a los cargos por procedimientos/pruebas de diagnóstico de paciente en consulta externa si no se comunica con Cigna Healthcare para precertificar la admisión.
- Los beneficios se denegarán por cualquier procedimiento/prueba de diagnóstico de pacientes en consulta externa revisado por Cigna Healthcare que no esté certificado.

No se aplica la **limitación por afección preexistente (PCL, por sus siglas en inglés)**.

## Definiciones

**Coaseguro:** una vez que haya alcanzado su deducible, usted y su plan comparten algunos de sus costos médicos. La parte de los gastos cubiertos de la cual usted es responsable se denomina coaseguro.

**Copago:** una tarifa fija que usted paga por determinados servicios cubiertos, como las visitas al médico o las recetas.

**Deducible:** cantidad fija en dólares que usted debe pagar de su bolsillo antes de que el plan comience a pagar los servicios.

**Desembolso máximo:** límites específicos a la cantidad total que pagará de su bolsillo antes de que deje de aplicarse el porcentaje de coaseguro de su plan. Una vez que alcance estas cantidades máximas, su plan pagará el 100% de los “cargos máximos reembolsables” o las tarifas negociadas por los servicios cubiertos.

**Lugar del servicio:** su plan paga en función del lugar donde recibe los servicios. Por ejemplo, para las estadías en un hospital, su cobertura se paga como paciente internado.

**Lista de medicamentos que requieren receta médica:** la lista de medicamentos de marca y genéricos que requieren receta médica y están cubiertos por su plan de farmacia.

**Servicios profesionales:** servicios prestados por cirujanos, asistentes de cirujanos, médicos del hospital, radiólogos, patólogos y anestesiólogos.

**Transición de la atención:** brinda cobertura de salud dentro de la red a nuevos afiliados cuando el médico del afiliado no es parte de la red de Cigna y existen razones clínicas aprobadas por las que el afiliado debe seguir atendiendo con el mismo médico.

## Exclusiones

**Conceptos no cubiertos (la lista no es exhaustiva):**

Su plan brinda cobertura para la mayoría de los servicios médicamente necesarios. Se brinda la lista completa de exclusiones en su certificado o descripción resumida del plan. En la medida en la que pueda haber diferencias, rigen los términos del certificado o la descripción resumida del plan. Los servicios que su plan no cubre, a menos que lo exija la ley o que estén cubiertos por el beneficio de farmacia, incluyen (a modo de ejemplo):

- Atención de afecciones médicas que deben tratarse en instalaciones públicas según lo exigido por la ley estatal o local.
- Atención que debe ser brindada por un distrito escolar o un sistema escolar público según lo exigido por la ley estatal o federal.
- Atención de incapacidades relativas al servicio militar que puedan tratarse a través de servicios gubernamentales si usted tiene derecho a recibir dicho tratamiento en virtud de la ley y las instalaciones están disponibles desde un punto de vista razonable.

## Exclusiones

- Tratamiento de una enfermedad o lesión como consecuencia de una guerra, declarada o no declarada.
- Cargos por los que no está obligado a pagar, por los que no recibirá una factura o por los que no le habrían facturado salvo que estuvieran cubiertos por este plan.
- Asistencia con las actividades cotidianas entre las que se incluyen, a modo de ejemplo, comer, bañarse, vestirse u otras actividades de servicios asistenciales o de cuidado personal, servicios domésticos y servicios que sean principalmente para descanso, cuidado en el hogar o de convalecencia.
- Gastos relacionados con servicios experimentales, de investigación o no comprobados.
- Los servicios experimentales, de investigación y no comprobados son tecnologías, suministros, tratamientos, procedimientos, terapias de medicamentos o dispositivos de naturaleza médica, quirúrgica, diagnóstica, psiquiátrica, para alcoholismo y/o farmacodependencia u otros servicios de cuidado de la salud que el médico de revisión de la utilización determine que:
  - No han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) u otra agencia reguladora pertinente para su comercialización legal;
  - Su seguridad y eficacia para el tratamiento o diagnóstico de la afección o enfermedad para la cual se proponen no han sido probadas, mediante la literatura científica basada en evidencias y revisada por colegas médicos;
  - Están sujetos a revisión o aprobación por una Junta de revisión institucional para el uso propuesto, a excepción de lo dispuesto en las secciones “Estudios clínicos” de este plan; o
  - Están sujetos a un estudio clínico de fase I, II o III en curso, excepto los costos de atención de rutina del paciente relacionados con estudios clínicos calificados según lo dispuesto en la sección “Estudios clínicos” de este plan.
- A fin de determinar si cualquiera de dichas tecnologías, suministros, tratamientos, medicamentos o dispositivos biológicos o dispositivos son experimentales, de investigación y/o no comprobados, el médico de revisión de la utilización puede basarse en las políticas de cobertura clínica mantenidas por Cigna o la organización de revisión. Las políticas de cobertura clínica pueden incluir, sin limitación y según sea aplicable, criterios relacionados con etiquetado autorizado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, los compendios de referencia médica estándar y la literatura científica basada en evidencias y revisada por colegas médicos. El plan o la póliza no denegará la cobertura para una terapia biológica o de medicamentos como experimental, de investigación o no comprobada si la terapia biológica o de medicamentos está aprobada de otro modo por la FDA para su comercialización legal, no ha sido contraindicada por la FDA para el uso para el cual la terapia biológica o de medicamentos ha sido recetada y está reconocida como segura y efectiva para el tratamiento del cáncer en alguno de los compendios de referencia estándares (American Medical Association Drug Evaluations, the American Hospital Formulary Service Drug Information o la publicación US Pharmacopoeia Dispensing Information).
- Cirugía y terapias estéticas. La cirugía o terapia estética se define como cirugía o terapia realizada para mejorar o alterar la apariencia o la autoestima.
- Los siguientes servicios están excluidos de la cobertura, a menos que sean médicamente necesarios o estén sujetos a otra exclusión:
  - Tratamiento quirúrgico de várices;
  - Rinoplastia; o
  - Cirugías ortognáticas.
- Los siguientes servicios se excluyen de la cobertura, sin importar las indicaciones clínicas: cirugías en caso de macromastia o ginecomastia; cirugía de la pared abdominal; paniclectomía; blefaroplastia; cirugía para retirar la piel sobrante; extirpación de papilomas cutáneos; acupresión; terapia cráneo-sacral/craneal; terapia de danza y terapia del movimiento; kinesiología aplicada; *rolfing* (masaje de tejido conectivo); proloterapia; y litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL, por sus siglas en inglés) para afecciones musculoesqueléticas y ortopédicas.
- Tratamiento dental de los dientes, las encías o las estructuras que soportan directamente los dientes, que incluye radiografías dentales, exámenes, reparaciones, ortodoncia, tratamiento periodontal, moldes, férulas y servicios para maloclusión dental, por cualquier afección. Los cargos cobrados por servicios o suministros brindados por una lesión accidental de un diente o en relación con dicha lesión están cubiertos siempre que se inicie un plan continuo de tratamiento dental dentro de los seis meses posteriores a un accidente. Además, los cargos cobrados por un médico por cualquiera de los siguientes procedimientos quirúrgicos están cubiertos: extracción de una muela de juicio impactada no erupcionada, incluida la extracción del hueso alveolar y el seccionamiento de la pieza dental; extracción de la raíz residual (cuando la realiza un dentista que no es el que extrajo el diente).
- Servicios médicos y quirúrgicos, iniciales y repetidos, que sirvan para el tratamiento o control de la obesidad, incluida la obesidad clínicamente grave (mórbida), que incluyen: servicios médicos y quirúrgicos para alterar la apariencia o cambios físicos que sean el resultado de cualquier cirugía realizada para el control de la obesidad o la obesidad clínicamente grave (mórbida); y programas o tratamientos para bajar de peso, ya sean recetados o recomendados por un médico o que se realicen bajo supervisión médica.
- A menos que estén cubiertos de otro modo en este plan, los informes, evaluaciones, exámenes físicos u hospitalizaciones que no sean necesarios por razones de salud, que incluyen, a modo de ejemplo, las licencias de empleo, seguro o gubernamentales y evaluaciones ordenadas por un tribunal, forenses o de custodia.

10/1/2023

VA

Open Access Plus - OAP Standard

## Exclusiones

- Tratamiento u hospitalización ordenados por un tribunal, a menos que el tratamiento sea indicado por un médico y se encuentre en la lista de servicios cubiertos por este plan.
- Servicios de infertilidad, incluidos medicamentos para tratar la infertilidad, programas quirúrgicos o de tratamientos médicos para tratar la infertilidad, incluida la fertilización in vitro, la transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés), la transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), así como variaciones de tales procedimientos y cualquier costo asociado con la obtención, el lavado, la preparación o el almacenamiento de esperma para inseminación artificial (incluidos los pagos por servicios del donante). La criopreservación del esperma y los óvulos del donante también queda excluida de la cobertura.
- Reversión de los procedimientos de esterilización voluntarios masculinos o femeninos.
- Cualquier medicación, medicamento, servicio o suministro para el tratamiento de la disfunción sexual masculina o femenina, que incluye, a modo de ejemplo, el tratamiento de la disfunción eréctil (incluye implantes peneanos), anorgasmia y eyaculación precoz.
- La atención y los costos médicos y hospitalarios para el bebé de un dependiente, a menos que el bebé cumpla con los requisitos exigidos por este plan.
- Asesoría no médica o servicios auxiliares, que incluyen, a modo de ejemplo: servicios asistenciales, servicios educativos, asesoramiento vocacional, capacitación y servicios de rehabilitación, entrenamiento del comportamiento, biorretroalimentación, neuroretroalimentación, hipnosis, terapia del sueño, servicios de retorno al trabajo, programas de reentrenamiento para el trabajo y cursos de seguridad vial.
- Terapia o tratamiento destinado principalmente a mejorar o mantener la condición física general o con el propósito de mejorar el desempeño laboral, escolar, atlético o recreativo, que incluye, a modo de ejemplo, la atención de rutina, a largo plazo o de mantenimiento que se proporciona luego de la solución de un problema médico agudo y cuando no se espera una mejora terapéutica significativa.
- Suministros médicos de consumo distintos a los suministros de ostomía y catéteres urinarios. Los suministros no cubiertos incluyen, a modo de ejemplo, vendajes y otros artículos médicos desechables, preparaciones cutáneas y tiras reactivas, excepto según se especifica en las secciones “Servicios de salud en el hogar” o “Reconstrucción y prótesis de senos” de este plan.
- Habitaciones privadas en un hospital y/o enfermería privada, a excepción de lo que se especifica en la cláusula de servicios de salud en el hogar.
- Artículos personales o para hacer la vida más cómoda, como los kits de cuidado personal que se ofrecen al ser admitido en un hospital, televisión, teléfono, fotografías de recién nacidos, comidas de cortesía, avisos de nacimiento y otros artículos que no se utilizan para el tratamiento específico de una enfermedad o lesión.
- Elementos artificiales de asistencia, que incluyen, a modo de ejemplo, los zapatos de corrección ortopédica, plantillas anatómicas, medias elásticas, portalligas, corsés, dentaduras postizas y pelucas.
- Aparatos auditivos, que incluyen, a modo de ejemplo, dispositivos semiimplantables para la audición, aparatos auditivos de implante óseo y aparatos auditivos implantados en el hueso (BAHA, por sus siglas en inglés). Un aparato auditivo es cualquier tipo de dispositivo que amplifique el sonido.
- Ayudas o dispositivos que ayudan en la comunicación no verbal, entre ellos tableros de comunicación, dispositivos para hablar pregrabados, computadoras portátiles, computadoras de escritorio, asistentes digitales personales (PDA, por sus siglas en inglés), máquinas para escribir en braille, sistemas de alerta visual para sordos y libros para la memoria.
- Lentes y marcos de anteojos y lentes de contacto (excepto por el primer par de lentes de contacto para el tratamiento de queratocono o cirugía postcataratas).
- Refracción de rutina, ejercicios oculares y tratamiento quirúrgico para la corrección de un error de refracción, incluida una queratotomía radial.
- Tratamiento por acupuntura.
- Todos los medicamentos no inyectables que requieren receta médica, a menos que se requiera la administración o supervisión de parte de un médico, los medicamentos inyectables que requieren receta médica en la medida en la que no necesiten la supervisión del médico y se consideren comúnmente medicamentos autoadministrados, medicamentos que no requieren receta médica, y medicamentos de carácter experimental o en investigación, a excepción de lo que se especifica en este plan.
- Atención de rutina de los pies, que incluye el emparejamiento y la eliminación de callos y durezas o el recorte de uñas. Sin embargo, los servicios asociados con el cuidado de los pies en los casos de diabetes y enfermedad vascular periférica están cubiertos en caso de ser médicamente necesarios.
- Costos o cuotas de membresías relacionadas con clubes deportivos, programas para bajar de peso y programas para dejar de fumar.
- Examen genético o examen genético de preimplantación. El diagnóstico genético general basado en la población es un método de prueba que se realiza cuando no hay ningún síntoma o ningún factor de riesgo significativo comprobado de enfermedades hereditarias de transmisión genética.
- Implantes dentales por cualquier afección.
- Pagos relacionados con la obtención o donación de sangre o derivados hematológicos, excepto para la donación autóloga cuando se prevén con anticipación ciertos servicios programados, cuando a criterio del médico de revisión de la utilización la probabilidad de la pérdida de sangre en exceso es tal que se espera que la cirugía traiga aparejada una transfusión.

