

**Cigna Health and Life Insurance Co.: Choice Fund Open Access Plus IN HSA**

**Período de cobertura: 7/1/2016 - 6/30/2017**

**Resumen de beneficios y cobertura:** Qué cubre este plan y cuánto cuesta

**Cobertura:** Individual/Individual + grupo familiar | **Tipo de plan:** OAP



**Esto es solamente un resumen.** Si desea más detalles acerca de su cobertura y los costos, puede obtener los términos completos en la póliza o la documentación del plan en [www.cigna.com/sp/](http://www.cigna.com/sp/) o llamando al 1-800-Cigna24.

| Preguntas importantes   | Respuestas  | Por qué es importante  |
|---|---|--|
| ¿Cuál es el <b>deducible</b> general?                                 | Para proveedores dentro de la red: <b>\$1,500</b> por persona/<br><b>\$3,000</b> por grupo familiar.<br>Se aplica el deducible por persona cuando el empleado es la única persona cubierta por el plan.<br>No se aplica a atención preventiva dentro de la red ni inmunizaciones. | Usted debe pagar todos los costos hasta la cantidad del <b>deducible</b> antes de que el plan comience a pagar los servicios cubiertos que usted use. Consulte su póliza o la documentación del plan para ver cuándo comienza a contar el <b>deducible</b> (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Consulte la tabla que comienza en la página 2 para saber cuánto paga usted por los servicios cubiertos después de alcanzar el <b>deducible</b> .  |
| ¿Existen otros <b>deducibles</b> por servicios específicos?           | No.   | No es necesario que cumpla con <b>deducibles</b> para servicios específicos, pero consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer otros costos correspondientes a servicios cubiertos por este plan.  |
| ¿Existe algún <b>límite de desembolso</b> en mis gastos?              | Sí. Para proveedores dentro de la red: <b>\$3,000</b> por persona/<br><b>\$6,000</b> por grupo familiar.<br>Para los medicamentos que requieren receta médica dentro de la red, <b>\$6,000</b> por grupo familiar.  | El <b>límite de desembolso</b> es el máximo que usted podría pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar los gastos de atención médica.   |
| ¿Qué conceptos no están incluidos en el <b>límite de desembolso</b> ? | La prima, los cargos por facturación de saldos y los servicios de atención médica que este plan no cubra.   | Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <b>límite de desembolso</b> .  |
| ¿Existe algún límite anual general en lo que el plan paga?            | No.   | La tabla que comienza en la página 2 describe los límites respecto de lo que el plan pagará por servicios cubiertos <i>específicos</i> , como visitas al consultorio.  |
| ¿Este plan usa una <b>red</b> de proveedores?                         | Sí. Para obtener una lista de los proveedores participantes, consulte <a href="http://www.myCigna.com">www.myCigna.com</a> o llame al 1-800-Cigna24.  | Si usa un médico u otro <b>proveedor</b> de atención médica dentro de la red, este plan pagará parte o la totalidad de los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que es posible que su médico u hospital dentro de la red use un <b>proveedor</b> fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan los términos dentro de la red, <b>preferido</b> o participante para referirse a los <b>proveedores</b> pertenecientes a su <b>red</b> . Consulte la tabla que comienza en la página 2 para saber cómo les paga este plan a los diferentes tipos de <b>proveedores</b> . |

Preguntas: Llame al 1-800-Cigna24 o visítenos en [www.myCigna.com](http://www.myCigna.com).

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov), o llame al 1-800-Cigna24 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes  | Respuestas   | Por qué es importante  |
|--|--|--|
| ¿Necesito una referencia para ver a un <u>especialista</u> ? | No. No necesita una referencia para ver a un especialista. | Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin permiso de este plan.   |
| ¿Existen servicios que este plan no cubra?                   | Sí.  | Algunos de los servicios que este plan no cubre se detallan en la página 5. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener más información acerca de los <u>servicios excluidos</u> . |



- Los copagos son cantidades fijas en dólares (por ejemplo, \$15) que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos, generalmente cuando recibe el servicio.
- El co-seguro es la parte que *usted* paga de los costos de un servicio cubierto, que se calcula como un porcentaje de la cantidad permitida del servicio. Por ejemplo, si la cantidad permitida del plan de salud para una estadía en un hospital por una noche es de \$1,000, su co-seguro del 20% será de \$200. Esto puede cambiar si usted no alcanzó su deducible.
- La cantidad que paga el plan por los servicios cubiertos se basa en la cantidad permitida. Si un proveedor fuera de la red cobra más que la cantidad permitida, es posible que usted deba pagar la diferencia. Por ejemplo, si el cargo de un hospital fuera de la red es de \$1,500 para la estadía por una noche y la cantidad permitida es de \$1,000, quizás deba pagar la diferencia de \$500. (A esto se lo denomina facturación del saldo).
- Es posible que este plan le incentive a usar proveedores dentro de la red cobrándole deducibles, copagos y co-seguros más bajos.

| Evento médico común   | Servicios que puede necesitar                                   | El costo para usted si usa un   |                           | Limitaciones y excepciones  |
|---|---|---|---------------------------|---|
|   |   | Proveedor dentro de la red  | Proveedor fuera de la red |   |
| Si visita el consultorio o la clínica de un <u>proveedor</u> de atención médica | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | Co-seguro del 20%   | No está cubierto          | ----- Ninguna -----   |
|   | Visita a un especialista  | Co-seguro del 20%   | No está cubierto          | ----- Ninguna -----   |
|   | Visita al consultorio de otro profesional                       | Co-seguro del 20% por quiropráctico   | No está cubierto          | La cobertura para servicios de atención quiropráctica y rehabilitación tiene un límite máximo de 60 días por año. |
|   | Atención preventiva/exámenes de detección/inmunizaciones        | Sin cargo/visita<br>Sin cargo/examen de detección<br>Sin cargo/inmunizaciones | No está cubierto          | ----- Ninguna -----   |
| Si se realiza una prueba  | Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)         | Co-seguro del 20%   | No está cubierto          | ----- Ninguna -----   |
|   | Prueba de diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)                | Co-seguro del 20%   | No está cubierto          | ----- Ninguna -----   |

Preguntas: Llame al 1-800-Cigna24 o visítenos en [www.myCigna.com](http://www.myCigna.com).

