

RESUMEN DE BENEFICIOS



Cigna Health and Life Insurance Co.
Para: Power Component Systems, Inc.
Open Access Plus Plan
OAP Base

Fecha de entrada en vigor: 1 de febrero de 2024

Selección de un proveedor de cuidado primario: Es posible que su plan le exija o le permita designar a un proveedor de cuidado primario. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de cuidado primario que participe en la red, y que pueda aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Si su plan le exige que designe a un proveedor de cuidado primario, Cigna podrá designar uno por usted hasta que usted efectúe la designación correspondiente. Para obtener información sobre cómo seleccionar a un proveedor de cuidado primario y para ver una lista de los proveedores de cuidado primario participantes, visite www.mycigna.com o comuníquese con Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de ID. Para sus hijos, puede designar a un pediatra como el proveedor de cuidado primario.

Acceso directo a obstetras y ginecólogos: No necesita autorización previa del plan ni de ninguna otra persona (como un proveedor de cuidado primario) para acceder a la atención obstétrica o ginecológica brindada por un profesional de cuidado de la salud de nuestra red, especializado en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de cuidado de la salud 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 obtener una lista de los profesionales de cuidado de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, visite www.mycigna.com o comuníquese con Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de ID.

Aspectos principales del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
Máximo de por vida	Ilimitado.	Ilimitado.
Acumulación por año del plan	Los deducibles, desembolsos máximos y límites de niveles de beneficios de su plan se acumulan por año de contrato, a menos que se indique lo contrario. Además, todas las cantidades máximas del plan y las cantidades máximas por servicios específicos (costo e incidencia) se acumulan entre sí entre Dentro y Fuera de la red, a menos que se indique lo contrario.	
Coseguro del plan	El plan paga el 80%	El plan paga el 60%
Cargo máximo reembolsable	No corresponde	150%
Deducible del plan	Individual: \$2,000 Grupo familiar: \$4,000	Individual: \$4,000 Grupo familiar: \$8,000
<ul style="list-style-type: none"> 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. Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible y el coseguro del plan. Los miembros de la familia deben cumplir únicamente con su deducible individual y luego sus reclamos estarán cubiertos por el coseguro del plan; si se cumple con el deducible del grupo familiar antes de cumplir con el deducible individual, sus reclamos se pagarán con el coseguro del plan. 		
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^).		

Aspectos principales del plan		Dentro de la red	Fuera de la red
Desembolso máximo del plan		Individual: \$8,000 Grupo familiar: \$16,000	Individual: \$16,000 Grupo familiar: \$32,000
<ul style="list-style-type: none"> 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. El deducible del plan cuenta para su desembolso máximo. Todos los copagos/deducibles de los beneficios cuentan para su desembolso máximo. Los gastos cubiertos que cuentan para su desembolso máximo incluyen el coseguro pagado por el cliente y los cargos por servicios de salud mental y para trastornos de consumo de sustancias. Las multas por falta de cumplimiento fuera de la red o los cargos que exceden el Cargo máximo reembolsable no cuentan para el desembolso máximo. Una vez que cada miembro de la familia que cumpla con los requisitos alcance su desembolso máximo individual, el plan pagará el 100% de sus gastos cubiertos. O bien, una vez que se haya alcanzado el desembolso máximo del grupo familiar, el plan pagará el 100% de los gastos cubiertos de cada miembro de la familia que cumpla con los requisitos. Este plan incluye un desembolso máximo combinado del plan médico y de farmacia. 			
Beneficio		Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.			
Servicios del médico: visitas al consultorio			
Servicios del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)/Visita al consultorio	Copago de \$25, y el plan paga el 100%	El plan paga el 80% ^	
Servicios del médico especialista/Visita al consultorio	Copago de \$50, y el plan paga el 100%	El plan paga el 80% ^	
NOTA: Las visitas a obstetras y ginecólogos están sujetas al costo compartido que corresponda a un PCP o Especialista según el contrato que el proveedor tenga con Cigna (es decir, como PCP o como Especialista).			
Cirugía hecha en el consultorio del médico	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del 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 la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	
Nota: El copago del consultorio no se aplica si solo se proporciona suero para las alergias.			
Atención virtual			
Proveedores virtuales exclusivos - MDLIVE			
Servicios de atención virtual de urgencia de MDLIVE	Copago de \$25, y el plan paga el 100%	Sin cobertura	
<ul style="list-style-type: none"> Es posible que los proveedores virtuales exclusivos presten servicios pagaderos en virtud de otros beneficios (por ejemplo, cuidado preventivo, médico de cuidado primario, salud del comportamiento; dermatología/médico especialista). Los servicios de laboratorio relacionados con una visita virtual deben obtenerse a través de laboratorios exclusivos. Incluye cargos por la prestación de servicios médicos y relacionados con la salud y por consultas a proveedores virtuales exclusivos que sean médicamente apropiadas, mediante el uso de tecnologías de audio, video y tecnologías basadas en Internet seguras. 			
Servicios del médico virtuales: visitas al consultorio			
Servicios del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)/Visita al consultorio	Copago de \$25, y el plan paga el 100%	El plan paga el 80% ^	

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

Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.

Servicios del médico especialista/Visita al consultorio

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

El plan paga el 80% ^

- Los médicos pueden prestar servicios en forma virtual que son pagaderos en virtud de otros beneficios (por ejemplo, cuidado preventivo, servicios de terapia para pacientes ambulatorios).
- Incluye cargos por la prestación de servicios médicos y relacionados con la salud y por consultas que sean médicamente apropiadas, mediante el uso de tecnologías de audio, video y tecnologías basadas en Internet seguras, que son similares a los servicios de las visitas al consultorio que se brindan en persona.

NOTA: Las visitas a obstetras y ginecólogos están sujetas al costo compartido que corresponda a un PCP o Especialista según el contrato que el proveedor tenga con Cigna (es decir, como PCP o como Especialista).