10/1/2023

VA

Open Access Plus - OAP Standard

## Exclusiones

- Administración de sangre con el propósito de mejorar la condición física general.
- Costos de sustancias biológicas, ya sean inmunizaciones o medicamentos para propósitos de viajes o para protegerse de riesgos y peligros ocupacionales.
- Cosméticos, suplementos alimenticios, y productos para la salud y belleza.
- Todos los suplementos alimenticios y fórmulas, excepto la fórmula para lactantes necesaria para el tratamiento de errores innatos del metabolismo.
- En relación con una lesión o enfermedad que surja con motivo de cualquier trabajo por un sueldo o ganancias, o durante su desempeño.
- Cargos por la prestación de servicios médicos y relacionados con la salud a través de tecnologías de telecomunicaciones, incluidos el teléfono e Internet, a menos que sean descritos específicamente en la sección "Gastos cubiertos".
- Terapia de masaje.

### Estos son solo puntos sobresalientes

Este resumen describe los puntos sobresalientes de su plan. Para ver una lista completa de los servicios cubiertos y no cubiertos, incluidos los beneficios exigidos por su estado, consulte el certificado del seguro de su empleador, el acuerdo de servicio o la descripción resumida del plan, que son los documentos oficiales del plan. En caso de discrepancia entre este resumen y los documentos del plan, la información incluida en los documentos del plan prevalecerá.

*Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por las subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation. El nombre, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.*

EHB State: VA



# 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).

## RESUMEN DE BENEFICIOS



Cigna Health and Life Insurance Co.  
Para: Pave America  
Plan Open Access Plus IN  
OAPIN  
Fecha de entrada en vigor: 10/1/2023

**Selección de un proveedor de atención primaria:** es posible que su plan le exija o le permita designar a un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en la red y que pueda aceptarlos a usted o a los miembros de su familia. Si su plan le exige que designe a un proveedor de atención primaria, Cigna podrá designar uno por usted hasta que usted efectúe la designación correspondiente. Para obtener información sobre cómo seleccionar a un proveedor de atención primaria y para ver una lista de los proveedores de atención primaria participantes, visite [www.mycigna.com](http://www.mycigna.com) o comuníquese con servicio al cliente al número de teléfono que figura al dorso de su tarjeta de identificación. Para sus hijos, puede designar a un pediatra como el proveedor de atención primaria.

**Acceso directo a obstetras y ginecólogos:** no necesita autorización previa del plan ni de ninguna otra persona (como un proveedor de atención primaria) para acceder a la atención obstétrica o ginecológica brindada por un profesional de atención médica de nuestra red especializado en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de atención médica deba cumplir con determinados procedimientos, como obtener autorización previa para algunos servicios, seguir un plan de tratamiento previamente aprobado o procedimientos para efectuar referencias. Para ver una lista de los profesionales de atención médica participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, visite [www.mycigna.com](http://www.mycigna.com) o comuníquese con servicio al cliente al número de teléfono que figura al dorso de su tarjeta de identificación.

**Un aviso para los residentes de Texas según el Código de Seguros de Texas §1218.001 et.al.:** este plan ha adquirido una cláusula opcional para cubrir los abortos provocados. La persona inscrita tiene derecho a excluirse de su plan y no pagar la cobertura para abortos provocados.

### Detalles del plan

### Dentro de la red

|   |   |
|---|---|
| <b>Máximo de por vida</b>   | Ilimitado   |
| <b>Acumulación por año del plan</b>   | Los deducibles, desembolsos y límites de nivel de beneficios de su plan se acumulan por año de contrato a menos que se especifique lo contrario |
| <b>Coaseguro del plan</b>   | El plan paga el 80%   |
| <b>Cargo máximo reembolsable</b>  | No corresponde  |
| <b>Deducible del plan</b>   | Individual: \$5,000<br>Grupo familiar: \$10,000   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan y el coaseguro.</li><li>• Los miembros de la familia solo tienen que cumplir con sus deducibles individuales y, luego, sus reclamos estarán cubiertos bajo el coaseguro del plan; si el deducible de grupo familiar se ha cumplido antes de que se cumplan sus deducibles individuales, sus reclamos se pagarán al coaseguro del plan.</li></ul> |   |
| <b>Nota:</b> los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^).   |   |

| Detalles del plan   |  | Dentro de la red  |  |
|---|--|---|--|
| <b>Desembolso máximo del plan</b>   |  | Individual: \$7,350<br>Grupo familiar: \$14,700                                   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>El deducible del plan cuenta para su desembolso máximo.</li> <li>Todos los copagos/deducibles de los beneficios cuentan para su desembolso máximo.</li> <li>Los gastos cubiertos que cuentan para su desembolso máximo incluyen coaseguro pagado por el cliente y cargos por salud mental y alcoholismo y/o farmacodependencia.</li> <li>Una vez que cada miembro elegible de la familia cumpla con su desembolso máximo individual, el plan pagará el 100% de los gastos cubiertos. O bien, una vez que se haya cumplido con el desembolso máximo del grupo familiar, el plan pagará el 100% de los gastos cubiertos de cada miembro elegible de la familia.</li> <li>Este plan incluye un desembolso máximo médico/de farmacia combinado.</li> </ul> |  |   |  |
| Beneficio   |  | Dentro de la red  |  |
| <b>Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.</b>   |  |   |  |
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico</b>   |  |   |  |
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico de atención primaria (PCP)</b>  |  | El plan paga el 100%  |  |
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico especialista</b>  |  | Copago de \$60 y el plan paga el 100%   |  |
| <b>NOTA:</b> las visitas a obstetras/ginecólogos están sujetas al costo compartido del PCP o especialista según el contrato que el proveedor tenga con Cigna (es decir, como PCP o como especialista).  |  |   |  |
| <b>Cirugía realizada en el consultorio del médico</b>   |  | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio |  |
| <b>Tratamiento/inyecciones para alergias y suero para las alergias</b><br>Suero para las alergias administrado por el médico en el consultorio  |  | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio |  |
| <b>Nota:</b> no se aplica el copago por consultorio si únicamente se brinda el suero para las alergias.   |  |   |  |
| <b>Atención virtual</b>   |  |   |  |
| <b>Proveedores virtuales dedicados - MDLIVE</b>   |  |   |  |
| <b>Servicios de atención virtual de urgencias MDLIVE</b>  |  | El plan paga el 100%  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Los proveedores virtuales dedicados pueden proporcionar servicios pagaderos a través de otros beneficios (p. ej., atención preventiva, médico de atención primaria, servicios de salud del comportamiento; dermatología y otros médicos especialistas).</li> <li>Los servicios de laboratorio para respaldar una visita virtual deben obtenerse a través de laboratorios dedicados.</li> <li>Incluye los cargos por la prestación de servicios médicos o relacionados con la salud y consultas mediante proveedores virtuales dedicados de forma médicamente apropiada a través de audio, video o tecnologías seguras a través de Internet.</li> </ul>   |  |   |  |
| <b>Servicios - consultas médicas virtuales</b>  |  |   |  |
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico de atención primaria (PCP)</b>  |  | El plan paga el 100%  |  |
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico especialista</b>  |  | Copago de \$60 y el plan paga el 100%   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Los médicos pueden proporcionar virtualmente servicios pagaderos a través de otros beneficios (p. ej., atención preventiva, servicios de terapia para pacientes en consulta externa).</li> <li>Incluye los cargos por la prestación de servicios médicos o relacionados con la salud y consultas de forma médicamente apropiada a través de audio, video o tecnologías seguras a través de Internet que son similares a los servicios prestados en el consultorio en persona.</li> </ul>   |  |   |  |
| <b>NOTA:</b> las visitas a obstetras/ginecólogos están sujetas al costo compartido del PCP o especialista según el contrato que el proveedor tenga con Cigna (es decir, como PCP o como especialista).  |  |   |  |

**Beneficio****Dentro de la red**

**Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.**

**Atención preventiva****Atención preventiva**

El plan paga el 100%

- Incluye la cobertura de servicios adicionales, como análisis de orina, ECG y otros análisis de laboratorio, que suplementan el beneficio de atención preventiva estándar cuando se factura como parte de la visita al consultorio.
- Límite anual: ilimitado

**Inmunizaciones**

El plan paga el 100%

**Mamografías, exámenes de Papanicolaou y pruebas de antígenos específicos de la próstata (PSA, por sus siglas en inglés)**

El plan paga el 100%

- La cobertura incluye los servicios profesionales para pacientes en consulta externa preventivos asociados.
- Los servicios relacionados con el diagnóstico están cubiertos al mismo nivel de beneficios que otros servicios de radiografías y laboratorio, según el lugar del servicio.

**Pacientes internados****Instalaciones hospitalarias para pacientes internados**

El plan paga el 80% ^

**Nota:** incluye todos los servicios de laboratorio y radiología, entre ellos, las imágenes radiológicas avanzadas y los medicamentos de especialidad médica

**Visitas o consultas al médico del hospital como paciente internado**

El plan paga el 80% ^

**Servicios profesionales para pacientes internados**

El plan paga el 80% ^

- Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiólogos

**Pacientes en consulta externa****Servicios en instalaciones para pacientes en consulta externa**

El plan paga el 80% ^

**Servicios profesionales para pacientes en consulta externa**

El plan paga el 80% ^

- Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiólogos

**Servicios de emergencia****Sala de emergencias**

- Incluye servicios profesionales, radiografías y/o laboratorio prestados en la sala de emergencias y facturados por la instalación como parte de la visita a emergencias.
- El copago por visita no se aplica si es admitido.

Copago de \$250 y el plan paga el 100% ^

**Instalaciones de atención de urgencia**

- Incluye servicios profesionales, radiografías y/o laboratorio prestados en instalaciones de atención de urgencia y facturados por la instalación como parte de la visita a emergencias.

Copago de \$50 y el plan paga el 100%

**Ambulancia**

El plan paga el 80% ^

Los servicios de ambulancia utilizados como transporte que no sea de emergencia (p. ej., regreso del hospital al hogar) generalmente no están cubiertos.

- Los servicios para los diagnósticos de salud mental y alcoholismo y/o farmacodependencia se pagarán según los beneficios de la sala de emergencias.