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov), o llame al 1-800-Cigna24 para solicitar una copia.

| Evento médico común   | Servicios que puede necesitar  | El costo para usted si usa un  |                           | Limitaciones y excepciones   |
|---|--|--|---------------------------|--|
|   |  | Proveedor dentro de la red   | Proveedor fuera de la red |  |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b><br><br>Puede obtener más información sobre la <b>cobertura de medicamentos que requieren receta médica</b> en <a href="http://www.myCigna.com">www.myCigna.com</a> . | Medicamentos genéricos   | Copago de \$15/receta (farmacia minorista), copago de \$30/receta (entrega a domicilio)  | No está cubierto          | La cobertura se limita a un suministro para un máximo de 30 días (farmacia minorista) y un suministro para 90 días (entrega a domicilio) |
|   | Medicamentos de marca preferida  | Copago de \$30/receta (farmacia minorista), copago de \$60/receta (entrega a domicilio)  | No está cubierto          | La cobertura se limita a un suministro para un máximo de 30 días (farmacia minorista) y un suministro para 90 días (entrega a domicilio) |
|   | Medicamentos de marca no preferida   | Copago de \$50/receta (farmacia minorista), copago de \$100/receta (entrega a domicilio) | No está cubierto          | La cobertura se limita a un suministro para un máximo de 30 días (farmacia minorista) y un suministro para 90 días (entrega a domicilio) |
| <b>Si se realiza una cirugía para pacientes en consulta externa</b>   | Tarifa de las instalaciones (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)                | Co-seguro del 20%  | No está cubierto          | ----- Ninguna -----  |
|   | Tarifas del médico/cirujano  | Co-seguro del 20%  | No está cubierto          | ----- Ninguna -----  |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>  | Servicios de salas de emergencias  | Co-seguro del 20%  | Co-seguro del 20%         | ----- Ninguna -----  |
|   | Transporte médico de emergencia  | Co-seguro del 20%  | Co-seguro del 20%         | ----- Ninguna -----  |
|   | Atención de urgencia   | Co-seguro del 20%  | Co-seguro del 20%         | ----- Ninguna -----  |
| <b>Si necesita una estadía en el hospital</b>   | Tarifa de las instalaciones (p. ej., habitación del hospital)                      | Co-seguro del 20%  | No está cubierto          | ----- Ninguna -----  |
|   | Tarifas del médico/cirujano  | Co-seguro del 20%  | No está cubierto          | ----- Ninguna -----  |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o alcoholismo/farmacodependencia</b>   | Servicios de salud mental/del comportamiento para pacientes en consulta externa    | Co-seguro del 20%  | No está cubierto          | ----- Ninguna -----  |
|   | Servicios de salud mental/del comportamiento para pacientes internados             | Co-seguro del 20%  | No está cubierto          | ----- Ninguna -----  |
|   | Servicios de alcoholismo y/o farmacodependencia para pacientes en consulta externa | Co-seguro del 20%  | No está cubierto          | ----- Ninguna -----  |

Preguntas: Llame al 1-800-Cigna24 o visítenos en [www.myCigna.com](http://www.myCigna.com).

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov), o llame al 1-800-Cigna24 para solicitar una copia.

| Evento médico común  | Servicios que puede necesitar   | El costo para usted si usa un |                           | Limitaciones y excepciones  |
|--|---|-------------------------------|---------------------------|---|
|  |   | Proveedor dentro de la red    | Proveedor fuera de la red |   |
|  | Servicios de alcoholismo y/o farmacodependencia para pacientes internados | Co-seguro del 20%             | No está cubierto          | ----- Ninguna -----   |
| <b>Si está embarazada</b>  | Atención prenatal y posnatal  | Co-seguro del 20%             | No está cubierto          | ----- Ninguna -----   |
|  | Parto y todos los servicios como paciente internada                       | Co-seguro del 20%             | No está cubierto          | ----- Ninguna -----   |
| <b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales</b> | Atención médica en el hogar   | Co-seguro del 20%             | No está cubierto          | La cobertura tiene un límite máximo de 60 días por año dentro de la red   |
|  | Servicios de rehabilitación   | Co-seguro del 20%             | No está cubierto          | La cobertura tiene un límite máximo de: 60 días por año para servicios de Rehabilitación y Atención quiropráctica; 36 días por año para servicios de Rehabilitación cardíaca. |
|  | Servicios de habilitación   | No está cubierto              | No está cubierto          | ----- Ninguna -----   |
|  | Atención de enfermería especializada                                      | Co-seguro del 20%             | No está cubierto          | La cobertura tiene un límite máximo de 60 días por año  |
|  | Equipo médico duradero  | Co-seguro del 20%             | No está cubierto          | ----- Ninguna -----   |
|  | Servicios para enfermos terminales  | Co-seguro del 20%             | No está cubierto          | ----- Ninguna -----   |
| <b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b>                               | Examen de la vista  | No está cubierto              | No está cubierto          | ----- Ninguna -----   |
|  | Anteojos  | No está cubierto              | No está cubierto          | ----- Ninguna -----   |
|  | Control dental  | No está cubierto              | No está cubierto          | ----- Ninguna -----   |

Preguntas: Llame al 1-800-Cigna24 o visítenos en [www.myCigna.com](http://www.myCigna.com).