Cuidado preventivo**Cuidado preventivo**

Desde el nacimiento hasta los 16 años

El plan paga el 100%

PCP: El plan paga el 80%
Especialista: El plan paga el 80%

A partir de los 17 años

El plan paga el 100%

PCP: El plan paga el 80% ^
Especialista: El plan paga el 80% ^

- Incluye la cobertura de servicios adicionales, como análisis de orina, ECG y otros análisis de laboratorio, que suplementan el beneficio de Cuidado preventivo estándar cuando se facturen como parte de la visita al consultorio.
- Límite anual: Ilimitado.

Vacunas

Desde el nacimiento hasta los 16 años

El plan paga el 100%

PCP: El plan paga el 80%
Especialista: El plan paga el 80%

A partir de los 17 años

El plan paga el 100%

PCP: El plan paga el 80% ^
Especialista: El plan paga el 80% ^**Mamografías, exámenes de Papanicolaou y pruebas de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés)**

El plan paga el 100%

Misma cobertura que la de otros servicios de radiografías y laboratorio, según el lugar del servicio

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

Pacientes hospitalizados**Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados**

El plan paga el 80% ^

El plan paga el 60% ^

Nota: Incluye todos los servicios de laboratorio y radiología, incluidas las imágenes radiológicas avanzadas y los medicamentos de especialidad con fines médicos.

Visitas o consultas al médico del hospital como paciente internado

El plan paga el 80% ^

El plan paga el 60% ^

Servicios profesionales para pacientes internados

El plan paga el 80% ^

El plan paga el 60% ^

- Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiistas.

Pacientes ambulatorios**Servicios en centros para pacientes ambulatorios**

El plan paga el 80% ^

El plan paga el 60% ^

Servicios profesionales para pacientes ambulatorios

El plan paga el 80% ^

El plan paga el 60% ^

- Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiistas.

Beneficio

Dentro de la red

Fuera de la red

Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.

Servicios de emergencia

<p>Sala de emergencias</p> <ul style="list-style-type: none"> Incluye servicios profesionales, y servicios de radiografías y/o laboratorio realizados en la Sala de emergencias y facturados por el centro como parte de la visita por una emergencia. El copago por visita no se aplica si es admitido. 	<p>Copago de \$200, y el plan paga el 80% ^</p>	<p>Copago de \$200, y el plan paga el 80% ^</p>
<p>Centro de cuidado de urgencia</p> <ul style="list-style-type: none"> Incluye servicios profesionales, y servicios de radiografías y/o laboratorio realizados en el Centro de cuidado de urgencia y facturados por el centro como parte de la visita de cuidado de urgencia. 	<p>Copago de \$60, y el plan paga el 100%</p>	<p>Copago de \$60, y el plan paga el 100%</p>
<p>Ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia utilizados como transporte que no sea de emergencia (p. ej., regreso del hospital al hogar) generalmente no están cubiertos.</p>	<p>El plan paga el 80% ^</p>	<p>El plan paga el 80% ^</p>

Servicios para pacientes internados en otros centros de cuidado de la salud

<p>Centro de cuidados especiales, hospital de rehabilitación, centros para afecciones subagudas</p> <ul style="list-style-type: none"> Límite anual: 60 días. 	<p>El plan paga el 80% ^</p>	<p>El plan paga el 60% ^</p>
---	------------------------------	------------------------------

Servicios de laboratorio

<p>Servicios del médico/Visita al consultorio</p>	<p>El plan paga el 80% ^</p>	<p>El plan paga el 60% ^</p>
<p>Laboratorio independiente</p>	<p>El plan paga el 80% ^</p>	<p>El plan paga el 60% ^</p>
<p>Centro para pacientes ambulatorios</p>	<p>El plan paga el 80% ^</p>	<p>El plan paga el 60% ^</p>

Servicios de radiología

<p>Servicios del médico/Visita al consultorio</p>	<p>El plan paga el 80% ^</p>	<p>El plan paga el 60% ^</p>
<p>Centro para pacientes ambulatorios</p>	<p>El plan paga el 80% ^</p>	<p>El plan paga el 60% ^</p>
<p>Imágenes radiológicas avanzadas (ARI, por sus siglas en inglés)</p>	<p>Incluye resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés), angiografías por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), tomografías computarizadas (CAT, por sus siglas en inglés) y tomografías por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés), etc.</p>	
<p>Centro para pacientes ambulatorios</p>	<p>El plan paga el 80% ^</p>	<p>El plan paga el 60% ^</p>
<p>Servicios del médico/Visita al consultorio</p>	<p>Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio</p>	<p>Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio</p>

Servicios de terapia para pacientes ambulatorios

<p>Servicios de terapia para pacientes ambulatorios</p>	<p>Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio</p>	<p>Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio</p>
<p>Límites anuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Todas las terapias combinadas; incluye rehabilitación cardíaca, terapia cognitiva, terapia ocupacional, fisioterapia, rehabilitación pulmonar y terapia del habla: 90 días. Servicios y dispositivos de habilitación para hijos dependientes menores de 19 años que necesiten conservar, aprender o mejorar habilidades y mejorar funciones para la vida cotidiana, hasta el final del mes en el que cumplen 19 años. Máximo ilimitado. Los límites no se aplican a afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. 		
<p>Nota: Los días de terapia, proporcionados como parte de un plan de cuidado de la salud en el hogar aprobado, se acumulan para el máximo de servicios de tratamiento ambulatorio aplicable.</p>		