**Servicios para pacientes internados en otras instalaciones de atención médica****Instalaciones de enfermería especializada, hospital de rehabilitación, instalaciones de semigraves**

El plan paga el 80% ^

- Límite anual: 60 días

**Beneficio****Dentro de la red**

**Nota:** los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.

**Servicios de laboratorio**

|   |   |
|---|---|
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico</b>       | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio |
| <b>Laboratorio independiente</b>                        | El plan paga el 80% ^   |
| <b>Instalaciones para pacientes en consulta externa</b> | El plan paga el 80% ^   |

**Servicios de radiología**

|   |   |
|---|---|
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico</b>       | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio |
| <b>Instalaciones para pacientes en consulta externa</b> | El plan paga el 80% ^   |
| <b>Imágenes radiológicas avanzadas (ARI)</b>            | Incluyen MRI, MRA, CAT, PET, etc.   |
| <b>Instalaciones para pacientes en consulta externa</b> | El plan paga el 80% ^   |
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico</b>       | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio |

**Servicios de terapia para pacientes en consulta externa**

|  |   |
|--|---|
| <b>Servicios de terapia para pacientes en consulta externa</b> | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio |
|--|---|

Límites anuales:

- Todas las terapias combinadas: incluye terapia cognitiva, terapia ocupacional, terapia física, rehabilitación pulmonar y terapia del habla: 60 días
- No se aplican límites a las afecciones de salud mental para fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional

**Nota:** los días de terapia, proporcionados como parte de un plan de atención médica en el hogar aprobado, se acumulan para los máximos aplicables de servicios de terapia para pacientes en consulta externa

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Servicios quiroprácticos</b> | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio |
|---------------------------------|---|

Límite anual:

- Atención quiropráctica: 12 días

|   |   |
|---|---|
| <b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b> | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio |
|---|---|

Límite anual:

- Rehabilitación cardíaca: 36 días

**Instalaciones para enfermos terminales**

|   |                       |
|---|-----------------------|
| <b>Instalaciones para pacientes internados</b>      | El plan paga el 80% ^ |
| <b>Servicios para pacientes en consulta externa</b> | El plan paga el 80% ^ |

**Nota:** incluye asesoría por duelo como parte del programa de atención de enfermos terminales.

**Asesoría por duelo (por servicios no brindados como parte del programa de atención de enfermos terminales)**

|   |  |
|---|--|
| Servicios proporcionados por un profesional de salud mental | Cubiertos por el beneficio de salud mental |
|---|--|

**Medicamentos de especialidad médica**

|   |                       |
|---|-----------------------|
| <b>Instalaciones para pacientes en consulta externa</b> | El plan paga el 80% ^ |
|---|-----------------------|

**Beneficio****Dentro de la red**

**Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.**

|   |   |
|---|---|
| <b>Consultorio del médico</b>   | El plan paga el 100%  |
| <b>En el hogar</b>  | El plan paga el 80% ^   |
| <b>Nota:</b> este beneficio únicamente se aplica al costo de los medicamentos de la terapia de infusión administrados. Este beneficio no cubre los cargos de la instalación, cargos profesionales o de la visita al consultorio relacionados. |   |
| <b>Maternidad</b>   |   |
| <b>Visita inicial para confirmar el embarazo</b>  | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio                   |
| <b>Todas las visitas prenatales, visitas posnatales y los cargos de parto del médico siguientes) (Tarifa total de maternidad)</b>   | El plan paga el 80% ^   |
| <b>Visitas al consultorio además de la tarifa total de maternidad (prestadas por un obstetra/ginecólogo o especialista)</b>   | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio                   |
| <b>Parto: instalaciones (hospital para pacientes internados, centro de maternidad)</b>  | Misma cobertura que la incluida en los beneficios del plan para pacientes internados en el hospital |
| <b>Aborto</b>   |   |
| <b>Servicios de aborto</b>  | La cobertura varía según el lugar del servicio  |
| <b>Nota:</b> procedimientos provocados y no provocados  |   |
| <b>Planificación familiar</b>   |   |
| <b>Servicios para mujeres</b>   | El plan paga el 100%  |
| Incluye dispositivos anticonceptivos según lo indique o recete un médico y servicios de esterilización quirúrgica, como la ligadura de las trompas (no incluye la reversión)  |   |
| <b>Servicios para hombres</b>   | La cobertura varía según el lugar del servicio  |
| Incluye servicios de esterilización quirúrgica, como la vasectomía (no incluye la reversión)  |   |
| <b>Infertilidad</b>   |   |
| <b>Tratamiento para la infertilidad</b>   |   |
| <b>Nota:</b> se brindará cobertura para el tratamiento de una afección médica subyacente hasta que se diagnostique una afección de infertilidad. Los servicios estarán cubiertos como si se tratara de cualquier otra enfermedad.             |   |
| <b>Otros servicios/instalaciones de atención médica</b>   |   |
| <b>Atención médica en el hogar</b>  | El plan paga el 80% ^   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Límite anual: 60 días (No se aplica el límite a las afecciones de salud mental y de alcoholismo y/o farmacodependencia).</li> <li>• Máximo de 16 horas por día</li> </ul>                            |   |
| <b>Nota:</b> incluye la enfermería privada para pacientes en consulta externa si se aprueba como médicamente necesaria  |   |

**Beneficio****Dentro de la red**

**Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.**

**Trasplantes de órganos****Instalaciones hospitalarias para pacientes internados**

|   |   |
|---|---|
| Instalaciones de LifeSOURCE             | El plan paga el 100%  |
| Instalaciones que no sean de LifeSOURCE | Misma cobertura que la incluida en los beneficios del plan para pacientes internados en el hospital |

**Servicios profesionales para pacientes internados**

|  |  |
|--|--|
| Instalaciones de LifeSOURCE  | El plan paga el 100%   |
| Instalaciones que no sean de LifeSOURCE  | Misma cobertura que el beneficio de servicios profesionales para pacientes internados del plan |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Máximo de viaje - Instalaciones de Cigna LifeSOURCE Transplant Network® solamente: máximo ilimitado por trasplante de por vida</li> </ul> |  |

**Equipo médico duradero**

- Límite anual: ilimitado

El plan paga el 80% ^

**Equipos y suministros para la lactancia**

- Limitados al alquiler de un sacaleches por nacimiento según lo indique o recete un médico.
- Incluye los suministros relacionados.

El plan paga el 100%

**Aparatos protésicos externos (EPA, por sus siglas en inglés)**

- Límite anual: ilimitado

El plan paga el 80% ^

**Articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés)**

- Máximo de por vida ilimitado

La cobertura varía según el lugar del servicio

**Nota:** se proporciona de forma limitada, según el caso. No incluye aparatos y tratamiento de ortodoncia.

**Atención de rutina de los pies**

Sin cobertura

**Nota:** los servicios asociados con el cuidado de los pies en los casos de diabetes y enfermedad vascular periférica están cubiertos en caso de ser aprobados como medicamento necesarios.

**Aparatos auditivos**

- Máximo de \$1,500 por dispositivo (por oído)
- Máximo de 2 dispositivos (uno por oído) cada 24 meses
- Incluye examen y ajuste de aparatos auditivos cubiertos al costo compartido de una visita al consultorio del médico.
- Cobertura hasta los 18 años

El plan paga el 80% ^

**Salud mental y alcoholismo y/o farmacodependencia****Salud mental para pacientes internados**

El plan paga el 80% ^

**Servicios de salud mental para pacientes en consulta externa: consultorio del médico**

El plan paga el 100%

**Servicios de salud mental para pacientes en consulta externa: todos los demás servicios**

El plan paga el 80% ^

**Alcoholismo y/o farmacodependencia para pacientes internados**

El plan paga el 80% ^

**Servicios de alcoholismo y/o farmacodependencia para pacientes en consulta externa: consultorio del médico**

El plan paga el 100%

**Servicios de alcoholismo y/o farmacodependencia para pacientes en consulta externa: todos los demás servicios**

El plan paga el 80% ^



## Beneficio

## Dentro de la red

**Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.**

Límites anuales:

- Máximo ilimitado

Notas:

- Los servicios para pacientes internados incluyen el tratamiento residencial y agudo.
- Los servicios para pacientes en consulta externa en el consultorio del médico pueden incluir terapia individual, familiar y grupal, psicoterapia, administración de los medicamentos, etc.
- Todos los demás servicios para para pacientes en consulta externa pueden incluir hospitalización parcial, los servicios intensivos para pacientes en consulta externa, el análisis del comportamiento aplicado (ABA, por sus siglas en inglés), etc.
- Los servicios se pagan en un 100% una vez que alcance su desembolso máximo.

**Nota importante sobre cobertura de salud mental y alcoholismo y/o farmacodependencia:** los servicios médicos cubiertos que se enumeran arriba, que se reciben para diagnosticar o tratar un trastorno de salud mental y alcoholismo y/o farmacodependencia, se pagarán según la sección titulada “Trastornos de salud mental y alcoholismo y/o farmacodependencia”.

### Revisión de la utilización, administración de casos y programas de salud mental/alcoholismo y/o farmacodependencia

#### Cigna Total Behavioral Health: administración para pacientes internados y en consulta externa

- Revisión de la utilización y administración de casos para pacientes internados
- Revisión de la utilización y administración de casos para pacientes en consulta externa
- Hospitalización parcial
- Programas intensivos para pacientes en consulta externa
- Programa Changing Lives by Integrating Mind and Body (Cambio de vida integrando mente y cuerpo)
- Programas de control del estilo de vida: de control del estrés, para dejar el tabaco y de control del peso
- Administración de terapia de narcóticos
- Programa inMynd<sup>SM</sup>: una solución integral y holística para contribuir a reconocer y encontrar recursos para tratar afecciones de la salud del comportamiento.

## Farmacia

## Dentro de la red

### Costo compartido y suministro

#### Costo compartido de Cigna Pharmacy

- Minorista: suministro para hasta 90 días (salvo medicamentos de especialidad, suministro para hasta 30 días)
- Entrega a domicilio: suministro para hasta 90 días (salvo medicamentos de especialidad, suministro para hasta 30 días)

#### Minorista (suministro para 30 días):

Genéricos: usted paga \$5  
De marca preferida: usted paga \$40  
De marca no preferida: usted paga \$85

#### Minorista y entrega a domicilio (suministro para 90 días):

Genéricos: usted paga \$13  
De marca preferida: usted paga \$100  
De marca no preferida: usted paga \$213



## Farmacia

## Dentro de la red

- Los medicamentos minoristas para un suministro de 30 días pueden obtenerse dentro de la red en una gran variedad de farmacias en todo el país. Por el contrario, los medicamentos para un suministro de 90 días (como los medicamentos de mantenimiento) estarán disponibles en determinadas farmacias de la red.
- Programa Cigna 90 Now: usted puede optar por surtir sus medicamentos en un suministro para 30 o 90 días. Si opta por surtir una receta para 30 días, puede hacerlo en cualquier farmacia minorista de la red o a través de una farmacia de Home Delivery de la red. Si opta por surtir una receta para 90 días, debe hacerlo en una farmacia minorista de la red para 90 días o a través de una farmacia de Home Delivery de la red para que el plan la cubra.
- Este plan no cubrirá los beneficios de farmacia fuera de la red.
- Los medicamentos de especialidad se utilizan para tratar una enfermedad subyacente que se considera poco frecuente y crónica, que incluye, a modo de ejemplo, esclerosis múltiple, hepatitis C o artritis reumatoide. Los medicamentos de especialidad pueden incluir medicamentos de costo alto, así como medicamentos que pueden requerir de una manipulación especial y supervisión cercana al ser administrados.
- Cuando el paciente solicita un medicamento de marca, paga el costo compartido del medicamento de marca más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico, hasta el costo del medicamento de marca (a menos que el médico indique "Despachar según lo escrito").
- Sus beneficios de farmacia comparten un desembolso máximo con los beneficios médicos y de salud del comportamiento.
- Medicamentos de especialidad suministrados para entrega a domicilio a un costo compartido minorista (suministro para 30 días).

## Medicamentos cubiertos

### Lista de medicamentos que requieren receta médica:

Su Lista estándar de medicamentos que requieren receta médica de Cigna incluye una gran variedad de medicamentos: incluidos todos aquellos exigidos por las leyes de atención médica aplicables. Para consultar qué medicamentos están incluidos en su plan, inicie sesión en myCigna.com.

Algunos puntos destacados:

- La cobertura incluye medicamentos inyectables autoadministrados y medicamentos inyectables opcionales, pero no incluye medicamentos para tratar la infertilidad.
- Los dispositivos y medicamentos anticonceptivos están cubiertos dentro de los productos requeridos a nivel federal cubiertos al 100%.
- La insulina, las tiras reactivas para medir la glucosa, las lancetas, las agujas y las jeringas para insulina, y las plumas y los cartuchos de insulina están cubiertos.
- Los medicamentos para el estilo de vida; limitados a la disfunción sexual están cubiertos.

## Información sobre programas de farmacia

### Administración clínica de servicios de farmacia: esencial

Su plan cuenta con programas y requisitos de administración de medicamentos a fin de garantizar el acceso a medicamentos que han demostrado ser los más confiables y económicos para la afección médica y que se los recete de manera segura, por ejemplo:

- Requisitos de autorización previa.
- Tratamiento escalonado en algunas clases de medicaciones y medicamentos nuevos en el mercado.
- Límites de cantidad, entre ellos, requisitos de dosis diaria máxima, requisitos de cantidad en el tiempo, requisitos de duración del tratamiento y requisitos de optimización de la dosis.
- Requisitos de edad y requisitos de renovación temprana.
- Requisitos de exclusiones del plan.
- Los usuarios actuales de medicamentos de tratamiento escalonado podrán realizar un despacho de 30 días durante los primeros tres meses de cobertura antes de que se aplique el programa de tratamiento escalonado.
- Su plan incluye características de la administración de medicamentos de especialidad, como autorización previa y límites de cantidad, a fin de garantizar el acceso a los medicamentos de especialidad y que se los recete de manera segura.
- Para los afiliados que tienen afecciones complejas y que toman medicamentos de especialidad, ofreceremos la ayuda de los Centros de Recursos Terapéuticos Accredited (TRC, por sus siglas en inglés) para que proporcionen los medicamentos de especialidad y el asesoramiento sobre la afección. Para los afiliados que toman un medicamento de especialidad que no despacha Accredited, los expertos de Cigna se encargarán de proporcionar el medicamento de especialidad y el asesoramiento sobre la afección.