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov), o llame al 1-800-Cigna24 para solicitar una copia.

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

### Servicios que su plan NO cubre (esta no es una lista completa. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener información sobre otros servicios excluidos).

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

### Otros servicios cubiertos (esta no es una lista completa. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener información sobre otros servicios cubiertos y sus costos).

|   |  |  |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctica</li> <li>• Aparatos auditivos (niños)<br/>Los aparatos auditivos para niños hasta los 18 años están cubiertos con la misma participación en los costos que cualquier otra enfermedad</li> </ul> |  |  |
|---|--|--|

Preguntas: Llame al 1-800-Cigna24 o visítenos en [www.myCigna.com](http://www.myCigna.com).

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov), o llame al 1-800-Cigna24 para solicitar una copia.

### Su derecho a continuar la cobertura:

Si pierde la cobertura del plan, según las circunstancias, es posible que las leyes federales y estatales dispongan de protecciones que le permitan conservar la cobertura médica. Este derecho puede tener una duración limitada y requerirá que usted pague una **prima**, que puede ser significativamente superior a la prima que paga mientras está cubierto por el plan. También pueden aplicarse otras limitaciones con respecto a su derecho de continuar la cobertura.

Para obtener más información sobre su derecho a continuar la cobertura, comuníquese con el plan llamando al 1-800-Cigna24. También puede comunicarse con el departamento de seguros de su estado, con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos llamando al 1-866-444-3272 o ingresando en [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa), o con el Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos llamando al 1-877-267-2323, ext. 61565 o ingresando en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).

### Su derecho a presentar una queja formal o apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura correspondiente a reclamos en virtud de su plan, es posible que pueda **apelar** o presentar una **queja**. Para realizar preguntas sobre sus derechos o sobre esta notificación, o para obtener ayuda, puede comunicarse con Servicio al cliente de Cigna llamando al 1-800-Cigna24. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o ingresando en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform), o con la División de Seguros de Colorado llamando al 1-800-930-3745.

### ¿Esta cobertura brinda la cobertura esencial mínima?

En virtud de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, la mayoría de las personas deben contar con una cobertura de atención médica que reúna los requisitos para ser considerada "cobertura esencial mínima". **Este plan o esta póliza efectivamente brindan la cobertura esencial mínima.**

### ¿Esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo?

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios que ofrece un plan de salud. El estándar de valor mínimo es el 60% (valor actuarial). **Esta cobertura de salud efectivamente cumple con el estándar de valor mínimo para los beneficios que ofrece.**

### Servicios de idioma:

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.

Chino (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, kwiiijigo holne' 1-800-244-6224.

-----Para ver ejemplos del modo en que este plan podría cubrir los costos de una supuesta situación médica, consulte la siguiente página.-----

---

Preguntas: Llame al 1-800-Cigna24 o visítenos en [www.myCigna.com](http://www.myCigna.com).

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov), o llame al 1-800-Cigna24 para solicitar una copia.

## Ejemplos de cobertura

### Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos muestran el modo en que este plan podría cubrir la atención médica en determinadas situaciones. Use estos ejemplos para ver, en general, cuánta protección financiera podría obtener un supuesto paciente si estuviera cubierto por diferentes planes.



#### Esta no es una herramienta de estimación de costos.

No utilice estos ejemplos para calcular sus costos reales en virtud de este plan. La atención real recibida por usted será diferente de estos ejemplos, y el costo de dicha atención también será diferente.

Consulte la siguiente página para obtener información importante sobre estos ejemplos. Tenga en cuenta todos los aportes que pueda recibir en una HRA, HSA o FSA.

**Nota:** Estos números se basan en la inscripción en la cobertura individual únicamente.

#### Tener un bebé (parto normal)

- Cantidad adeudada a proveedores: \$7,540
- El Plan paga: \$4,810
- El paciente paga: \$2,730

##### Ejemplo de costos de atención:

|  |                |
|--|----------------|
| Cargos del hospital (madre)              | \$2,700        |
| Atención obstétrica de rutina            | \$2,100        |
| Cargos del hospital (bebé)               | \$900          |
| Anestesia                                | \$900          |
| Análisis de laboratorio                  | \$500          |
| Medicamentos que requieren receta médica | \$200          |
| Radiología                               | \$200          |
| Vacunas y otros servicios preventivos    | \$40           |
| <b>Total</b>                             | <b>\$7,540</b> |

##### El paciente paga:

|                       |                |
|-----------------------|----------------|
| Deducible             | \$1,500        |
| Copagos               | \$20           |
| Co-seguro             | \$1,180        |
| Límites o exclusiones | \$30           |
| <b>Total</b>          | <b>\$2,730</b> |

#### Control de la diabetes tipo 2 (mantenimiento de rutina de una afección bien controlada)

- Cantidad adeudada a proveedores: \$5,400
- El Plan paga: \$2,810
- El paciente paga: \$2,590

##### Ejemplo de costos de atención:

|  |                |
|--|----------------|
| Medicamentos que requieren receta médica | \$2,900        |
| Equipos y suministros médicos            | \$1,300        |
| Visitas al consultorio y procedimientos  | \$700          |
| Educación                                | \$300          |
| Análisis de laboratorio                  | \$100          |
| Vacunas y otros servicios preventivos    | \$100          |
| <b>Total</b>                             | <b>\$5,400</b> |

##### El paciente paga:

|                       |                |
|-----------------------|----------------|
| Deducible             | \$1,500        |
| Copagos               | \$730          |
| Co-seguro             | \$80           |
| Límites o exclusiones | \$280          |
| <b>Total</b>          | <b>\$2,590</b> |

Preguntas: Llame al 1-800-Cigna24 o visítenos en [www.myCigna.com](http://www.myCigna.com).