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.		
Servicios quiroprácticos	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Límite anual:		
<ul style="list-style-type: none"> Atención quiropráctica: 20 días. 		
Atención de enfermos terminales		
Centros para pacientes internados	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios para pacientes ambulatorios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Nota: Incluye la asesoría por duelo cuando forma parte de un programa para enfermos terminales.		
Asesoría por duelo (para servicios no prestados como parte de un programa para enfermos terminales)		
Servicios proporcionados por un profesional de la salud mental	Cubiertos por el beneficio de salud mental	Cubiertos por el beneficio de salud mental
Medicamentos o productos farmacéuticos médicos		
Centro para pacientes ambulatorios	Usted paga el 20% (máximo de \$150 por suministro para 30 días) El plan paga el 80% ^	Usted paga el 40% (máximo de \$150 por suministro para 30 días) El plan paga el 60% ^
Consultorio del médico	El plan paga el 100%	Usted paga el 20% (máximo de \$150 por suministro para 30 días) El plan paga el 80% ^
En el hogar	Usted paga el 20% (máximo de \$150 por suministro para 30 días) El plan paga el 80% ^	Usted paga el 40% (máximo de \$150 por suministro para 30 días) El plan paga el 60% ^
Nota: Este beneficio se aplica únicamente al costo de los medicamentos de terapia de infusión que se administren. Este beneficio no cubre los cargos relacionados del centro, la visita al consultorio o el profesional.		
Maternidad		
Visita inicial para confirmar el embarazo	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Todas las visitas prenatales posteriores, visitas posnatales y los cargos de parto del médico (tarifa total de maternidad)	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Visitas al consultorio además de la tarifa total de maternidad (prestadas por un obstetra/ginecólogo o Especialista)	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Parto: Centro (Hospital para pacientes internados, Centro de maternidad)	Misma cobertura que la del beneficio de Hospital para pacientes internados del plan	Misma cobertura que la del beneficio de Hospital para pacientes internados del plan
Aborto		
Servicios relacionados con un aborto	El plan paga el 100%	El plan paga el 100%
Nota: Procedimientos provocados y no provocados.		

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

Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.

Planificación familiar**Servicios para mujeres**

El plan paga el 100%

La cobertura varía según el lugar del servicio.

Incluye dispositivos anticonceptivos según lo indique o recete un médico y los servicios de esterilización quirúrgica, como la ligadura de las trompas (no incluye la reversión).

Servicios para hombres

El plan paga el 100%

La cobertura varía según el lugar del servicio.

Incluye servicios de esterilización quirúrgica, como la vasectomía (no incluye la reversión).

Infertilidad**Tratamiento para la infertilidad**

La cobertura varía según el lugar del servicio.

La cobertura varía según el lugar del servicio.

Servicios de infertilidad cubiertos: exámenes de laboratorio y radiología, asesoría, tratamiento quirúrgico, incluye inseminación artificial, fertilización *in vitro*, transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés), transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), etc. Servicios para pacientes ambulatorios: La fertilización *in vitro* está cubierta hasta 3 intentos por nacimiento con vida.

- Máximo de por vida: Ilimitado.

Otros centros/servicios de cuidado de la salud**Cuidado de la salud en el hogar**

El plan paga el 80% ^

El plan paga el 60% ^

- Límite anual: 60 días (el límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias).

Nota: Incluye los servicios de una enfermera privada para pacientes ambulatorios cuando se aprueban como médicamente necesarios.

Trasplantes de órganos**Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados**

Centro de LifeSOURCE

El plan paga el 100%

No corresponde

Centro que no sea de LifeSOURCE

Misma cobertura que la del beneficio de Hospital para pacientes internados del plan

El plan paga el 80% ^

Servicios profesionales para pacientes internados

Centro de LifeSOURCE

El plan paga el 100%

No corresponde

Centro que no sea de LifeSOURCE

Misma cobertura que la del beneficio de Servicios profesionales para pacientes internados del plan

El plan paga el 80% ^

- Máximo para viajes - Centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network® únicamente: máximo ilimitado por trasplante de por vida.

Equipo médico duradero

- Límite anual: Ilimitado.

El plan paga el 80% ^

El plan paga el 60% ^

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%

El plan paga el 80% ^

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.		
Aparatos protésicos externos (EPA, por sus siglas en inglés)	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
<ul style="list-style-type: none"> Límite anual: Ilimitado. Aparatos protésicos externos que tengan por objeto reemplazar, en todo o en parte, un brazo, una pierna o un ojo: los niveles de beneficios serán iguales a los de los beneficios de cuidado primario. 		
Trastorno de la articulación temporomandibular (ATM)	La cobertura varía según el lugar del servicio.	La cobertura varía según el lugar del servicio.
<ul style="list-style-type: none"> Máximo ilimitado de por vida. 		
Nota: El tratamiento se proporciona en forma limitada, según el caso. Excluye aparatos y tratamiento de ortodoncia.		
Cuidado 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 cuando se aprueban como servicios médicamente necesarios.		
Aparatos auditivos	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
<ul style="list-style-type: none"> Límite anual: Ilimitado. Máximo de 2 dispositivos (uno por oído) cada 36 meses. Incluye pruebas y ajustes de dispositivos auditivos por el costo compartido de la visita al consultorio del médico. Cobertura hasta los 18 años. 		
Pelucas		
<ul style="list-style-type: none"> Una peluca cuando sea indicada por un oncólogo en el caso de pérdida del cabello como resultado de la quimioterapia o radioterapia para tratar el cáncer. 	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 80% ^
Acupuntura	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
<ul style="list-style-type: none"> Límite anual: 20 días. 		
Trastornos de salud mental y de consumo de sustancias		
Servicios de salud mental para pacientes internados	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios – Consultorio del médico	Copago de \$50, y el plan paga el 100%	El plan paga el 80% ^
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes internados	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios – Consultorio del médico	Copago de \$50, y el plan paga el 100%	El plan paga el 80% ^
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^

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

Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.

Límites anuales:

- Máximo ilimitado.

Notas:

- “Pacientes internados” incluye el tratamiento residencial y agudo para pacientes internados.
- “Pacientes ambulatorios – Consultorio del médico” puede incluir terapia individual, familiar y grupal, psicoterapia, manejo de medicamentos, etc.
- “Pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios” puede incluir hospitalización parcial, servicios intensivos para pacientes ambulatorios, terapia de análisis conductual 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 la cobertura para trastornos de salud mental y de consumo de sustancias: Los servicios médicos cubiertos mencionados arriba, que se reciben para diagnosticar o tratar una afección mental o un trastorno de consumo de sustancias, se pagarán de acuerdo con la sección titulada “Trastornos de salud mental y de consumo de sustancias”.