## Información sobre programas de farmacia

### Patient Assurance Program

Su plan incluye el programa Patient Assurance Program, que exime del pago del deducible y reduce la cantidad que usted debe por determinados medicamentos utilizados para tratar las afecciones crónicas incluidas en el programa. Además:

- Cualquier cantidad que pague por estos medicamentos solo cuenta para alcanzar su desembolso máximo.
- Cualquier descuento proporcionado por un fabricante para estos medicamentos solo cuenta para alcanzar su desembolso máximo.

## Información adicional

### Administración de casos

Coordinado por Cigna HealthCare. Este es un servicio diseñado para prestar ayuda a un paciente que esté en riesgo de desarrollar complicaciones médicas o para quien un incidente de salud haya precipitado una necesidad de rehabilitación o de apoyo de atención médica adicional. El programa intenta alcanzar un equilibrio entre una atención de calidad y económica, a la vez que se aumenta al máximo la calidad de vida del paciente.

### Programa de Prevención de la Diabetes de Cigna en colaboración con Omada

El Programa de Prevención de la Diabetes de Cigna en colaboración con Omada es un programa para ayudar a evitar el inicio de la diabetes, así como los riesgos para la salud que podrían provocar enfermedades cardíacas o accidentes cerebrovasculares. El programa está cubierto por su plan de salud a nivel preventivo, al igual que para su visita de bienestar. Los participantes del programa tienen acceso a asesoría de salud virtual profesional, un grupo de apoyo en línea, clases interactivas y una balanza de tecnología inteligente. El programa le ayudará a hacer pequeños cambios en su alimentación, actividad, patrones de sueño y estrés para lograr una pérdida de peso saludable durante una serie de 16 clases semanales y herramientas para ayudarlo a mantener la pérdida de peso en el tiempo. También se le ofrecerá la oportunidad de inscribirse en un gimnasio por una cuota mensual baja y sin cuota de inscripción.

### Programa de oncología integral

- Asistencia para administración de la atención
- Administración de casos

Incluido

### Healthy Pregnancies/Healthy Babies

- Asistencia para administración de la atención
- Administración de casos para servicios de maternidad
- Administración de casos para servicios neonatales

\$150 (1.º trimestre) / \$75 (2.º trimestre): opción 3

### Cargos de servicios de emergencia fuera de la red

1. Los servicios de emergencia están cubiertos en el nivel de costo compartido dentro de la red, según lo exigido por la ley estatal o federal correspondiente, si se reciben servicios de un proveedor no participante (fuera de la red).
2. La cantidad permitida utilizada para determinar el pago de beneficios del plan por los servicios de emergencia cubiertos prestados en un hospital fuera de la red, o por un proveedor fuera de la red en un hospital dentro de la red, es la cantidad acordada por el proveedor fuera de la red y Cigna, o según lo exigido por la ley estatal o federal correspondiente.

El miembro es responsable de las cantidades aplicables de costos compartidos dentro de la red (cualquier deducible, copago o coaseguro). El miembro no es responsable de todos los cargos que pudieran hacerse en exceso de la cantidad permitida. Si el proveedor fuera de la red le factura un monto superior al monto que debe según lo indicado en la Explicación de Beneficios (EOB), comuníquese con el Servicio al Cliente de Cigna al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.

## Información adicional

### Coordinación de Medicare

De conformidad con la Ley de Seguridad Social de 1965, este plan pagará como el plan secundario a las Partes A y B de Medicare de la siguiente manera:

(a) un expleado, por ejemplo, un jubilado, un expleado incapacitado, un dependiente de un expleado o una pareja de hecho del empleado, que también sea elegible para Medicare y cuyo seguro continúa por cualquier motivo según lo dispuesto en este plan (incluida la continuación de COBRA).

(b) un empleado, un expleado, un dependiente de un empleado o un dependiente de un expleado, que sea elegible para Medicare debido a la enfermedad renal terminal después de que dicha persona haya sido elegible para Medicare por 30 meses.

Cuando una persona es elegible para las Partes A y B de Medicare, según lo descrito anteriormente, este plan pagará como el plan secundario a las Partes A y B de Medicare **independientemente de si la persona está inscrita en las Partes A y B de Medicare e independientemente de si la persona busca la atención de un proveedor de Medicare o no para obtener los servicios cubiertos por Medicare.**

### Reducción por cirugía múltiple

Las cirugías múltiples realizadas en una sola sesión quirúrgica obtendrán un descuento del 50% en el pago de la cirugía de menor cargo. El procedimiento más costoso se paga como cualquier otra cirugía.

### One Guide

Disponible por teléfono o a través de la aplicación móvil de myCigna. One Guide le ayuda a navegar por el sistema de atención médica y a aprovechar al máximo sus beneficios y programas de salud.

**Certificación previa – Revisión de estadía continua – Administración de la atención completa para pacientes internados:** se requiere para todas las admisiones de pacientes internados

Dentro de la red: coordinado por su médico

**Certificación previa – Administración de la atención completa – Autorización previa para pacientes en consulta externa:** se requiere para determinados procedimientos y pruebas de diagnóstico de pacientes en consulta externa

Dentro de la red: coordinado por su médico

No se aplica la **limitación por afección preexistente (PCL, por sus siglas en inglés).**

## Definiciones

**Coaseguro:** una vez que haya alcanzado su deducible, usted y su plan comparten algunos de sus costos médicos. La parte de los gastos cubiertos de la cual usted es responsable se denomina coaseguro.

**Copago:** una tarifa fija que usted paga por determinados servicios cubiertos, como las visitas al médico o las recetas.

**Deducible:** cantidad fija en dólares que usted debe pagar de su bolsillo antes de que el plan comience a pagar los servicios.

**Desembolso máximo:** límites específicos a la cantidad total que pagará de su bolsillo antes de que deje de aplicarse el porcentaje de coaseguro de su plan. Una vez que alcance estas cantidades máximas, su plan pagará el 100% de los “cargos máximos reembolsables” o las tarifas negociadas por los servicios cubiertos.

**Lugar del servicio:** su plan paga en función del lugar donde recibe los servicios. Por ejemplo, para las estadías en un hospital, su cobertura se paga como paciente internado.

**Lista de medicamentos que requieren receta médica:** la lista de medicamentos de marca y genéricos que requieren receta médica y están cubiertos por su plan de farmacia.

**Servicios profesionales:** servicios prestados por cirujanos, asistentes de cirujanos, médicos del hospital, radiólogos, patólogos y anestesiólogos.

**Transición de la atención:** brinda cobertura de salud dentro de la red a nuevos afiliados cuando el médico del afiliado no es parte de la red de Cigna y existen razones clínicas aprobadas por las que el afiliado debe seguir atendiéndose con el mismo médico.

## Exclusiones

### Conceptos no cubiertos (la lista no es exhaustiva):

Su plan brinda cobertura para la mayoría de los servicios médicamente necesarios. Se brinda la lista completa de exclusiones en su certificado o descripción resumida del plan. En la medida en la que pueda haber diferencias, rigen los términos del certificado o la descripción resumida del plan. Los servicios que su plan no cubre, a menos que lo exija la ley o que estén cubiertos por el beneficio de farmacia, incluyen (a modo de ejemplo):

- Atención de afecciones médicas que deben tratarse en instalaciones públicas según lo exigido por la ley estatal o local.
- Atención que debe ser brindada por un distrito escolar o un sistema escolar público según lo exigido por la ley estatal o federal.

## Exclusiones

- Atención de incapacidades relativas al servicio militar que puedan tratarse a través de servicios gubernamentales si usted tiene derecho a recibir dicho tratamiento en virtud de la ley y las instalaciones están disponibles desde un punto de vista razonable.
- Tratamiento de una enfermedad o lesión como consecuencia de una guerra, declarada o no declarada.
- Cargos por los que no está obligado a pagar, por los que no recibirá una factura o por los que no le habrían facturado salvo que estuvieran cubiertos por este plan.
- Asistencia con las actividades cotidianas entre las que se incluyen, a modo de ejemplo, comer, bañarse, vestirse u otras actividades de servicios asistenciales o de cuidado personal, servicios domésticos y servicios que sean principalmente para descanso, cuidado en el hogar o de convalecencia.
- Gastos relacionados con servicios experimentales, de investigación o no comprobados.
- Los servicios experimentales, de investigación y no comprobados son tecnologías, suministros, tratamientos, procedimientos, terapias de medicamentos o dispositivos de naturaleza médica, quirúrgica, diagnóstica, psiquiátrica, para alcoholismo y/o farmacodependencia u otros servicios de cuidado de la salud que el médico de revisión de la utilización determine que:
  - No han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) u otra agencia reguladora pertinente para su comercialización legal;
  - Su seguridad y eficacia para el tratamiento o diagnóstico de la afección o enfermedad para la cual se proponen no han sido probadas, mediante la literatura científica basada en evidencias y revisada por colegas médicos;
  - Están sujetos a revisión o aprobación por una Junta de revisión institucional para el uso propuesto, a excepción de lo dispuesto en las secciones “Estudios clínicos” de este plan; o
  - Están sujetos a un estudio clínico de fase I, II o III en curso, excepto los costos de atención de rutina del paciente relacionados con estudios clínicos calificados según lo dispuesto en la sección “Estudios clínicos” de este plan.
- A fin de determinar si cualquiera de dichas tecnologías, suministros, tratamientos, medicamentos o dispositivos biológicos o dispositivos son experimentales, de investigación y/o no comprobados, el médico de revisión de la utilización puede basarse en las políticas de cobertura clínica mantenidas por Cigna o la organización de revisión. Las políticas de cobertura clínica pueden incluir, sin limitación y según sea aplicable, criterios relacionados con etiquetado autorizado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, los compendios de referencia médica estándar y la literatura científica basada en evidencias y revisada por colegas médicos. El plan o la póliza no denegará la cobertura para una terapia biológica o de medicamentos como experimental, de investigación o no comprobada si la terapia biológica o de medicamentos está aprobada de otro modo por la FDA para su comercialización legal, no ha sido contraindicada por la FDA para el uso para el cual la terapia biológica o de medicamentos ha sido recetada y está reconocida como segura y efectiva para el tratamiento del cáncer en alguno de los compendios de referencia estándares (American Medical Association Drug Evaluations, the American Hospital Formulary Service Drug Information o la publicación US Pharmacopoeia Dispensing Information).
- Cirugía y terapias estéticas. La cirugía o terapia estética se define como cirugía o terapia realizada para mejorar o alterar la apariencia o la autoestima.
- Los siguientes servicios están excluidos de la cobertura, a menos que sean médicamente necesarios o estén sujetos a otra exclusión:
  - Tratamiento quirúrgico de várices;
  - Rinoplastia; o
  - Cirugías ortognáticas.
- Los siguientes servicios se excluyen de la cobertura, sin importar las indicaciones clínicas: cirugías en caso de macromastia o ginecomastia; cirugía de la pared abdominal; paniclectomía; blefaroplastia; cirugía para retirar la piel sobrante; extirpación de papilomas cutáneos; acupresión; terapia cráneo-sacral/craneal; terapia de danza y terapia del movimiento; kinesiología aplicada; *rolfing* (masaje de tejido conectivo); proloterapia; y litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL, por sus siglas en inglés) para afecciones musculoesqueléticas y ortopédicas.
- Tratamiento dental de los dientes, las encías o las estructuras que soportan directamente los dientes, que incluye radiografías dentales, exámenes, reparaciones, ortodoncia, tratamiento periodontal, moldes, férulas y servicios para maloclusión dental, por cualquier afección. Los cargos cobrados por servicios o suministros brindados por una lesión accidental de un diente o en relación con dicha lesión están cubiertos siempre que se inicie un plan continuo de tratamiento dental dentro de los seis meses posteriores a un accidente. Además, los cargos cobrados por un médico por cualquiera de los siguientes procedimientos quirúrgicos están cubiertos: extracción de una muela de juicio impactada no erupcionada, incluida la extracción del hueso alveolar y el seccionamiento de la pieza dental; extracción de la raíz residual (cuando la realiza un dentista que no es el que extrajo el diente).
- Servicios médicos y quirúrgicos, iniciales y repetidos, que sirvan para el tratamiento o control de la obesidad, incluida la obesidad clínicamente grave (mórbida), que incluyen: servicios médicos y quirúrgicos para alterar la apariencia o cambios físicos que sean el resultado de cualquier cirugía realizada para el control de la obesidad o la obesidad clínicamente grave (mórbida); y programas o tratamientos para bajar de peso, ya sean recetados o recomendados por un médico o que se realicen bajo supervisión médica.