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov), o llame al 1-800-Cigna24 para solicitar una copia.

## Preguntas y respuestas acerca de los ejemplos de cobertura:

### ¿Cuáles son algunos de los supuestos en los que se basan los ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos de atención se basan en los promedios nacionales proporcionados por el Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos, y no son específicos de un área geográfica o plan de salud en particular.
- La afección del paciente no es una afección excluida o preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos comenzaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No existen otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos de desembolso se basan únicamente en el tratamiento de la afección del ejemplo.
- El paciente recibió toda la atención a través de **proveedores** dentro de la red. Si el paciente hubiera recibido la atención a través de **proveedores** fuera de la red, los costos habrían sido más altos.

### ¿Qué muestra un ejemplo de cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura le ayuda a ver cómo pueden sumarse los **deducibles**, los **copagos** y el **co-seguro**. También le ayuda a ver qué gastos pueden estar a su cargo porque el servicio o el tratamiento no está cubierto o el pago es limitado.

### ¿El ejemplo de cobertura predice mis propias necesidades de atención?

✘ **No**. Los tratamientos detallados son solo ejemplos. La atención recibida por usted para esta afección podría ser diferente según lo aconsejado por su médico, su edad, la gravedad de su afección y muchos otros factores.

### ¿El ejemplo de cobertura predice mis gastos futuros?

✘ **No**. Los ejemplos de cobertura **no** son una herramienta de estimación de costos. No puede utilizar los ejemplos para calcular los costos de una afección real. Se brindan solamente como un medio de comparación. Sus propios costos serán diferentes según la atención que reciba, los precios de sus **proveedores** y el reembolso permitido por su plan de salud.

### ¿Puedo usar los ejemplos de cobertura para comparar planes?

✓ **Sí**. Cuando vea el Resumen de beneficios y cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, mire el recuadro “El paciente paga” de cada ejemplo. Cuanto más baja sea esa cifra, más cobertura brinda el plan.

### ¿Hay otros costos que deba tener en cuenta al comparar planes?

✓ **Sí**. Un costo importante es la **prima** que pague. Por lo general, cuanto más baja sea su **prima**, más pagará en costos de desembolso, como **copagos**, **deducibles** y **co-seguro**. También debe tener en cuenta los aportes a cuentas tales como las cuentas de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés), cuentas de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) o cuentas de reembolso de salud (HRA, por sus siglas en inglés), que le ayudarán a pagar los gastos de desembolso.

**ID del Plan:** 4908783 **Versión del beneficio:** 6  
**Nombre del Plan:** Choice Fund Health Savings Account OAPIN  
HP-POL/HP-APP 9/23/12

Preguntas: Llame al 1-800-Cigna24 o visítenos en [www.myCigna.com](http://www.myCigna.com).

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov), o llame al 1-800-Cigna24 para solicitar una copia.

## RESUMEN DE BENEFICIOS



**Cigna Health and Life Insurance Co.  
Para Littleton Public Schools  
Choice Fund Open Access Plus IN HSA Plan**

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

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

**Su cobertura incluye una cuenta de ahorros para la salud que puede utilizar para pagar los gastos de desembolso que cumplan con los requisitos.**

| Detalles del plan  | Dentro de la red                               |
|--|--|
| <b>Máximo de por vida</b>  | Ilimitado                                      |
| <b>Co-seguro</b>   | Su plan paga el 80%                            |
| <b>Deducible por año de contrato</b>   | Individual: \$1,500<br>Grupo familiar: \$3,000 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los miembros de la familia que cumplan con los requisitos contribuyen al deducible del grupo familiar del plan. Una vez alcanzado el deducible del grupo familiar, el plan pagará los gastos cubiertos de cada miembro de la familia que cumpla con los requisitos según el nivel de co-seguro especificado por el plan.</li> <li>Este plan incluye un deducible combinado del plan médico y de farmacia.</li> <li>Los costos de farmacias minoristas y de entrega a domicilio cuentan para el deducible médico/de farmacia combinado.</li> </ul> <p>Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación ( ^ )</p>  |  |
| <b>Desembolso máximo por año de contrato</b>   | Individual: \$3,000<br>Grupo familiar: \$6,000 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>El deducible del plan cuenta para su desembolso máximo.</li> <li>Los gastos cubiertos de trastornos de salud mental y de alcoholismo y/o farmacodependencia cuentan para su desembolso máximo.</li> <li>Todos los miembros de la familia que cumplan con los requisitos contribuyen al desembolso máximo del grupo familiar. 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.</li> <li>Este plan incluye un desembolso máximo combinado del plan médico y de farmacia.</li> <li>Los costos de farmacias minoristas y de entrega a domicilio cuentan para el desembolso médico/de farmacia combinado.</li> </ul> |  |

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

**Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^)**

**Servicios del médico****Visita al consultorio del médico**

- Todos los servicios, incluidos laboratorio y radiografías

Su plan paga el 80% ^

**Cirugía realizada en el consultorio del médico**

Su plan paga el 80% ^

**Tratamientos de alergias. Inyecciones contra alergias**

Su plan paga el 80% ^

**Suero para las alergias**

Administrado por el médico en el consultorio

Su plan paga el 80% ^

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

Su plan paga el 100%

- Incluye la cobertura de servicios adicionales, como análisis de orina, ECG y otros análisis de laboratorio, que suplementan el beneficio de Atención preventiva estándar.