Revisión de la utilización, administración de casos y programas para trastornos de salud mental y de consumo de sustancias

Cigna Total Behavioral Health – Administración para pacientes internados y ambulatorios

- Revisión de la utilización y administración de casos para pacientes internados
- Revisión de la utilización y administración de casos para pacientes ambulatorios
- Hospitalización parcial
- Programas intensivos para pacientes ambulatorios
- Programa Changing Lives by Integrating Mind and Body (Cambiando vidas a través de la integración de la mente y el 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 inMyndSM: una solución holística integral que ayuda a reconocer afecciones de la salud del comportamiento y a encontrar recursos para tratarlas

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

Parte del costo que le corresponde y suministro

Parte del costo por Cigna Pharmacy

- Farmacia minorista: suministro para un máximo de 90 días
- Entrega a domicilio: suministro para un máximo de 90 días

Farmacia minorista (por suministro para 30 días):

Genéricos: Usted paga \$15
 De marca preferida: Usted paga \$35
 De marca no preferida: Usted paga \$60
 Especialidad: Usted paga \$80

Farmacia minorista y entrega a domicilio (por suministro para 90 días):

Genéricos: Usted paga \$30
 De marca preferida: Usted paga \$70
 De marca no preferida: Usted paga \$120
 Especialidad: Usted paga \$160

Farmacia minorista:

Usted paga el 20%
 Su plan paga el 80%

Entrega a domicilio:

Misma cobertura que Farmacia minorista fuera de la red

Farmacia

Dentro de la red

Fuera de la red

- Los medicamentos al por menor pueden obtenerse dentro de la red en una amplia selección de farmacias de todo el país.
- Usted puede optar por que le despachen sus medicamentos en suministros para 30 o 90 días en cualquier farmacia de la red.
- Los medicamentos de especialidad son medicamentos que se usan para tratar una enfermedad subyacente que se considera poco frecuente y crónica, como por ejemplo, la esclerosis múltiple, la hepatitis C o la artritis reumatoide. Los medicamentos de especialidad pueden incluir medicamentos de alto costo, además de medicamentos que pueden requerir una manipulación especial y una minuciosa supervisión durante su administración.
- Si 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 cubrir el costo del medicamento de marca (a menos que el médico indique "Dispense As Written", DAW, que significa "Despachar según lo indicado").
- Sus beneficios de farmacia comparten un desembolso máximo con los beneficios médicos/de salud del comportamiento.

Medicamentos preventivos:

Los medicamentos preventivos exigidos por la legislación federal no estarán sujetos al deducible y se proporcionarán sin cargo. Además, los medicamentos y productos preventivos genéricos dentro de la red incluidos en el Paquete Preventive Plus no estarán sujetos al deducible y se proporcionarán sin cargo. Esto puede aplicarse a medicamentos para tratar:

asma, reducción del colesterol, depresión, diabetes (incluidos los suministros para la diabetes y los suministros para monitores de glucosa continuos), enfermedades cardíacas y derrames cerebrales, presión arterial alta, obesidad, osteoporosis, abandono del consumo de tabaco, vitaminas prenatales y vitaminas con receta.

Para residentes de Delaware:

Para los planes de medicamentos con receta que incluyen un plan de medicamentos de pedido por correo (entrega a domicilio), el copago para un suministro para 90 días en una farmacia minorista o de pedido por correo será de tres veces el copago para un suministro para 30 días. El copago para un suministro para 90 días que se obtenga en una farmacia minorista o de pedido por correo será igual. El nivel de coseguro del plan de medicamentos de pedido por correo para un suministro para 90 días será el mismo que el nivel de coseguro minorista. Cada pedido o renovación de recetas se limitará a un suministro para un máximo de 90 días en una farmacia de pedido por correo o minorista participante, a menos que haya alguna limitación en el envase del fabricante del medicamento o en virtud de la ley aplicable.

Deducible de farmacia

- El deducible del plan de farmacia no se aplica a lo siguiente:
genéricos en farmacias minoristas, genéricos de entrega a domicilio.

Individual: \$1,000
Grupo familiar: \$2,000

Medicamentos cubiertos

Lista de medicamentos con receta:

La Lista de medicamentos con receta Standard de Cigna incluye una selección completa de medicamentos que incluye todos los medicamentos exigidos en virtud de las leyes de cuidado de la salud aplicables. Para consultar los medicamentos que incluye su plan, inicie sesión en myCigna.com.

Algunas características importantes:

- La cobertura incluye medicamentos inyectables autoadministrados y medicamentos inyectables opcionales, pero no incluye medicamentos para tratar la infertilidad.
- Los dispositivos y los medicamentos anticonceptivos están cubiertos, y los productos exigidos por la legislación federal están cubiertos en un 100%.
- Los medicamentos para el estilo de vida están cubiertos, limitados a la disfunción sexual.
- Los medicamentos orales para tratar la infertilidad están cubiertos.

Información sobre el programa de farmacia

Revisión clínica de servicios de farmacia: Essential

Su plan incluye programas y revisiones de gestión de medicamentos para garantizar la emisión segura de recetas y el acceso a medicamentos que se haya comprobado que son los más confiables y menos costosos para la afección médica que corresponda, tales como:

- Requisitos de autorización previa.
- Tratamiento escalonado para determinadas clases de medicamentos y drogas que recién hayan ingresado al mercado.
- Límites de cantidad, incluidas revisiones de dosis diaria máxima, revisiones de cantidad en el tiempo, revisiones de duración del tratamiento y revisiones de optimización de la dosis.
- Revisiones de edad y revisiones de renovación temprana.
- Revisiones de exclusión del plan.
- Los usuarios actuales de medicamentos sujetos a Tratamiento escalonado podrán despachar un suministro para 30 días durante los primeros tres meses de cobertura antes de que se aplique el programa de Tratamiento escalonado.
- Su plan incluye componentes de gestión de medicamentos de especialidad, tales como autorización previa y límites de cantidad, para garantizar la emisión segura de recetas y el acceso a medicamentos de especialidad.
- Para los clientes que tienen afecciones complejas y que toman medicamentos de especialidad, ofreceremos la ayuda de los Centros de Recursos Terapéuticos (TRC, por sus siglas en inglés) Accreddo para que proporcionen los medicamentos de especialidad y el asesoramiento sobre la afección. Para los clientes que toman un medicamento de especialidad que no despacha Accreddo, 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 que se usan para tratar 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 de productos farmacéuticos por 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 cuidado de la salud 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 ayudarlo a evitar la aparición de diabetes, así como riesgos para la salud que podrían provocar una enfermedad cardíaca o un derrame cerebral. El programa está cubierto por su plan de salud en el nivel preventivo, al igual que su visita de bienestar. Quienes participen en el programa tienen acceso a un asesor médico virtual profesional, un grupo de apoyo en línea, clases interactivas y una balanza con tecnología inteligente. El programa le ayudará a hacer pequeños cambios en los hábitos de alimentación, actividad y sueño y en el nivel de estrés para lograr bajar de peso de manera saludable, a lo largo de una serie de 16 clases semanales y mediante herramientas para ayudarlo a no volver a subir. También se le ofrecerá la oportunidad de inscribirse en un gimnasio por una cuota mensual baja y sin matrícula 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 servicios fuera de la red se basa en la cantidad que resulte menor entre el cargo normal del profesional de cuidado de la salud por un servicio similar o un porcentaje de una tabla de tarifas (150%) 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 en 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 basará en la cantidad que resulte menor entre el cargo normal del profesional de cuidado de la salud por un servicio similar, o un percentil (80) de los cargos cobrados por los profesionales de cuidado de la salud que ofrecen ese servicio o suministro en el área geográfica donde se reciba. Si no se dispone de suficientes datos sobre cargos en la base de datos para esa área geográfica a fin de determinar el cargo máximo reembolsable, podrán usarse los datos incluidos en la base de datos para un servicio similar. Los servicios fuera de la red están sujetos a un deducible por año de contrato y a las limitaciones del cargo máximo reembolsable.

Cargos por servicios de emergencia fuera de la red

1. Los servicios de emergencia están cubiertos en el nivel de los costos compartidos dentro de la red según lo exigido por la ley estatal o federal aplicable si se reciben a través de un proveedor no participante (fuera de la red).
2. La cantidad permitida que se usa para determinar el pago de beneficios del plan por 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 aplicable.

El miembro es responsable de las cantidades de costo compartido dentro de la red aplicables (el deducible, copago o coseguro que corresponda). El miembro no es responsable de los cargos incurridos que superen la cantidad permitida. Si el proveedor fuera de la red le factura una cantidad superior a la que usted debe según lo que se indica en la Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés), comuníquese con Servicio al Cliente de Cigna al número de teléfono que aparece en su tarjeta de ID.

Coordinación con Medicare

De conformidad con la Ley del Seguro Social de 1965, este plan pagará como Plan secundario de las Partes A y B de Medicare, en los siguientes casos:

- (a) un expleado, como un jubilado, un expleado incapacitado, el dependiente de un expleado o la pareja de hecho de un empleado, que también cumpla con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare y cuyo seguro continúe por algún motivo según lo dispuesto en este plan (incluida la continuación en virtud de COBRA);
- (b) un empleado, un expleado, el dependiente de un empleado o el dependiente de un expleado, que cumpla con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare debido a una enfermedad renal terminal, después de que esa persona haya cumplido con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare durante 30 meses.

Cuando una persona cumpla con los requisitos para las Partes A y B de Medicare según lo descrito arriba, este plan pagará como Plan secundario de las Partes A y B de Medicare **independientemente de si la persona efectivamente está inscrita en la Parte A y/o la Parte B de Medicare e independientemente de si la persona solicita atención en un proveedor de Medicare o no para recibir 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 costo. El procedimiento más costoso se paga como cualquier otra cirugía.

One Guide

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

Información adicional

Precertificación – Revisión de estadia continua – Complete Care Management 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 cliente 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.

Precertificación – Complete Care Management – Autorización previa para pacientes ambulatorios: se requiere para determinados procedimientos y pruebas de diagnóstico de pacientes ambulatorios.

Dentro de la red: coordinado por su médico.

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

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

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

Solución de bienestar: Core Plus

- Evaluación de la salud
- Integración de dispositivos/aplicaciones
- Contenido en línea personalizado y acciones basadas en datos
- Desafíos/conexiones sociales

Definiciones

Coseguro: 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 coseguro.

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 cubiertos.

Desembolso máximo: Límites específicos a la cantidad total que pagará de su bolsillo antes de que deje de aplicarse el porcentaje de coseguro 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 estadias en un hospital, su cobertura se paga como paciente internado.

Lista de medicamentos con receta: La lista de medicamentos de marca y genéricos con receta que están cubiertos por su plan de farmacia.

Servicios profesionales: Servicios prestados por cirujanos, cirujanos auxiliares, médicos de hospitales, radiólogos, patólogos y anestesiólogos.

Transición de la atención: Brinda cobertura de salud dentro de la red a nuevos clientes cuando el médico del cliente no es parte de la red de Cigna y existen razones clínicas aprobadas por las que el cliente 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):

- Cuidado que debe ser brindado por un sistema escolar o un distrito escolar público, según lo exigido por la ley estatal o federal. Los servicios de cuidado de la salud del comportamiento proporcionados por un Proveedor participante no serán denegados únicamente porque se prestaron en una escuela pública o a través de un centro de salud escolar.
- 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 hay centros disponibles desde un punto de vista razonable.
- Tratamiento de una Enfermedad o Lesión como consecuencia de una guerra, declarada o no declarada.