## Exclusiones

- A menos que estén cubiertos de otro modo en este plan, los informes, evaluaciones, exámenes físicos u hospitalizaciones que no sean necesarios por razones de salud, que incluyen, a modo de ejemplo, las licencias de empleo, seguro o gubernamentales y evaluaciones ordenadas por el tribunal, forenses o de custodia.
- Tratamiento u hospitalización ordenados por un tribunal, a menos que el tratamiento sea indicado por un médico y se encuentre en la lista de servicios cubiertos por este plan.
- Servicios de infertilidad, incluidos medicamentos para tratar la infertilidad, programas quirúrgicos o de tratamientos médicos para tratar la infertilidad, incluida la fertilización in vitro, la transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés), la transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), así como variaciones de tales procedimientos y cualquier costo asociado con la obtención, el lavado, la preparación o el almacenamiento de esperma para inseminación artificial (incluidos los pagos por servicios del donante). La criopreservación del esperma y los óvulos del donante también queda excluida de la cobertura.
- Reversión de los procedimientos de esterilización voluntarios masculinos o femeninos.
- Cualquier medicación, medicamento, servicio o suministro para el tratamiento de la disfunción sexual masculina o femenina, que incluye, a modo de ejemplo, el tratamiento de la disfunción eréctil (incluye implantes peneanos), anorgasmia y eyaculación precoz.
- La atención y los costos médicos y hospitalarios para el bebé de un dependiente, a menos que el bebé cumpla con los requisitos exigidos por este plan.
- Asesoría no médica o servicios auxiliares, que incluyen, a modo de ejemplo: servicios asistenciales, servicios educativos, asesoramiento vocacional, capacitación y servicios de rehabilitación, entrenamiento del comportamiento, biorretroalimentación, neuroretroalimentación, hipnosis, terapia del sueño, servicios de retorno al trabajo, programas de reentrenamiento para el trabajo y cursos de seguridad vial.
- Terapia o tratamiento destinado principalmente a mejorar o mantener la condición física general o con el propósito de mejorar el desempeño laboral, escolar, atlético o recreativo, que incluye, a modo de ejemplo, la atención de rutina, a largo plazo o de mantenimiento que se proporciona luego de la solución de un problema médico agudo y cuando no se espera una mejora terapéutica significativa.
- Suministros médicos de consumo distintos a los suministros de ostomía y catéteres urinarios. Los suministros no cubiertos incluyen, a modo de ejemplo, vendajes y otros artículos médicos desechables, preparaciones cutáneas y tiras reactivas, excepto según se especifica en las secciones “Servicios de salud en el hogar” o “Reconstrucción y prótesis de senos” de este plan.
- Habitaciones privadas en un hospital y/o enfermería privada, a excepción de lo que se especifica en la cláusula de servicios de salud en el hogar.
- Artículos personales o para hacer la vida más cómoda, como los kits de cuidado personal que se ofrecen al ser admitido en un hospital, televisión, teléfono, fotografías de recién nacidos, comidas de cortesía, avisos de nacimiento y otros artículos que no se utilizan para el tratamiento específico de una enfermedad o lesión.
- Elementos artificiales de asistencia, que incluyen, a modo de ejemplo, los zapatos de corrección ortopédica, plantillas anatómicas, medias elásticas, portalligas, corsés, dentaduras postizas y pelucas.
- Ayudas o dispositivos que ayudan en la comunicación no verbal, entre ellos tableros de comunicación, dispositivos para hablar pregrabados, computadoras portátiles, computadoras de escritorio, asistentes digitales personales (PDA, por sus siglas en inglés), máquinas para escribir en braille, sistemas de alerta visual para sordos y libros para la memoria.
- Lentes y marcos de anteojos y lentes de contacto (excepto por el primer par de lentes de contacto para el tratamiento de queratocono o cirugía postcataratas).
- Refracción de rutina, ejercicios oculares y tratamiento quirúrgico para la corrección de un error de refracción, incluida una queratotomía radial.
- Tratamiento por acupuntura.
- Todos los medicamentos no inyectables que requieren receta médica, a menos que se requiera la administración o supervisión de parte de un médico, los medicamentos inyectables que requieren receta médica en la medida en la que no necesiten la supervisión del médico y se consideren comúnmente medicamentos autoadministrados, medicamentos que no requieren receta médica, y medicamentos de carácter experimental o en investigación, a excepción de lo que se especifica en este plan.
- Atención de rutina de los pies, que incluye el emparejamiento y la eliminación de callos y durezas o el recorte de uñas. Sin embargo, los servicios asociados con el cuidado de los pies en los casos de diabetes y enfermedad vascular periférica están cubiertos en caso de ser médicamente necesarios.
- Costos o cuotas de membresías relacionadas con clubes deportivos, programas para bajar de peso y programas para dejar de fumar.
- Examen genético o examen genético de preimplantación. El diagnóstico genético general basado en la población es un método de prueba que se realiza cuando no hay ningún síntoma o ningún factor de riesgo significativo comprobado de enfermedades hereditarias de transmisión genética.
- Implantes dentales por cualquier afección.
- Pagos relacionados con la obtención o donación de sangre o derivados hematológicos, excepto para la donación autóloga cuando se prevén con anticipación ciertos servicios programados, cuando a criterio del médico de revisión de la utilización la probabilidad de la pérdida de sangre en exceso es tal que se espera que la cirugía traiga aparejada una transfusión.

## Exclusiones

- Administración de sangre con el propósito de mejorar la condición física general.
- Costos de sustancias biológicas, ya sean inmunizaciones o medicamentos para propósitos de viajes o para protegerse de riesgos y peligros ocupacionales.
- Cosméticos, suplementos alimenticios, y productos para la salud y belleza.
- Todos los suplementos alimenticios y fórmulas, excepto la fórmula para lactantes necesaria para el tratamiento de errores innatos del metabolismo.
- En relación con una lesión o enfermedad que surja con motivo de cualquier trabajo por un sueldo o ganancias, o durante su desempeño.
- Cargos por la prestación de servicios médicos y relacionados con la salud a través de tecnologías de telecomunicaciones, incluidos el teléfono e Internet, a menos que sean descritos específicamente en la sección "Gastos cubiertos".
- Terapia de masaje.

### Estos son solo puntos sobresalientes

Este resumen describe los puntos sobresalientes de su plan. Para ver una lista completa de los servicios cubiertos y no cubiertos, incluidos los beneficios exigidos por su estado, consulte el certificado del seguro de su empleador, el acuerdo de servicio o la descripción resumida del plan, que son los documentos oficiales del plan. En caso de discrepancia entre este resumen y los documentos del plan, la información incluida en los documentos del plan prevalecerá.

*Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por las subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation. El nombre, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.*

EHB State: VA

# 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).

## RESUMEN DE BENEFICIOS



Cigna Health and Life Insurance Co.  
 Para: Pave America  
 Plan Open Access Plus IN  
 OAPIN OH  
 Fecha de entrada en vigor: 10/1/2023

**Selección de un proveedor de atención primaria:** es posible que su plan le exija o le permita designar a un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en la red y que pueda aceptarlos a usted o a los miembros de su familia. Si su plan le exige que designe a un proveedor de atención primaria, Cigna podrá designar uno por usted hasta que usted efectúe la designación correspondiente. Para obtener información sobre cómo seleccionar a un proveedor de atención primaria y para ver una lista de los proveedores de atención primaria participantes, visite [www.mycigna.com](http://www.mycigna.com) o comuníquese con servicio al cliente al número de teléfono que figura al dorso de su tarjeta de identificación. Para sus hijos, puede designar a un pediatra como el proveedor de atención primaria.

**Acceso directo a obstetras y ginecólogos:** no necesita autorización previa del plan ni de ninguna otra persona (como un proveedor de atención primaria) para acceder a la atención obstétrica o ginecológica brindada por un profesional de atención médica de nuestra red especializado en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de atención médica deba cumplir con determinados procedimientos, como obtener autorización previa para algunos servicios, seguir un plan de tratamiento previamente aprobado o procedimientos para efectuar referencias. Para ver una lista de los profesionales de atención médica participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, visite [www.mycigna.com](http://www.mycigna.com) o comuníquese con servicio al cliente al número de teléfono que figura al dorso de su tarjeta de identificación.

### Detalles del plan

### Dentro de la red

|   |   |
|---|---|
| <b>Máximo de por vida</b>   | Ilimitado   |
| <b>Acumulación por año del plan</b>   | Los deducibles, desembolsos y límites de nivel de beneficios de su plan se acumulan por año de contrato a menos que se especifique lo contrario |
| <b>Coaseguro del plan</b>   | El plan paga el 80%   |
| <b>Cargo máximo reembolsable</b>  | No corresponde  |
| <b>Deducible del plan</b>   | Individual: \$5,000<br>Grupo familiar: \$10,000   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan y el coaseguro.</li> <li>Los miembros de la familia solo tienen que cumplir con sus deducibles individuales y, luego, sus reclamos estarán cubiertos bajo el coaseguro del plan; si el deducible de grupo familiar se ha cumplido antes de que se cumplan sus deducibles individuales, sus reclamos se pagarán al coaseguro del plan.</li> </ul>  |   |
| <b>Nota:</b> los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^).   |   |
| <b>Desembolso máximo del plan</b>   | Individual: \$7,350<br>Grupo familiar: \$14,700   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>El deducible del plan cuenta para su desembolso máximo.</li> <li>Todos los copagos/deducibles de los beneficios cuentan para su desembolso máximo.</li> <li>Los gastos cubiertos que cuentan para su desembolso máximo incluyen coaseguro pagado por el cliente y cargos por salud mental y alcoholismo y/o farmacodependencia.</li> <li>Una vez que cada miembro elegible de la familia cumpla con su desembolso máximo individual, el plan pagará el 100% de los gastos cubiertos. O bien, una vez que se haya cumplido con el desembolso máximo del grupo familiar, el plan pagará el 100% de los gastos cubiertos de cada miembro elegible de la familia.</li> <li>Este plan incluye un desembolso máximo médico/de farmacia combinado.</li> </ul> |   |

## Detalles del plan

## Dentro de la red

**Nota:** los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.

### Servicios/visita al consultorio del médico

**Servicios/visita al consultorio del médico de atención primaria (PCP)**

El plan paga el 100%

**Servicios/visita al consultorio del médico especialista**

Copago de \$60 y el plan paga el 100%

**NOTA:** las visitas a obstetras/ginecólogos están sujetas al costo compartido del PCP o especialista según el contrato que el proveedor tenga con Cigna (es decir, como PCP o como especialista).

**Cirugía realizada en el consultorio del médico**

Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio

**Tratamiento/inyecciones para alergias y suero para las alergias**

Suero para las alergias administrado por el médico en el consultorio

Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio

**Nota:** no se aplica el copago por consultorio si únicamente se brinda el suero para las alergias.

### Atención virtual

**Proveedores virtuales dedicados - MDLIVE**

**Servicios de atención virtual de urgencias MDLIVE**

El plan paga el 100%

- Los proveedores virtuales dedicados pueden proporcionar servicios pagaderos a través de otros beneficios (p. ej., atención preventiva, médico de atención primaria, servicios de salud del comportamiento; dermatología y otros médicos especialistas).
- Los servicios de laboratorio para respaldar una visita virtual deben obtenerse a través de laboratorios dedicados.
- Incluye los cargos por la prestación de servicios médicos o relacionados con la salud y consultas mediante proveedores virtuales dedicados de forma médicamente apropiada a través de audio, video o tecnologías seguras a través de Internet.

**Servicios - consultas médicas virtuales**

**Servicios/visita al consultorio del médico de atención primaria (PCP)**

El plan paga el 100%

**Servicios/visita al consultorio del médico especialista**

Copago de \$60 y el plan paga el 100%

- Los médicos pueden proporcionar virtualmente servicios pagaderos a través de otros beneficios (p. ej., atención preventiva, servicios de terapia para pacientes en consulta externa).
- Incluye los cargos por la prestación de servicios médicos o relacionados con la salud y consultas de forma médicamente apropiada a través de audio, video o tecnologías seguras a través de Internet que son similares a los servicios prestados en el consultorio en persona.

**NOTA:** las visitas a obstetras/ginecólogos están sujetas al costo compartido del PCP o especialista según el contrato que el proveedor tenga con Cigna (es decir, como PCP o como especialista).