**Inmunizaciones**

Su plan paga el 100%

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

Su plan paga el 100%

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

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

Su plan paga el 80% ^

**Habitación semiprivada:** limitado a la tarifa negociada de habitación semiprivada**Habitación privada:** limitado a la tarifa negociada de habitación semiprivada**Unidades de cuidados especiales (Unidad de cuidados intensivos [ICU, por sus siglas en inglés], Unidad de cuidados críticos [CCU, por sus siglas en inglés]):**

limitado a la tarifa negociada

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

Su plan paga el 80% ^

**Servicios profesionales para pacientes internados**

- Para servicios prestados por Cirujanos, Radiólogos, Patólogos y Anestesiastas

Su plan paga el 80% ^

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

Su plan paga el 80% ^

**Servicios profesionales para pacientes en consulta externa**

- Para servicios prestados por Cirujanos, Radiólogos, Patólogos y Anestesiastas

Su plan paga el 80% ^

**Rehabilitación a corto plazo**

Su plan paga el 80% ^

Máximos por año de contrato:

- Rehabilitación pulmonar, terapia cognitiva, fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y atención quiropráctica: 60 días combinados
- Rehabilitación cardíaca: 36 días

Nota: Los días de terapia, proporcionados como parte de un plan de Atención médica en el hogar aprobado, se acumulan para el máximo de terapia de rehabilitación a corto plazo para pacientes en consulta externa aplicable.

## Beneficio

## Dentro de la red

**Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^)**

### Otras instalaciones/servicios de atención médica

|  |                       |
|--|-----------------------|
| <b>Atención médica en el hogar</b><br>(incluye los servicios de una enfermera privada para pacientes en consulta externa sujeto a necesidad médica) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Máximo de 60 días por año de contrato</li> <li>• Máximo de 16 horas por día</li> </ul>  | Su plan paga el 80% ^ |
| <b>Instalaciones de cuidados especiales, Hospital de rehabilitación, Instalaciones de semigraves</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Máximo de 60 días por año de contrato</li> </ul>   | Su plan paga el 80% ^ |
| <b>Equipo médico duradero</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Máximo ilimitado por año de contrato</li> </ul>   | Su plan paga el 80% ^ |
| <b>Equipos y suministros para la lactancia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitados al alquiler de un sacaleches por nacimiento según lo indique o recete un médico.</li> <li>• Incluye los suministros relacionados</li> </ul>  | Su plan paga el 100%  |
| <b>Aparatos prostéticos externos (EPA, por sus siglas en inglés)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Máximo ilimitado por año de contrato</li> </ul>  | Su plan paga el 80% ^ |
| <b>Trastornos de rutina de los pies</b>  | No está cubierto      |
| Nota: Los servicios asociados con el cuidado de los pies en los casos de diabetes y enfermedad vascular periférica están cubiertos en caso de ser médicamente necesarios.  |                       |
| <b>Aparatos auditivos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Máximo de 2 dispositivos dentro de la red por cada 36 meses, 1 por oído</li> <li>• Incluye pruebas y ajustes de dispositivos auditivos cubiertos al nivel de visita al consultorio del PCP o Especialista</li> <li>• Cobertura hasta los 17 años</li> </ul> | Su plan paga el 80% ^ |
| <b>Tratamiento de várices</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ilimitado por año de contrato</li> </ul>  | Su plan paga el 80% ^ |

### Lugar del servicio: su plan paga en función del lugar donde recibe los servicios

**Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^)**

| Beneficio                              | Consultorio del médico | Laboratorio independiente | Sala de emergencias/instalaciones de atención de urgencia | Instalaciones para pacientes en consulta externa |
|--|------------------------|---------------------------|---|--|
|  | Dentro de la red       | Dentro de la red          | Dentro de la red  | Dentro de la red                                 |
| <b>Laboratorio y radiografías</b>      | El plan paga el 80% ^  | El plan paga el 80% ^     | El plan paga el 80% ^                                     | El plan paga el 80% ^                            |
| <b>Imágenes radiológicas avanzadas</b> | El plan paga el 80% ^  | No corresponde            | El plan paga el 80% ^                                     | El plan paga el 80% ^                            |

Imágenes radiológicas avanzadas (ARI, por sus siglas en inglés); incluye MRI, MRA, CAT, PET, etc...

Nota: Todos los servicios de laboratorio y radiografías, incluidas las ARI, prestados como paciente internado en el hospital están cubiertos en virtud del beneficio para pacientes internados en el hospital

| Beneficio              | Sala de emergencias/instalaciones de atención de urgencia | Servicios profesionales para pacientes en consulta externa | *Ambulancia           |
|------------------------|---|--|-----------------------|
|                        | Dentro de la red  | Dentro de la red   | Dentro de la red      |
| Atención de emergencia | El plan paga el 80% ^                                     | El plan paga el 80% ^                                      | El plan paga el 80% ^ |
| Atención de urgencia   | El plan paga el 80% ^                                     | El plan paga el 80% ^                                      | No corresponde        |

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

| Beneficio                          | Hospital para pacientes internados y Otras instalaciones de atención médica | Servicios para pacientes en consulta externa |
|------------------------------------|---|--|
|                                    | Dentro de la red  | Dentro de la red                             |
| Servicios para enfermos terminales | El plan paga el 80% ^   | El plan paga el 80% ^                        |
| Asesoría por duelo                 | El plan paga el 80% ^   | El plan paga el 80% ^                        |

Nota: Servicios prestados como parte del Programa de atención de enfermos terminales

Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^)

| Beneficio  | Visita inicial para confirmar el embarazo | Tarifa total de maternidad (Todas las Visitas prenatales siguientes, Visitas posnatales y los Cargos de parto del médico) | Visitas al consultorio además de la tarifa total de maternidad (prestadas por un Obstetra/Ginecólogo o Especialista) | Parto: instalaciones (Hospital para pacientes internados/Centro de maternidad)                      |
|------------|---|---|--|---|
|            | Dentro de la red                          | Dentro de la red  | Dentro de la red   | Dentro de la red  |
| Maternidad | El plan paga el 80% ^                     | El plan paga el 80% ^   | El plan paga el 80% ^  | Misma cobertura que la incluida en los beneficios del plan para pacientes internados en el hospital |

Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^)

| Beneficio | Consultorio del médico | Instalaciones para pacientes internados | Instalaciones para pacientes en consulta externa | Servicios profesionales para pacientes internados | Servicios profesionales para pacientes en consulta externa |
|-----------|------------------------|---|--|---|--|
|           | Dentro de la red       | Dentro de la red                        | Dentro de la red                                 | Dentro de la red                                  | Dentro de la red   |

Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^)

|                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Aborto (no provocado) | El plan paga el 80% ^ |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

|   |                       |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Planificación familiar – Servicios para hombres | El plan paga el 80% ^ |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

Incluye servicios quirúrgicos, como la vasectomía (no incluye la reversión)

|   |                      |                      |                      |                      |                      |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Planificación familiar – Servicios para mujeres | El plan paga el 100% |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Incluye servicios quirúrgicos, como la ligadura de las trompas (no incluye la reversión).

Dispositivos anticonceptivos según lo indique o recete un médico.

| Beneficio | Consultorio del médico | Instalaciones para pacientes internados | Instalaciones para pacientes en consulta externa | Servicios profesionales para pacientes internados | Servicios profesionales para pacientes en consulta externa |
|-----------|------------------------|---|--|---|--|
|           | Dentro de la red       | Dentro de la red                        | Dentro de la red                                 | Dentro de la red                                  | Dentro de la red   |

Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^)

#### Infertilidad

**Nota:** Se brindará cobertura para el tratamiento de una afección médica subyacente hasta que se diagnostique una afección de infertilidad. Los servicios estarán cubiertos como si se tratara de cualquier otra enfermedad.

| Beneficio              | Instalaciones hospitalarias para pacientes internados |  | Servicios profesionales para pacientes internados |  |
|------------------------|---|--|---|--|
|                        | Instalaciones de Lifesource Dentro de la red          | Instalaciones que no sean de Lifesource Dentro de la red | Instalaciones de Lifesource Dentro de la red      | Instalaciones que no sean de Lifesource Dentro de la red |
| Trasplantes de órganos | El plan paga el 100% ^                                | El plan paga el 80% ^                                    | El plan paga el 100% ^                            | El plan paga el 80% ^                                    |

Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^)

| Beneficio                                       | Pacientes internados  | Pacientes en consulta externa: consultorio del médico | Todos los demás servicios para pacientes en consulta externa |
|---|-----------------------|---|--|
|   | Dentro de la red      | Dentro de la red                                      | Dentro de la red   |
| Salud mental                                    | El plan paga el 80% ^ | El plan paga el 80% ^                                 | El plan paga el 80% ^  |
| Trastorno de alcoholismo y/o farmacodependencia | El plan paga el 80% ^ | El plan paga el 80% ^                                 | El plan paga el 80% ^  |

Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^)

**Nota:** La desintoxicación cuenta con cobertura en virtud del plan médico

- Máximo ilimitado por año de contrato
- Los servicios se pagan en un 100% una vez que alcance su desembolso máximo.
- La atención como paciente internado incluye el Tratamiento residencial.
- La atención como paciente en consulta externa incluye la hospitalización parcial, la terapia individual, la terapia intensiva como paciente en consulta externa y la terapia grupal.

### Servicios para trastornos de salud mental y alcoholismo y/o farmacodependencia

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

Cigna Total Behavioral Health – Administración para pacientes internados y en consulta externa

- Revisión de la utilización y administración de casos para pacientes internados
- Revisión de la utilización y administración de casos para pacientes en consulta externa
- Hospitalización parcial
- Programas intensivos para pacientes en consulta externa
- Programa Changing Lives by Integrating Mind and Body (Cambiar la vida 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
- Administración de casos psiquiátricos complejos

| Farmacia  | Dentro de la red   | Fuera de la red         |
|---|--|-------------------------|
| <p><b>Plan de tres niveles de copagos de Cigna Pharmacy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los medicamentos al por menor pueden obtenerse dentro de la red en una amplia selección de farmacias de todo el país.</li> <li>El paciente es responsable del copago aplicable según el nivel del medicamento despachado.</li> <li>Sus beneficios de farmacia tienen desembolsos y deducibles anuales máximos combinados con los beneficios médicos/de salud del comportamiento. El costo correspondiente a los medicamentos cubiertos se aplica después de alcanzar el deducible.</li> <li>Medicamentos inyectables autoadministrados; no incluye medicamentos para tratar la infertilidad.</li> <li>Incluye anticonceptivos orales.</li> <li>Incluye anticonceptivos orales (con productos específicos cubiertos al 100%).</li> <li>Incluye medicamentos que requieren receta médica para dejar de fumar.</li> <li>Incluye insulina, tiras reactivas para medir la glucosa, lancetas, agujas y jeringas para insulina, y plumas y cartuchos de insulina.</li> <li>Los medicamentos de especialidad tienen un límite de un suministro para 90 días para entrega a domicilio.</li> <li>Los medicamentos de especialidad tienen un límite de un suministro para 30 días en farmacias minoristas.</li> <li>Se aplican los copagos una vez que se alcanza el deducible del plan.</li> </ul> | <p><b>Minorista:</b> suministro para 30 días<br/>           Genéricos: Usted paga \$15<br/>           De marca preferida: usted paga \$30<br/>           De marca no preferida: Usted paga \$50</p> <p><b>Entrega a domicilio:</b> suministro para 90 días<br/>           Genéricos: Usted paga \$30<br/>           De marca preferida: usted paga \$60<br/>           De marca no preferida: Usted paga \$100</p> | <p>No está cubierto</p> |