Exclusiones

- Cargos que no tiene la obligación de 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 Farmacia le han eximido del pago de una parte de sus cargos y/o una parte de las cantidades del Copago, Deducible y/o Coseguro que usted debe pagar por un Gasto cubierto (como se muestra en el Programa) sin el consentimiento expreso de Cigna, o las ha reducido o perdonado, Cigna tendrá derecho, a su entera discreción, a denegar el pago de beneficios en relación con el Gasto cubierto, o reducir los beneficios en proporción a las cantidades del Copago, Deducible y/o Coseguro que se hayan eximido, perdonado o reducido, sin importar si el proveedor o la Farmacia manifiestan que usted sigue siendo responsable de las cantidades que su plan no cubra. Esta exclusión incluye, a modo de ejemplo, los cargos de un Proveedor no participante, que superan los acordados, si el proveedor ha aceptado cobrarle o le ha cobrado según un nivel de beneficios dentro de la red u otro nivel de beneficios que, de lo contrario, no se aplicaría a los servicios recibidos.
- 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.
- Gastos relacionados con servicios que estén en etapa experimental o en investigación o no hayan sido comprobados.
- Los servicios experimentales, en investigación y no comprobados son: tecnologías, suministros, tratamientos, procedimientos, o tratamientos o dispositivos farmacológicos o biológicos para fines médicos, quirúrgicos, de diagnóstico, psiquiátricos, para trastornos de consumo de sustancias, u otros fines relacionados con el cuidado de la salud que el Médico de revisión de la utilización determine que:
 - o no han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos u otra agencia reguladora pertinente para su comercialización legal;
 - o 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 existente basada en evidencias y revisada por colegas médicos;
 - o están sujetos a revisión o aprobación por una Junta de Revisión Institucional para el uso propuesto, a excepción de lo dispuesto en la sección “Estudios clínicos” de este plan; o
 - o están sujetos a un estudio clínico de fase I, II, III o IV en curso, a excepción de los costos de cuidado de rutina de los pacientes relacionados con estudios clínicos calificados, según lo dispuesto en la sección “Estudios clínicos” de este plan.
 - o Para determinar si dichas tecnologías, suministros, tratamientos, o tratamientos o dispositivos farmacológicos o biológicos son experimentales, se encuentran en investigación o no están comprobados, el Médico de revisión de la utilización podrá basarse en las políticas de cobertura clínica mantenidas por Cigna o la Organización de Revisión. Las políticas de cobertura clínica pueden incorporar, sin limitación y según corresponda, criterios relacionados con el etiquetado aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, compendios de referencia médica estándar o en la literatura médica o las pautas basadas en evidencias y revisadas por colegas médicos.
- El plan o la póliza no deben denegar la cobertura de un tratamiento farmacológico o biológico por ser experimental, encontrarse en investigación o no estar comprobado si el tratamiento farmacológico o biológico está aprobado por la FDA para su comercialización legal, no ha sido contraindicado por la FDA para el uso para el que se indicó el medicamento o el tratamiento biológico, y se ofrece en un estudio clínico aprobado por uno de los siguientes:
 - o los Institutos Nacionales de Salud (NIH, por sus siglas en inglés);
 - o un grupo cooperativo de los NIH o un centro de los NIH;
 - o la FDA en la forma de una solicitud de medicamento nuevo en investigación;
 - o el Departamento de Asuntos de Veteranos federal; o
 - o una Junta de Revisión Institucional de una institución en el estado que tenga un contrato de aseguramiento de múltiples proyectos aprobado por la Oficina de Protección Frente a Riesgos de Investigación de los NIH.
- Cirugía y terapias estéticas, excepto según se especifica en la sección “Reconstrucción y prótesis de senos” de este plan. Se designa cirugía o tratamiento estético a la cirugía o el tratamiento realizados 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; paniclectomía; rinoplastia; blefaroplastia; cirugía para retirar piel sobrante; extirpación de papilomas cutáneos; acupresión; terapia craneosacral/craneal; danzaterapia 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, periodoncia, moldes, férulas y servicios para maloclusión dental, por cualquier afección. Sin embargo, los cargos cobrados por un plan continuo de tratamiento dental debido a una lesión accidental de piezas dentales están cubiertos. Además, los cargos cobrados por un Médico por cualquiera de los siguientes procedimientos quirúrgicos están cubiertos: extracción de una pieza dental 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 la pieza dental). Los cargos por servicios de ortodoncia, cirugía bucal, y tratamiento otológico, audiológico y del habla y el lenguaje, tanto para pacientes internados como ambulatorios, relacionados con el tratamiento de un defecto de nacimiento conocido como labio leporino o paladar leporino, o ambos, están cubiertos. Los cargos por el diagnóstico o procedimientos quirúrgicos relacionados con un hueso o una articulación del rostro, del cuello o de la cabeza si, en virtud de los estándares aceptados de la profesión del Proveedor de cuidado de la salud que presta el servicio, el procedimiento es médicamente necesario para tratar una afección ocasionada por una anomalía congénita, una enfermedad o una lesión, están cubiertos.