### Atención preventiva

**Atención preventiva**

El plan paga el 100%

- Incluye la cobertura de servicios adicionales, como análisis de orina, ECG y otros análisis de laboratorio, que suplementan el beneficio de atención preventiva estándar cuando se factura como parte de la visita al consultorio.
- Límite anual: ilimitado

**Inmunizaciones**

El plan paga el 100%

**Mamografías, exámenes de Papanicolaou y pruebas de antígenos específicos de la próstata (PSA, por sus siglas en inglés)**

El plan paga el 100%

- La cobertura incluye los servicios profesionales para pacientes en consulta externa preventivos asociados.
- Los servicios relacionados con el diagnóstico están cubiertos al mismo nivel de beneficios que otros servicios de radiografías y laboratorio, según el lugar del servicio.

### Pacientes internados

**Beneficio****Dentro de la red**

**Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.**

|   |   |
|---|---|
| <b>Instalaciones hospitalarias para pacientes internados</b>  | El plan paga el 80% ^   |
| <b>Nota:</b> incluye todos los servicios de laboratorio y radiología, entre ellos, las imágenes radiológicas avanzadas y los medicamentos de especialidad médica  |   |
| <b>Visitas o consultas al médico del hospital como paciente internado</b>   | El plan paga el 80% ^   |
| <b>Servicios profesionales para pacientes internados</b>  | El plan paga el 80% ^   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiastas</li> </ul>   |   |
| <b>Pacientes en consulta externa</b>  |   |
| <b>Servicios en instalaciones para pacientes en consulta externa</b>  | El plan paga el 80% ^   |
| <b>Servicios profesionales para pacientes en consulta externa</b>   | El plan paga el 80% ^   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiastas</li> </ul>   |   |
| <b>Servicios de emergencia</b>  |   |
| <b>Sala de emergencias</b>  | Copago de \$250 y el plan paga el 100% ^  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Incluye servicios profesionales, radiografías y/o laboratorio prestados en la sala de emergencias y facturados por la instalación como parte de la visita a emergencias.</li> <li>El copago por visita no se aplica si es admitido.</li> </ul> |   |
| <b>Instalaciones de atención de urgencia</b>  | Copago de \$50 y el plan paga el 100%   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Incluye servicios profesionales, radiografías y/o laboratorio prestados en instalaciones de atención de urgencia y facturados por la instalación como parte de la visita a emergencias.</li> </ul>   |   |
| <b>Ambulancia</b>   | El plan paga el 80% ^   |
| Los servicios de ambulancia utilizados como transporte que no sea de emergencia (p. ej., regreso del hospital al hogar) generalmente no están cubiertos.  |   |
| <b>Servicios para pacientes internados en otras instalaciones de atención médica</b>  |   |
| <b>Instalaciones de enfermería especializada, hospital de rehabilitación, instalaciones de semigraves</b>   | El plan paga el 80% ^   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Límite anual: 60 días</li> </ul>   |   |
| <b>Servicios de laboratorio</b>   |   |
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico</b>   | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio |
| <b>Laboratorio independiente</b>  | El plan paga el 80% ^   |
| <b>Instalaciones para pacientes en consulta externa</b>   | El plan paga el 80% ^   |
| <b>Servicios de radiología</b>  |   |
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico</b>   | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio |
| <b>Instalaciones para pacientes en consulta externa</b>   | El plan paga el 80% ^   |
| <b>Imágenes radiológicas avanzadas (ARI)</b>  | Incluyen MRI, MRA, CAT, PET, etc.   |
| <b>Instalaciones para pacientes en consulta externa</b>   | El plan paga el 80% ^   |
| <b>Servicios/visita al consultorio del médico</b>   | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio |
| <b>Servicios de terapia para pacientes en consulta externa</b>  |   |

**Beneficio****Dentro de la red**

**Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.**

**Servicios de terapia para pacientes en consulta externa**

Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio

Límites anuales:

- Todas las terapias combinadas: incluye terapia cognitiva, terapia ocupacional, terapia física, rehabilitación pulmonar y terapia del habla: 60 días
- No se aplican límites a las afecciones de salud mental para fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional

**Nota:** los días de terapia, proporcionados como parte de un plan de atención médica en el hogar aprobado, se acumulan para los máximos aplicables de servicios de terapia para pacientes en consulta externa

**Servicios quiroprácticos**

Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio

Límite anual:

- Atención quiropráctica: 12 días

**Servicios de rehabilitación cardíaca**

Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio

Límite anual:

- Rehabilitación cardíaca: 36 días

**Instalaciones para enfermos terminales****Instalaciones para pacientes internados**

El plan paga el 80% ^

**Servicios para pacientes en consulta externa**

El plan paga el 80% ^

**Nota:** incluye asesoría por duelo como parte del programa de atención de enfermos terminales.

**Asesoría por duelo (por servicios no brindados como parte del programa de atención de enfermos terminales)**

Servicios proporcionados por un profesional de salud mental

Cubiertos por el beneficio de salud mental

**Medicamentos de especialidad médica****Instalaciones para pacientes en consulta externa**

El plan paga el 80% ^

**Consultorio del médico**

El plan paga el 100%

**En el hogar**

El plan paga el 80% ^

**Nota:** este beneficio únicamente se aplica al costo de los medicamentos de la terapia de infusión administrados. Este beneficio no cubre los cargos de la instalación, cargos profesionales o de la visita al consultorio relacionados.

**Beneficio****Dentro de la red**

**Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.**

**Maternidad**

|   |   |
|---|---|
| <b>Visita inicial para confirmar el embarazo</b>  | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio                   |
| <b>Todas las visitas prenatales, visitas posnatales y los cargos de parto del médico siguientes) (Tarifa total de maternidad)</b> | El plan paga el 80% ^   |
| <b>Visitas al consultorio además de la tarifa total de maternidad (prestadas por un obstetra/ginecólogo o especialista)</b>       | Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio                   |
| <b>Parto: instalaciones (hospital para pacientes internados, centro de maternidad)</b>  | Misma cobertura que la incluida en los beneficios del plan para pacientes internados en el hospital |

**Aborto**

|  |  |
|--|--|
| <b>Servicios de aborto</b><br><b>Nota: procedimientos provocados y no provocados</b> | La cobertura varía según el lugar del servicio |
|--|--|

**Planificación familiar**

|   |  |
|---|--|
| <b>Servicios para mujeres</b><br>Incluye dispositivos anticonceptivos según lo indique o recete un médico y servicios de esterilización quirúrgica, como la ligadura de las trompas (no incluye la reversión) | El plan paga el 100%                           |
| <b>Servicios para hombres</b><br>Incluye servicios de esterilización quirúrgica, como la vasectomía (no incluye la reversión)   | La cobertura varía según el lugar del servicio |

**Infertilidad**

|  |  |
|--|--|
| <b>Tratamiento para la infertilidad</b><br>Servicios de infertilidad cubiertos: exámenes de laboratorio y radiología, asesoría, tratamiento quirúrgico, incluye inseminación artificial y excluye fertilización in vitro, transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés), transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), etc. | La cobertura varía según el lugar del servicio |
|--|--|

**Otros servicios/instalaciones de atención médica**

|   |                       |
|---|-----------------------|
| <b>Atención médica en el hogar</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>Límite anual: 60 días (No se aplica el límite a las afecciones de salud mental y de alcoholismo y/o farmacodependencia).</li> <li>Máximo de 16 horas por día</li> </ul> <b>Nota: incluye la enfermería privada para pacientes en consulta externa si se aprueba como médicamente necesaria</b> | El plan paga el 80% ^ |
|---|-----------------------|

**Trasplantes de órganos**

|  |   |
|--|---|
| <b>Instalaciones hospitalarias para pacientes internados</b>   |   |
| Instalaciones de LifeSOURCE  | El plan paga el 100%  |
| Instalaciones que no sean de LifeSOURCE  | Misma cobertura que la incluida en los beneficios del plan para pacientes internados en el hospital |
| <b>Servicios profesionales para pacientes internados</b>   |   |
| Instalaciones de LifeSOURCE  | El plan paga el 100%  |
| Instalaciones que no sean de LifeSOURCE  | Misma cobertura que el beneficio de servicios profesionales para pacientes internados del plan      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Máximo de viaje - Instalaciones de Cigna LifeSOURCE Transplant Network® solamente: máximo ilimitado por trasplante de por vida</li> </ul> |   |
| <b>Equipo médico duradero</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>Límite anual: ilimitado</li> </ul>   | El plan paga el 80% ^   |

**Beneficio****Dentro de la red**

**Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.**

|  |  |
|--|--|
| <b>Equipos y suministros para la lactancia</b>   | El plan paga el 100%                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Limitados al alquiler de un sacaleches por nacimiento según lo indique o recete un médico.</li> <li>Incluye los suministros relacionados.</li> </ul>  |  |
| <b>Aparatos protésicos externos (EPA, por sus siglas en inglés)</b>  | El plan paga el 80% ^                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Límite anual: ilimitado</li> </ul>  |  |
| <b>Articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés)</b>  | La cobertura varía según el lugar del servicio |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Máximo de por vida ilimitado</li> </ul>   |  |
| <b>Nota: se proporciona de forma limitada, según el caso. No incluye aparatos y tratamiento de ortodoncia.</b>   |  |
| <b>Atención de rutina de los pies</b>  | Sin cobertura                                  |
| <b>Nota: los servicios asociados con el cuidado de los pies en los casos de diabetes y enfermedad vascular periférica están cubiertos en caso de ser aprobados como médicamente necesarios.</b>  |  |
| <b>Aparatos auditivos</b>  | El plan paga el 80% ^                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Máximo de \$1,500 por dispositivo (por oído)</li> <li>Máximo de 2 dispositivos (uno por oído) cada 24 meses</li> <li>Incluye examen y ajuste de aparatos auditivos cubiertos al costo compartido de una visita al consultorio del médico.</li> <li>Cobertura hasta los 18 años</li> </ul> |  |

**Salud mental y alcoholismo y/o farmacodependencia**

|  |                       |
|--|-----------------------|
| <b>Salud mental para pacientes internados</b>  | El plan paga el 80% ^ |
| <b>Servicios de salud mental para pacientes en consulta externa: consultorio del médico</b>                          | El plan paga el 100%  |
| <b>Servicios de salud mental para pacientes en consulta externa: todos los demás servicios</b>                       | El plan paga el 80% ^ |
| <b>Alcoholismo y/o farmacodependencia para pacientes internados</b>  | El plan paga el 80% ^ |
| <b>Servicios de alcoholismo y/o farmacodependencia para pacientes en consulta externa: consultorio del médico</b>    | El plan paga el 100%  |
| <b>Servicios de alcoholismo y/o farmacodependencia para pacientes en consulta externa: todos los demás servicios</b> | El plan paga el 80% ^ |

Límites anuales:

- Máximo ilimitado

**Notas:**

- Los servicios para pacientes internados incluyen el tratamiento residencial y agudo.
- Los servicios para pacientes en consulta externa en el consultorio del médico pueden incluir terapia individual, familiar y grupal, psicoterapia, administración de los medicamentos, etc.
- Todos los demás servicios para para pacientes en consulta externa pueden incluir hospitalización parcial, los servicios intensivos para pacientes en consulta externa, el análisis del comportamiento aplicado (ABA, por sus siglas en inglés), etc.
- Los servicios se pagan en un 100% una vez que alcance su desembolso máximo.



## Beneficio

## Dentro de la red

**Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.**

### Revisión de la utilización, administración de casos y programas de salud mental/alcoholismo y/o farmacodependencia

#### Cigna Total Behavioral Health: administración para pacientes internados y en consulta externa

- Revisión de la utilización y administración de casos para pacientes internados
- Revisión de la utilización y administración de casos para pacientes en consulta externa
- Hospitalización parcial
- Programas intensivos para pacientes en consulta externa
- Programa Changing Lives by Integrating Mind and Body (Cambio de vida integrando mente y cuerpo)
- Programas de control del estilo de vida: de control del estrés, para dejar el tabaco y de control del peso
- Administración de terapia de narcóticos
- Programa inMynd<sup>SM</sup>: una solución integral y holística para contribuir a reconocer y encontrar recursos para tratar afecciones de la salud del comportamiento.

## Farmacia

## Dentro de la red

### Costo compartido y suministro

#### Costo compartido de Cigna Pharmacy

- Minorista: suministro para hasta 90 días (salvo medicamentos de especialidad, suministro para hasta 30 días)
- Entrega a domicilio: suministro para hasta 90 días (salvo medicamentos de especialidad, suministro para hasta 30 días)

#### Minorista (suministro para 30 días):

Genéricos: usted paga \$5  
De marca preferida: usted paga \$40  
De marca no preferida: usted paga \$85

#### Minorista y entrega a domicilio (suministro para 90 días):

Genéricos: usted paga \$13  
De marca preferida: usted paga \$100  
De marca no preferida: usted paga \$213

- Los medicamentos minoristas para un suministro de 30 días pueden obtenerse dentro de la red en una gran variedad de farmacias en todo el país. Por el contrario, los medicamentos para un suministro de 90 días (como los medicamentos de mantenimiento) estarán disponibles en determinadas farmacias de la red.
- Programa Cigna 90 Now: usted puede optar por surtir sus medicamentos en un suministro para 30 o 90 días. Si opta por surtir una receta para 30 días, puede hacerlo en cualquier farmacia minorista de la red o a través de una farmacia de Home Delivery de la red. Si opta por surtir una receta para 90 días, debe hacerlo en una farmacia minorista de la red para 90 días o a través de una farmacia de Home Delivery de la red para que el plan la cubra.
- Este plan no cubrirá los beneficios de farmacia fuera de la red.
- Los medicamentos de especialidad se utilizan para tratar una enfermedad subyacente que se considera poco frecuente y crónica, que incluye, a modo de ejemplo, esclerosis múltiple, hepatitis C o artritis reumatoide. Los medicamentos de especialidad pueden incluir medicamentos de costo alto, así como medicamentos que pueden requerir de una manipulación especial y supervisión cercana al ser administrados.
- Cuando el paciente solicita un medicamento de marca, paga el costo compartido del medicamento de marca más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico, hasta el costo del medicamento de marca (a menos que el médico indique "Despachar según lo escrito").
- Sus beneficios de farmacia comparten un desembolso máximo con los beneficios médicos y de salud del comportamiento.
- Medicamentos de especialidad suministrados para entrega a domicilio a un costo compartido minorista (suministro para 30 días).

## Medicamentos cubiertos

### Lista de medicamentos que requieren receta médica:

Su Lista estándar de medicamentos que requieren receta médica de Cigna incluye una gran variedad de medicamentos: incluidos todos aquellos exigidos por las leyes de atención médica aplicables. Para consultar qué medicamentos están incluidos en su plan, inicie sesión en myCigna.com.

Algunos puntos destacados:

- La cobertura incluye medicamentos inyectables autoadministrados y medicamentos inyectables opcionales, pero no incluye medicamentos para tratar la infertilidad.
- Los dispositivos y medicamentos anticonceptivos están cubiertos dentro de los productos requeridos a nivel federal cubiertos al 100%.
- La insulina, las tiras reactivas para medir la glucosa, las lancetas, las agujas y las jeringas para insulina, y las plumas y los cartuchos de insulina están cubiertos.
- Los medicamentos para el estilo de vida; limitados a la disfunción sexual están cubiertos.

## Información sobre programas de farmacia

### Administración clínica de servicios de farmacia: esencial

Su plan cuenta con programas y requisitos de administración de medicamentos a fin de garantizar el acceso a medicamentos que han demostrado ser los más confiables y económicos para la afección médica y que se los recete de manera segura, por ejemplo:

- Requisitos de autorización previa.
- Tratamiento escalonado en algunas clases de medicaciones y medicamentos nuevos en el mercado.
- Límites de cantidad, entre ellos, requisitos de dosis diaria máxima, requisitos de cantidad en el tiempo, requisitos de duración del tratamiento y requisitos de optimización de la dosis.
- Requisitos de edad y requisitos de renovación temprana.
- Requisitos de exclusiones del plan.
- Los usuarios actuales de medicamentos de tratamiento escalonado podrán realizar un despacho de 30 días durante los primeros tres meses de cobertura antes de que se aplique el programa de tratamiento escalonado.
- Su plan incluye características de la administración de medicamentos de especialidad, como autorización previa y límites de cantidad, a fin de garantizar el acceso a los medicamentos de especialidad y que se los recete de manera segura.
- Para los afiliados que tienen afecciones complejas y que toman medicamentos de especialidad, ofreceremos la ayuda de los Centros de Recursos Terapéuticos Accredited (TRC, por sus siglas en inglés) para que proporcionen los medicamentos de especialidad y el asesoramiento sobre la afección. Para los afiliados que toman un medicamento de especialidad que no despacha Accredited, los expertos de Cigna se encargarán de proporcionar el medicamento de especialidad y el asesoramiento sobre la afección.

### Patient Assurance Program

Su plan incluye el programa Patient Assurance Program, que exime del pago del deducible y reduce la cantidad que usted debe por determinados medicamentos utilizados para tratar las afecciones crónicas incluidas en el programa. Además:

- Cualquier cantidad que pague por estos medicamentos solo cuenta para alcanzar su desembolso máximo.
- Cualquier descuento proporcionado por un fabricante para estos medicamentos solo cuenta para alcanzar su desembolso máximo.

## Información adicional

### Administración de casos

Coordinado por Cigna HealthCare. Este es un servicio diseñado para prestar ayuda a un paciente que esté en riesgo de desarrollar complicaciones médicas o para quien un incidente de salud haya precipitado una necesidad de rehabilitación o de apoyo de atención médica adicional. El programa intenta alcanzar un equilibrio entre una atención de calidad y económica, a la vez que se aumenta al máximo la calidad de vida del paciente.

## Información adicional

### Programa de Prevención de la Diabetes de Cigna en colaboración con Omada

El Programa de Prevención de la Diabetes de Cigna en colaboración con Omada es un programa para ayudar a evitar el inicio de la diabetes, así como los riesgos para la salud que podrían provocar enfermedades cardíacas o accidentes cerebrovasculares. El programa está cubierto por su plan de salud a nivel preventivo, al igual que para su visita de bienestar. Los participantes del programa tienen acceso a asesoría de salud virtual profesional, un grupo de apoyo en línea, clases interactivas y una balanza de tecnología inteligente. El programa le ayudará a hacer pequeños cambios en su alimentación, actividad, patrones de sueño y estrés para lograr una pérdida de peso saludable durante una serie de 16 clases semanales y herramientas para ayudarlo a mantener la pérdida de peso en el tiempo. También se le ofrecerá la oportunidad de inscribirse en un gimnasio por una cuota mensual baja y sin cuota de inscripción.

### Programa de oncología integral

- Asistencia para administración de la atención
- Administración de casos

Incluido

### Healthy Pregnancies/Healthy Babies

- Asistencia para administración de la atención
- Administración de casos para servicios de maternidad
- Administración de casos para servicios neonatales

\$150 (1.º trimestre) / \$75 (2.º trimestre): opción 3

### Cargos de servicios de emergencia fuera de la red

1. Los servicios de emergencia están cubiertos en el nivel de costo compartido dentro de la red, según lo exigido por la ley estatal o federal correspondiente, si se reciben servicios de un proveedor no participante (fuera de la red).
2. La cantidad permitida utilizada para determinar el pago de beneficios del plan por los servicios de emergencia cubiertos prestados en un hospital fuera de la red, o por un proveedor fuera de la red en un hospital dentro de la red, es la cantidad acordada por el proveedor fuera de la red y Cigna, o según lo exigido por la ley estatal o federal correspondiente.

El miembro es responsable de las cantidades aplicables de costos compartidos dentro de la red (cualquier deducible, copago o coaseguro). El miembro no es responsable de todos los cargos que pudieran hacerse en exceso de la cantidad permitida. Si el proveedor fuera de la red le factura un monto superior al monto que debe según lo indicado en la Explicación de Beneficios (EOB), comuníquese con el Servicio al Cliente de Cigna al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.

### Coordinación de Medicare

De conformidad con la Ley de Seguridad Social de 1965, este plan pagará como el plan secundario a las Partes A y B de Medicare de la siguiente manera:

- (a) un expleado, por ejemplo, un jubilado, un expleado incapacitado, un dependiente de un expleado o una pareja de hecho del empleado, que también sea elegible para Medicare y cuyo seguro continúa por cualquier motivo según lo dispuesto en este plan (incluida la continuación de COBRA).
- (b) un empleado, un expleado, un dependiente de un empleado o un dependiente de un expleado, que sea elegible para Medicare debido a la enfermedad renal terminal después de que dicha persona haya sido elegible para Medicare por 30 meses.

Cuando una persona es elegible para las Partes A y B de Medicare, según lo descrito anteriormente, este plan pagará como el plan secundario a las Partes A y B de Medicare **independientemente de si la persona está inscrita en las Partes A y B de Medicare e independientemente de si la persona busca la atención de un proveedor de Medicare o no para obtener los servicios cubiertos por Medicare.**

### Reducción por cirugía múltiple

Las cirugías múltiples realizadas en una sola sesión quirúrgica obtendrán un descuento del 50% en el pago de la cirugía de menor cargo. El procedimiento más costoso se paga como cualquier otra cirugía.

### One Guide

Disponible por teléfono o a través de la aplicación móvil de myCigna. One Guide le ayuda a navegar por el sistema de atención médica y a aprovechar al máximo sus beneficios y programas de salud.

## Información adicional

**Certificación previa – Revisión de estadía continua – Administración de la atención completa para pacientes internados:** se requiere para todas las admisiones de pacientes internados

Dentro de la red: coordinado por su médico

**Certificación previa – Administración de la atención completa – Autorización previa para pacientes en consulta externa:** se requiere para determinados procedimientos y pruebas de diagnóstico de pacientes en consulta externa

Dentro de la red: coordinado por su médico

No se aplica la **limitación por afección preexistente (PCL, por sus siglas en inglés)**.

## Definiciones

**Coaseguro:** una vez que haya alcanzado su deducible, usted y su plan comparten algunos de sus costos médicos. La parte de los gastos cubiertos de la cual usted es responsable se denomina coaseguro.

**Copago:** una tarifa fija que usted paga por determinados servicios cubiertos, como las visitas al médico o las recetas.

**Deducible:** cantidad fija en dólares que usted debe pagar de su bolsillo antes de que el plan comience a pagar los servicios.

**Desembolso máximo:** límites específicos a la cantidad total que pagará de su bolsillo antes de que deje de aplicarse el porcentaje de coaseguro de su plan. Una vez que alcance estas cantidades máximas, su plan pagará el 100% de los “cargos máximos reembolsables” o las tarifas negociadas por los servicios cubiertos.

**Lugar del servicio:** su plan paga en función del lugar donde recibe los servicios. Por ejemplo, para las estadías en un hospital, su cobertura se paga como paciente internado.

**Lista de medicamentos que requieren receta médica:** la lista de medicamentos de marca y genéricos que requieren receta médica y están cubiertos por su plan de farmacia.

**Servicios profesionales:** servicios prestados por cirujanos, asistentes de cirujanos, médicos del hospital, radiólogos, patólogos y anestesiólogos.

**Transición de la atención:** brinda cobertura de salud dentro de la red a nuevos afiliados cuando el médico del afiliado no es parte de la red de Cigna y existen razones clínicas aprobadas por las que el afiliado debe seguir atendándose con el mismo médico.

## Exclusiones

**Conceptos no cubiertos (la lista no es exhaustiva):**

Su plan brinda cobertura para la mayoría de los servicios médicamente necesarios. Se brinda la lista completa de exclusiones en su certificado o descripción resumida del plan. En la medida en la que pueda haber diferencias, rigen los términos del certificado o la descripción resumida del plan. Los servicios que su plan no cubre, a menos que lo exija la ley o que estén cubiertos por el beneficio de farmacia, incluyen (a modo de ejemplo):

- Atención de afecciones médicas que deben tratarse en instalaciones públicas según lo exigido por la ley estatal o local.
- Atención que debe ser brindada por un distrito escolar o un sistema escolar público según lo exigido por la ley estatal o federal.
- Atención de incapacidades relativas al servicio militar que puedan tratarse a través de servicios gubernamentales si usted tiene derecho a recibir dicho tratamiento en virtud de la ley y las instalaciones están disponibles desde un punto de vista razonable.
- Tratamiento de una enfermedad o lesión (que no sea para recibir servicios de cuidado de la salud básicos) como consecuencia de una guerra, declarada o no declarada.
- Cargos por los que no está obligado a pagar, por los que no recibirá una factura o por los que no le habrían facturado salvo que estuvieran cubiertos por este plan. Por ejemplo, si Cigna determina que un proveedor o una farmacia ha renunciado, reducido o perdonado cualquier parte de sus cargos y/o cualquier parte del copago, deducible y/o las cantidades de coaseguro, usted debe pagar el servicio cubierto (como se muestra en la Tabla) sin el consentimiento expreso de Cigna; luego Cigna, a su exclusivo criterio, tendrá el derecho a denegar el pago de los beneficios en relación con el servicio cubierto o a reducir los beneficios en proporción con la cantidad de copago, deducible y/o las cantidades de coaseguro renunciadas, perdonadas o reducidas, independientemente de si el proveedor o la farmacia describe que usted sigue siendo responsable de las cantidades que el plan no cubre. En el ejercicio de su criterio, Cigna tiene derecho a solicitarle que usted brinde pruebas suficientes de que ha realizado los pagos de costo compartido exigidos antes del pago de cualquier beneficio por parte de Cigna. Esta exclusión incluye, a modo de ejemplo, los cargos de proveedor no participantes que ha aceptado cobrarle o le cobró a usted a un nivel de beneficios dentro de la red o algún otro nivel de beneficios no aplicable de otra manera a los servicios recibidos.
- Los cargos que surjan o estén relacionados con alguna violación de una ley estatal o federal relacionada con la atención médica o aquellos que constituyan en sí mismos una violación de una ley estatal o federal relacionada con la atención médica.
- Asistencia con las actividades cotidianas, entre las que se incluyen, a modo de ejemplo, comer, bañarse, vestirse u otras actividades de Servicio de custodia o de cuidado personal, servicios domésticos y servicios que sean principalmente para descanso, cuidado en el hogar o de convalecencia.