02/01/2024

MD

Open Access Plus - OAP Base

Exclusiones

- Servicios médicos y quirúrgicos que sirvan para el tratamiento o control de la obesidad, excepto según lo dispuesto en “Gastos cubiertos”.
- A menos que este plan los cubra de otra manera, por 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 juez, forenses o de custodia.
- Tratamiento u hospitalización ordenados por un juez, a menos que el tratamiento sea indicado por un Médico y se encuentre en la lista de servicios cubiertos por este plan.
- Todo reclamo, factura u otra demanda o solicitud de pago por servicios de cuidado de la salud que la junta reguladora apropiada determine que se proporcionaron como resultado de una referencia prohibida por el Artículo sobre Ocupaciones de la Salud de Maryland (Maryland Health Occupations Article).
- 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 penianos), anorgasmia y eyaculación precoz.
- El cuidado 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. No obstante, esta exclusión no se aplica a los cargos por servicios de hospitalización para pacientes internados y visitas a domicilio, con respecto a un recién nacido, según lo dispuesto en la sección “Gastos cubiertos”.
- Asesoría o servicios auxiliares no médicos, que incluyen, a modo de ejemplo, los Servicios de custodia, servicios educativos, asesoría vocacional, servicios de capacitación y 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, a excepción de los suministros para estoma, catéteres urinarios, equipos, suministros, terapia descongestiva compleja y prendas de compresión por gradiente para el tratamiento del linfedema o que estén cubiertos en virtud de alguna otra disposición. 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 cuidado de la salud en el hogar” o “Reconstrucción y prótesis de senos” de este plan.
- Habitaciones privadas en un Hospital cuyas tarifas superen las aprobadas por la Comisión de Revisión de Costos de Servicios de Salud y/o servicios de una enfermera privada, a excepción de lo que se especifica en la cláusula Servicios de cuidado de la salud en el hogar
- Artículos personales o para hacer la vida más cómoda, como los juegos 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, específicamente: calzado ortopédico, plantillas anatómicas, medias elásticas, portaliagas, corsés, dentaduras y Dentaduras postizas, excepto que se disponga lo contrario en “Gastos cubiertos”.
- 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 correctivos y servicios asociados (exámenes y ajustes recetados), incluidos cristales y marcos de anteojos y lentes de contacto (excepto por el primer par de lentes correctivos o el primer juego de cristales y marcos para anteojos, y servicios asociados para el tratamiento de queratocono o una cirugía de cataratas).
- Refracciones de rutina, ejercicios oculares y tratamiento quirúrgico para la corrección de un error de refracción, incluida una queratotomía radial.
- Todos los medicamentos con receta no inyectables, a menos que se necesite la supervisión de un Médico o que un Médico los administre, los medicamentos con receta inyectables en la medida que no necesiten la supervisión de un Médico y se consideren comúnmente medicamentos autoadministrados, los medicamentos sin receta, y los medicamentos de carácter experimental o en investigación, a excepción de lo que se especifica en este plan.
- Cuidado de rutina de los pies, que incluye el emparejamiento y la eliminación de callos y durezas, y el mantenimiento de las uñas de los pies. Sin embargo, los servicios de cuidado de los pies para diabetes, neuropatías periféricas y enfermedad vascular periférica están cubiertos.

Exclusiones

- Costos o cuotas de membresías relacionadas con clubes deportivos, programas para bajar de peso y programas para dejar de fumar.
- Exámenes genéticos o exámenes genéticos 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 vacunas o medicamentos para viajes o para protegerse de riesgos y peligros ocupacionales.
- Cosméticos, suplementos alimenticios (excepto alimentos médicos y productos alimenticios modificados y fórmula elemental a base de aminoácidos según lo dispuesto en la sección "Gastos cubiertos") y productos para la salud y belleza.
- Alimentos y suministros para alimentación por sonda, y alimentos médicos especialmente formulados, con receta y sin receta, 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.
- Terapia de masajes.

Estos son solo los puntos más destacados

Este resumen describe los puntos más destacados 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, el acuerdo de servicios o la descripción resumida del plan de su empleador, 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 subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a 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.