## Exclusiones

- Gastos relacionados con servicios experimentales, de investigación o no comprobados.
- Los servicios experimentales, de investigación y no comprobados son tecnologías, suministros, tratamientos, procedimientos, terapias biológicas o de medicamentos o dispositivos de naturaleza médica, quirúrgica, diagnóstica, psiquiátrica, para alcoholismo y/o farmacodependencia u otros servicios de cuidado de la salud que el médico de revisión de la utilización determine que:
  - No han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) u otra agencia reguladora pertinente para su comercialización legal;
  - Su seguridad y eficacia para el tratamiento o diagnóstico de la afección o enfermedad para la cual se proponen no han sido probadas, mediante la literatura científica basada en evidencias y revisada por colegas médicos;
  - Están sujetos a revisión o aprobación por una Junta de revisión institucional para el uso propuesto, a excepción de lo dispuesto en las secciones “Estudios clínicos” de este plan; o
  - Están sujetos a un estudio clínico de fase I, II o III en curso, excepto los costos de atención de rutina del paciente relacionados con estudios clínicos calificados según lo dispuesto en la sección “Estudios clínicos” de este plan.
- A fin de determinar si cualquiera de dichas tecnologías, suministros, tratamientos, medicamentos o dispositivos biológicos o dispositivos son experimentales, de investigación y/o no comprobados, el médico de revisión de la utilización puede basarse en las políticas de cobertura clínica mantenidas por Cigna o la organización de revisión. Las políticas de cobertura clínica pueden incluir, sin limitación y según sea aplicable, criterios relacionados con etiquetado autorizado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, los compendios de referencia médica estándar y la literatura científica basada en evidencias y revisada por colegas médicos.
- El plan o la póliza no deben limitar o excluir la cobertura de un tratamiento farmacológico o biológico por ser experimental, encontrarse en investigación o no estar comprobado si el tratamiento farmacológico o biológico (a) está reconocido como seguro y eficaz para el tratamiento específico indicado de acuerdo con alguna de las siguientes referencias: las Evaluaciones de medicamentos de la Asociación Médica Estadounidense [American Medical Association]; la base de datos American Hospital Formulary Service; la publicación US Pharmacopoeia Dispensing Information [Información sobre despacho de medicamentos de la Farmacopea de los Estados Unidos]; o dos artículos de algunas de las principales revistas médicas profesionales revisadas por colegas médicos, que cumplan con los estándares periodísticos del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, si a esos artículos no los contradice evidencia presentada en otro artículo de una revista de las mismas características; (b) ha sido aprobado de otra forma por la FDA; y (c) no hay una contraindicación de la FDA para el uso indicado. La ley no les prohíbe usar listas de medicamentos a los planes de salud. La ley sí exige que se cubran los servicios médicos necesarios para administrar un medicamento.
- Cirugía y terapias estéticas. La cirugía o terapia estética se define como cirugía o terapia realizada para mejorar o alterar la apariencia o la autoestima.
- Los siguientes servicios se excluyen de la cobertura, sin importar las indicaciones clínicas: cirugías en caso de macromastia o ginecomastia; tratamiento quirúrgico de várices; cirugía de la pared abdominal; paniculectomía; rinoplastia; blefaroplastia; cirugía para retirar la piel sobrante; extirpación de papilomas cutáneos; acupresión; terapia cráneo-sacral/craneal; terapia de danza y terapia del movimiento; kinesiología aplicada; *rolfing* (masaje de tejido conectivo); proloterapia; y litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL, por sus siglas en inglés) para afecciones musculoesqueléticas y ortopédicas.
- Tratamiento de trastornos craneofaciales.
- El tratamiento dental de los dientes, las encías o las estructuras que soportan directamente los dientes, que incluye radiografías dentales, exámenes, reparaciones, ortodoncia, periodoncia, moldes, férulas por cualquier afección. Los cargos cobrados por servicios o suministros brindados por una lesión accidental de una pieza dental o en relación con dicha lesión están cubiertos siempre que se inicie un plan continuo de tratamiento dental dentro de los seis meses de un accidente. Además, los cargos cobrados por un médico por cualquiera de los siguientes procedimientos quirúrgicos están cubiertos: extracción de una muela de juicio impactada no erupcionada, incluida la extracción del hueso alveolar y el seccionamiento de la pieza dental; extracción de la raíz residual (cuando la realiza un dentista que no es el que extrajo el diente).
- Servicios médicos y quirúrgicos, iniciales y repetidos, que sirvan para el tratamiento o control de la obesidad, incluida la obesidad clínicamente grave (mórbida) tal como se indica en los Gastos cubiertos, que incluyen: servicios médicos y quirúrgicos para alterar la apariencia o cambios físicos que sean el resultado de cualquier cirugía realizada para el control de la obesidad o la obesidad clínicamente grave (mórbida); y programas o tratamientos para bajar de peso, ya sean recetados o recomendados por un médico o que se realicen bajo supervisión médica.

A menos que estén cubiertos de otro modo en este plan, los informes, evaluaciones, exámenes físicos u hospitalizaciones que no sean necesarios por razones de salud, que incluyen, a modo de ejemplo, las licencias de empleo, seguro o gubernamentales y evaluaciones ordenadas por el tribunal, forenses o de custodia, a menos que sea médicamente necesario y/o esté cubierto por las pautas federales de atención preventiva.

## Exclusiones

- Tratamiento u hospitalización ordenados por un tribunal, a menos que el tratamiento sea indicado por un médico y se encuentre en la lista de servicios cubiertos por este plan.
- Cualquier medicación, medicamento, servicio o suministro para el tratamiento de la disfunción sexual masculina o femenina, que incluye, a modo de ejemplo, el tratamiento de la disfunción eréctil (incluye implantes peneanos), anorgasmia y eyaculación precoz.
- Asesoría no médica y/o servicios auxiliares, que incluyen, a modo de ejemplo, los servicios asistenciales, servicios educativos, asesoramiento vocacional, capacitación y servicios de rehabilitación, entrenamiento del comportamiento, biorretroalimentación, neuroretroalimentación, hipnosis, terapia del sueño, servicios de retorno al trabajo, programas de reentrenamiento para el trabajo y cursos de seguridad vial.
- Suministros médicos de consumo distintos a los suministros de ostomía y catéteres urinarios. Los suministros no cubiertos incluyen, a modo de ejemplo, vendajes y otros artículos médicos desechables, preparaciones cutáneas y tiras reactivas, excepto según se especifica en las secciones “Servicios de salud en el hogar” o “Reconstrucción y prótesis de senos” de este plan.
- Habitaciones privadas en un hospital y/o enfermería privada, a excepción de lo que se especifica en la cláusula de servicios de salud en el hogar.
- Artículos personales o para hacer la vida más cómoda, como los kits de cuidado personal que se ofrecen al ser admitido en un hospital, televisión, teléfono, fotografías de recién nacidos, comidas de cortesía, avisos de nacimiento y otros artículos que no se utilizan para el tratamiento específico de una enfermedad o lesión.
- Elementos artificiales de asistencia, que incluyen, a modo de ejemplo, los zapatos de corrección ortopédica, plantillas anatómicas, medias elásticas, portalligas, corsés, dentaduras postizas y pelucas.
- Aparatos auditivos, que incluyen, a modo de ejemplo, dispositivos semiimplantables para la audición, aparatos auditivos de implante óseo y aparatos auditivos implantados en el hueso (BAHA, por sus siglas en inglés). Un aparato auditivo es cualquier tipo de dispositivo que amplifique el sonido.
- Ayudas o dispositivos que ayudan en la comunicación no verbal, entre ellos tableros de comunicación, dispositivos para hablar pre-grabados, computadoras portátiles, computadoras de escritorio, asistentes digitales personales (PDA, por sus siglas en inglés), máquinas para escribir en Braille, sistemas de alerta visual para sordos y libros para la memoria.
- Lentes correctivos y servicios asociados (exámenes y ajustes recetados), incluidos lentes y marcos de anteojos y lentes de contacto, excepto por el primer par de lentes correctivos y servicios asociados después de un tratamiento de queratocono o cirugía postcataratas.
- Refracción de rutina, ejercicios oculares y tratamiento quirúrgico para la corrección de un error de refracción, incluida una queratotomía radial.
- Tratamiento por acupuntura.
- Todos los medicamentos no inyectables que requieren receta médica, a menos que se requiera la administración o supervisión de parte de un médico, los medicamentos inyectables que requieren receta médica en la medida en la que no necesiten la supervisión del médico y se consideren comúnmente medicamentos autoadministrados, medicamentos que no requieren receta médica, y medicamentos de carácter experimental o en investigación, a excepción de lo que se especifica en este plan.
- Atención de rutina de los pies, que incluye el emparejamiento y la eliminación de callos y durezas o el recorte de uñas. Sin embargo, los servicios asociados con el cuidado de los pies en los casos de diabetes y enfermedad vascular periférica están cubiertos en caso de ser médicamente necesarios.
- Costos o cuotas de membresías relacionadas con clubes deportivos y programas para bajar de peso.
- Costos o cuotas de membresías relacionadas con programas para dejar de fumar, tales como los costos de un hipnotizador u orador inspiracional. Los cargos de sesiones de asesoría para dejar de fumar están cubiertos.
- Examen genético o examen genético de preimplantación. El diagnóstico genético general basado en la población es un método de prueba que se realiza cuando no hay ningún síntoma o ningún factor de riesgo significativo comprobado de enfermedades hereditarias de transmisión genética.
- Implantes dentales por cualquier afección.
- Pagos relacionados con la obtención o donación de sangre o derivados hematológicos, excepto para la donación autóloga cuando se prevén con anticipación ciertos servicios programados, cuando a criterio del médico de revisión de la utilización la probabilidad de la pérdida de sangre en exceso es tal que se espera que la cirugía traiga aparejada una transfusión.
- Administración de sangre con el propósito de mejorar la condición física general.
- Costos de sustancias biológicas, ya sean inmunizaciones o medicamentos para propósitos de viajes o para protegerse de riesgos y peligros ocupacionales. Excepto para inmunizaciones recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
- Cosméticos, suplementos alimenticios, y productos para la salud y belleza.
- Todos los suplementos alimenticios y fórmulas, excepto la fórmula para lactantes necesaria para el tratamiento de errores innatos del metabolismo.

## Exclusiones

- En relación con una lesión o enfermedad que surja con motivo de cualquier trabajo por un sueldo o ganancias, o durante su desempeño.
- Cargos por la prestación de servicios médicos y relacionados con la salud a través de tecnologías de telecomunicaciones, incluidos el teléfono e Internet, a menos que sean descritos específicamente en la sección "Gastos cubiertos". Sin embargo, están cubiertos los servicios de atención dental a distancia.
- Terapia de masaje.
- Determinados productos farmacológicos que sean un Equivalente terapéutico o una Alternativa terapéutica a otro(s) producto(s) farmacológico(s) y que sean administrados en relación con un servicio cubierto prestado en un establecimiento para pacientes internados o para pacientes en consulta externa, en el consultorio de un Médico o en un entorno de servicios de salud en el hogar. Dichas determinaciones podrán efectuarse periódicamente, y los beneficios para un Producto farmacológico que anteriormente estaba excluido conforme a esta disposición pueden restablecerse en cualquier momento.

### Estos son solo puntos sobresalientes

Este resumen describe los puntos sobresalientes de su plan. Para ver una lista completa de los servicios cubiertos y no cubiertos, incluidos los beneficios exigidos por su estado, consulte el certificado del seguro de su empleador, el acuerdo de servicio o la descripción resumida del plan, que son los documentos oficiales del plan. En caso de discrepancia entre este resumen y los documentos del plan, la información incluida en los documentos del plan prevalecerá.

*Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por las subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation. El nombre, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.*

EHB State: OH



# 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).