EHB Estado: MD

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura médica

Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. Cigna no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad 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 de piel, nacionalidad, edad, incapacidad 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 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 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. 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. لعلاء 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 dèyè 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せん。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 ناشنوايان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Este es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite www.cigna.com/sp. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [delineados](#), consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.pdf o llamar al 1-800-Cigna24 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	Para proveedores dentro de la red : \$2,000/persona o \$4,000/familia Para proveedores fuera de la red : \$4,000/persona u \$8,000/familia	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros miembros de la familia en el plan , cada uno deberá alcanzar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos de deducible que hayan pagado todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. La atención preventiva y las vacunas dentro de la red, la atención preventiva y las vacunas hasta los 16 años fuera de la red, las visitas al consultorio, los medicamentos que requieren receta médica genéricos dentro de la red y las visitas a instalaciones de atención de medicamentos preventivos genéricos urgencia dentro de la red.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	Sí. \$1,000/persona o \$2,000/familia para medicamentos que requieren receta médica . No hay otros deducibles específicos.	Usted debe pagar todos los costos por estos servicios hasta la cantidad del deducible específico antes de que el plan comience a pagar por ellos.
¿Cuál es el límite a los gastos directos del bolsillo de este plan ?	Para proveedores dentro de la red : \$8,000/persona o \$16,000/familia Para proveedores fuera de la red : \$16,000/persona o \$32,000/familia Límite a los gastos directos del bolsillo médico/de salud del comportamiento y de farmacia combinado.	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de la familia en este plan , ellos tienen que alcanzar sus propios límites a los gastos directos del bolsillo hasta que se alcance el límite a los gastos directos del bolsillo general familiar.
¿Qué no incluye el límite a los gastos directos del bolsillo ?	Las multas por falta de autorización previa de los servicios, las primas , los cargos por facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite a los gastos directos del bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí. Vea www.cigna.com o llame al 1-800-Cigna24 para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan usa una lista de proveedores dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$25/visita No se aplica ningún deducible	Coseguro del 20%	Ninguna
	Visita al especialista	Copago de \$50/visita No se aplica ningún deducible	Coseguro del 20%	Ninguna
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo/visita**	Coseguro del 20%/visita**	Cobertura desde el nacimiento hasta los 16 años
		Sin cargo/visita**	Coseguro del 20%/visita	Cobertura a partir de los 17 años
		Sin cargo/ examen de detección **	Coseguro del 20%/ examen de detección **	Cobertura desde el nacimiento hasta los 16 años
		Sin cargo/ examen de detección **	Coseguro del 20%/ examen de detección **	Cobertura a partir de los 17 años
Sin cargo/vacunas**	Coseguro del 20%/vacunas**	Cobertura desde el nacimiento hasta los 16 años		
Sin cargo/vacunas**	Coseguro del 20%/vacunas	Cobertura a partir de los 17 años		
	**No se aplica ningún deducible	**No se aplica ningún deducible	Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su plan .	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.cigna.com	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Copago de \$15/receta (farmacia minorista, 30 días), copago de \$30/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días) No se aplica ningún deducible	Coseguro del 20%/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio)	La cobertura se limita a un suministro para un máximo de 90 días (farmacia minorista y entrega a domicilio). Es posible que se apliquen algunas limitaciones, como por ejemplo, autorización previa, tratamiento escalonado y límites de cantidad. Para los medicamentos del programa Patient Assurance Program de Cigna, es posible que pague menos que los montos de costos compartidos indicados para las farmacias minoristas o para la entrega a domicilio. Los medicamentos preventivos requeridos por el gobierno federal dentro de la red se proporcionarán sin cargo.
	Medicamentos de marcas preferidas (nivel 2)	Copago de \$35/receta (farmacia minorista, 30 días), copago de \$70/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días)	Coseguro del 20%/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio)	
	Medicamentos de marcas no preferidas (nivel 3)	Copago de \$60/receta (farmacia minorista, 30 días), copago de \$120/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días)	Coseguro del 20%/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio)	
	Medicamentos especializados (nivel 4)	Copago de \$80/receta (farmacia minorista, 30 días), copago de \$160/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días)	Coseguro del 20%/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio)	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de \$200/visita, más un coseguro del 20%	Copago de \$200/visita, más un coseguro del 20%	El copago por visita no se aplica si es admitido. Los servicios fuera de la red se pagan al costo compartido y el deducible dentro de la red.
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Los servicios de ambulancia aérea fuera de la red se pagan al costo compartido y el deducible dentro de la red.
	Atención de urgencia	Copago de \$60/visita No se aplica ningún deducible	Copago de \$60/visita No se aplica ningún deducible	Ninguna
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Copago de \$50/visita al consultorio** Coseguro del 20%/todos los demás servicios **No se aplica ningún deducible	Coseguro del 20%/visita al consultorio Coseguro del 40%/todos los demás servicios	Multa del 50% si no se precertifican los servicios fuera de la red que no son de rutina (por ejemplo, hospitalización parcial, etc.). Incluye servicios médicos para diagnósticos de salud mental/toxicomanías.
	Servicios internos	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red. Incluye servicios médicos para diagnósticos de salud mental/toxicomanías.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Se aplican los niveles de beneficios de la atención primaria o de especialistas a la visita inicial para confirmar el embarazo. El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Según el tipo de servicio, es posible que se aplique un copago , coseguro o deducible . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios que están descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, sonogramas).
	Servicios de parto profesionales	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención de la salud en el hogar	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 60 días por año. (El límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias).
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$25/visita al PCP** Copago de \$50/visita al especialista ** **No se aplica ningún deducible	Coseguro del 20%/visita al PCP Coseguro del 20%/visita al especialista	Multa del 50% por no precertificar servicios de terapia del habla fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de: 90 días para servicios de rehabilitación y de rehabilitación cardíaca; 20 días para servicios de atención quiropráctica. No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.
	Servicios de habilitación	Copago de \$25/visita al PCP** Copago de \$50/visita al especialista ** **No se aplica ningún deducible	Coseguro del 20%/visita al PCP Coseguro del 20%/visita al especialista	Multa del 50% por no precertificar servicios de terapia del habla fuera de la red. Los servicios están cubiertos cuando son médicamente necesarios para tratar una afección mental (p. ej., autismo) o para niños menores de 19 años que necesiten mantener habilidades o mejorar funciones para su vida diaria. No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.
	Cuidado de enfermería especializada	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 60 días por año.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Coseguro del 20%/servicios para pacientes internados Coseguro del 20%/servicios para pacientes en consulta externa	Coseguro del 40%/servicios para pacientes internados Coseguro del 40%/servicios para pacientes en consulta externa	Multa del 50% por no precertificar servicios para enfermos terminales para pacientes internados fuera de la red.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos).		
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía estética • Atención dental (adultos) • Atención dental (niños) • Atención de la vista (niños) 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención a largo plazo • Atención que no sea de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos • Enfermería de práctica privada 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de la vista de rutina (adultos) • Atención de los pies de rutina • Programas para bajar de peso
Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura (20 días) • Cirugía bariátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica (20 días) • Aparatos auditivos (2 dispositivos [uno por oído] cada 36 meses, hasta los 18 años) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para la infertilidad: fecundación in vitro (hasta 3 intentos por recién nacido vivo)

Sus derechos a continuar con su cobertura:

Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Departamento de Seguros de Maryland llamando al 1-800-492-6116 y Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguro Médico](#). Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:

Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle un [reclamo](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Servicio al Cliente de Cigna al 1-800-Cigna24. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o ingresando en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con el Departamento de Seguros de Maryland llamando al 1-800-492-6116. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su [apelación](#). Comuníquese con: Oficina del Fiscal General de Maryland, al (410) 528-8662.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras políticas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otra cierta cobertura. Si califica para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no califique para el [crédito fiscal para las primas](#).

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

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

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

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

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

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$2,000
■ Copago de especialista	\$50
■ Coseguro de hospital (instalaciones)	20%
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
[Pruebas diagnósticas](#) (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$2,000
Copagos	\$40
Coseguro	\$2,100
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es	\$4,160

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El deducible general del plan	\$2,000
■ Copago de especialista	\$50
■ Coseguro de hospital (instalaciones)	20%
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico primario](#) (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
[Pruebas diagnósticas](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos por recetas](#)
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$5,600
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$120
Copagos	\$800
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$40
El total que Joe pagaría es	\$960

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$2,000
■ Copago de especialista	\$50
■ Coseguro de hospital (instalaciones)	20%
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Sala de emergencias](#) (*incluye materiales médicos*)
[Prueba diagnóstica](#) (*radiografía*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$2,800
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,850
Copagos	\$500
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,350

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

Nombre del Plan: Power Component Systems, Inc. OAP Base **Ben Ver:** 29 **Plan ID:** 28755773 HP-POL/HP-APP 9/23/12

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO DE MANERA INTENCIONAL.

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura médica

Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. Cigna no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad 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 de piel, nacionalidad, edad, incapacidad 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 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 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. لعلاء 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 dèyè 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 ناشنویان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).