## Información sobre el programa de farmacia

|  |
|--|
| <p><b>Revisión clínica y autorización previa de servicios de farmacia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Su plan está sujeto a las revisiones de renovación temprana y otras revisiones clínicas, además de los requisitos de autorización previa.</li> <li>Las revisiones de exclusión del plan siempre están incluidas.</li> <li>Revisión clínica adicional – Paquete mejorado: un grupo de opciones de revisión clínica de los medicamentos que se centran en diversas filosofías de revisión del uso de medicamentos para ayudar a administrar activamente el beneficio de farmacia, que incluyen:           <ul style="list-style-type: none"> <li>Exclusión de beneficios: autorización previa, revisiones de edad y revisiones de cantidad en el tiempo.</li> <li>Verificación de uso intensivo apropiado: revisiones de duración del tratamiento, tratamiento escalonado en medicamentos nuevos en el mercado y revisiones de optimización de la dosis.</li> <li>Revisión de la utilización y del costo por unidad: autorización previa, límites de cantidad, dosis diaria máxima y tratamiento escalonado para clases limitadas de medicamentos específicos.</li> </ul> </li> </ul> |
|--|

|  |
|--|
| <p><b>Lista de medicamentos que requieren receta médica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La Lista de medicamentos que requieren receta médica de Cigna Value incluye una selección completa de medicamentos que incluye todos los medicamentos exigidos en virtud de las leyes de atención médica aplicables. Algunos de los medicamentos más costosos están excluidos cuando hay alternativas más económicas. Para consultar los medicamentos que incluye su plan, inicie sesión en <a href="http://myCigna.com">myCigna.com</a>.</li> </ul> |
|--|

|   |
|---|
| <p><b>Revisión de servicios de farmacia de especialidad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Programas clínicos           <ul style="list-style-type: none"> <li>Se requiere autorización previa para los medicamentos de especialidad, pero es posible que se apliquen límites de cantidad.</li> <li>Programa Theracare®</li> </ul> </li> <li>Opción de acceso a medicamentos           <ul style="list-style-type: none"> <li>Minorista y/o entrega a domicilio</li> </ul> </li> </ul> |
|---|

### Programa de control de costos de farmacia

## Información sobre el programa de farmacia

**El tratamiento escalonado** es un programa de autorización previa que puede exigirle que pruebe con otros medicamentos disponibles para tratar la misma afección antes de otorgar cobertura para el medicamento de "tratamiento escalonado".

- Todos los posibles medicamentos de Tratamiento escalonado están identificados con el sufijo "ST" (por sus siglas en inglés) en la lista de medicamentos que requieren receta médica de Cigna. Para determinar si un medicamento específico está sujeto al requisito de Tratamiento escalonado para su plan, llame a Servicio al cliente al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación o visite la herramienta *Prescription Drug Price Quote* (Cotización de precios de medicamentos que requieren receta médica) en myCigna.com.

Presión arterial alta (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina/bloqueadores de los receptores de angiotensina), Disminución del colesterol (ESTATINAS),

- Requisito de uso previo de un medicamento genérico: debe usarse un medicamento del Nivel 1 (Genéricos) antes de usar un medicamento del Nivel 2 (De marca preferida) o el Nivel 3 (De marca no preferida).
- Período de gracia de 0 días.
- Incluye First Fill Pay and Educate.

Problemas de vejiga (vejiga hiperactiva), Osteoporosis (huesos), Trastorno por déficit de atención/trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD), Alergia (corticoesteroides nasales), Depresión (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina/inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina), Trastornos del sueño (HIPNÓTICOS), Asma (ASMA), Afecciones cutáneas (Inmunomoduladores tópicos), Analgésicos narcóticos (NARCÓTICOS)

- Requisito de uso previo de un medicamento genérico: debe usarse un medicamento del Nivel 1 (Genéricos) antes de usar un medicamento del Nivel 2 (De marca preferida) o el Nivel 3 (De marca no preferida).
- Período de gracia de 60 días.
- Incluye First Fill Pay and Educate.

### Programas de resultados clínicos:

- Incluye la administración de casos psiquiátricos complejos
- Incluye la administración de terapia de narcóticos

## Información adicional

### Administración de casos

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

### Programa de oncología integral

- Asistencia para administración de la atención
- Administración de casos

Incluido

### Health Advisor - A

Apoyo para personas sanas y en riesgo, para ayudarlas a mantenerse saludables

- Asesoría sobre salud y bienestar
- Asesoramiento para cubrir brechas en la atención para determinadas afecciones
- Atención/tratamiento basados en las preferencias del paciente/Asesoramiento de apoyo en la toma de decisiones

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)

## Información adicional

### Reducción por cirugía múltiple

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

**Precertificación – Revisión de estadia continua – PHS+ para pacientes internados:** se requiere para todas las admisiones de pacientes internados

Dentro de la red: coordinado por su médico

**Certificación previa – Revisión de estadia continua – PHS+ – Autorización previa para pacientes en consulta externa:** se requiere para determinados procedimientos y pruebas de diagnóstico de pacientes en consulta externa

Dentro de la red: coordinado por su médico

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

### Your Health First - 200

Es posible que las personas con una o más de las afecciones crónicas identificadas a la derecha cumplan con los requisitos para recibir el siguiente tipo de apoyo:

- Control de afecciones
- Cumplimiento terapéutico
- Control de factores de riesgo
- Problemas relacionados con el estilo de vida
- Problemas relacionados con la salud y el bienestar
- Antes y después de la admisión
- Apoyo para tomar decisiones con respecto a un tratamiento
- Brechas en la atención

Apoyo holístico para las siguientes afecciones médicas crónicas:

- Enfermedades cardíacas
- Arteriopatía coronaria
- Angina de pecho
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Infarto de miocardio agudo
- Arteriopatía periférica
- Asma
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (enfisema y bronquitis crónica)
- Diabetes tipo 1
- Diabetes tipo 2
- Síndrome metabólico/complicaciones con el peso
- Artrosis
- Dolor lumbar
- Ansiedad
- Trastorno bipolar
- Depresión

## Definiciones

**Co-seguro:** 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 co-seguro.

**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 co-seguro 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.

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

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

## Exclusiones

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

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

- Atención de afecciones médicas que deben tratarse en instalaciones públicas según lo exigido por la ley estatal o local.
- Atención que debe ser brindada por un distrito escolar o un sistema escolar público según lo exigido por la ley estatal o federal.
- Atención de incapacidades relativas al servicio militar que puedan tratarse a través de servicios gubernamentales si usted tiene derecho a recibir dicho tratamiento en virtud de la ley y las instalaciones están disponibles desde un punto de vista razonable.
- Tratamiento de una Enfermedad o Lesión como consecuencia de una guerra, declarada o no declarada.
- Cargos por los que no está obligado a pagar, por los que no recibirá una factura o por los que no le habrían facturado salvo que estuvieran cubiertos por este plan.
- Asistencia con las actividades cotidianas entre las que se incluyen, a modo de ejemplo, comer, bañarse, vestirse u otras actividades de 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, de investigación y no comprobados comprenden tecnologías, suministros, tratamientos, procedimientos, tratamientos farmacológicos o dispositivos para fines médicos, quirúrgicos, de diagnóstico, psiquiátricos, para trastornos por consumo de sustancias, u otros fines relacionados con la atención médica que el Médico de revisión de la utilización determine que:
  - 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 basada en evidencias y revisada por colegas médicos;
  - 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 para el uso propuesto;
  - 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 o III en curso, a excepción de los costos de atención de rutina de los pacientes relacionados con estudios clínicos calificados, según lo dispuesto en la sección "Estudios clínicos" de este plan.
- Cirugía y terapias estéticas. Se designa terapia o cirugía estética a la terapia o cirugía realizadas para mejorar o alterar la apariencia o la autoestima, o con el fin de tratar una sintomatología psicológica o quejas psicosociales relacionadas con la apariencia de una persona.
- Los siguientes servicios se excluyen de la cobertura, sin importar las indicaciones clínicas: Cirugías en caso de macromastia o ginecomastia; cirugía de la pared abdominal; paniclectomía; rinoplastia; blefaroplastia; cirugía para retirar piel sobrante; extirpación de papilomas cutáneos; acupresión; terapia cráneo-sacral/craneal; terapia de danza y terapia del movimiento; kinesiología aplicada; rolfing (masaje de tejido conectivo); proloterapia; y litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL, por sus siglas en inglés) para afecciones musculoesqueléticas y ortopédicas.
- Tratamiento quirúrgico o no quirúrgico de trastornos de la articulación temporomandibular.
- 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. Los cargos cobrados por servicios o suministros brindados por una lesión accidental de un diente natural sano o en relación con dicha lesión están cubiertos siempre que se inicie un plan continuo de tratamiento dental dentro de los seis meses del accidente. Los dientes naturales sanos son aquellos dientes naturales sin caries clínicas activas, que tienen como mínimo un 50% de soporte óseo y son funcionales en el arco.
- Servicios médicos y quirúrgicos, iniciales y repetidos, que sirvan para el tratamiento o control de la obesidad, incluida la obesidad clínicamente grave (mórbida), que incluyen: servicios médicos y quirúrgicos para alterar la apariencia o cambios físicos que sean el resultado de cualquier cirugía realizada para el control de la obesidad o la obesidad clínicamente grave (mórbida); y programas o tratamientos para bajar de peso, ya sean recetados o recomendados por un Médico o que se realicen bajo supervisión médica.
- A menos que estén cubiertos de otro modo en este plan, los informes, evaluaciones, exámenes físicos u hospitalizaciones que no sean necesarios por razones de salud, que incluyen, a modo de ejemplo, las licencias de empleo, seguro o gubernamentales y evaluaciones ordenadas por el tribunal, forenses o de custodia.
- Tratamiento u hospitalización ordenados por un tribunal, a menos que el tratamiento sea indicado por un Médico y se encuentre en la lista de servicios cubiertos por este plan.
- Servicios por infertilidad, incluidos medicamentos para tratar la infertilidad, programas de tratamiento quirúrgico o médico para tratar la infertilidad, incluida la fertilización *in vitro*, la transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés), la transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), variaciones de estos procedimientos

## Exclusiones

y cualquier costo asociado con la recolección, el lavado, la preparación o el almacenamiento de esperma para inseminación artificial (incluidos los pagos por servicios del donante). La criopreservación de esperma y óvulos del donante también está excluida de la cobertura.

- Reversión de los procedimientos de esterilización voluntarios masculinos o femeninos.
- Cirugía para cambiar de sexo, que incluye la asesoría médica o psicológica y la terapia hormonal como preparación antes de dicha cirugía o después de ella.
- Cualquier medicación, medicamento, servicio o suministro para el tratamiento de la disfunción sexual masculina o femenina, que incluye, a modo de ejemplo, el tratamiento de la disfunción eréctil (incluye implantes peneanos), anorgasmia y eyaculación precoz.
- La atención y los costos médicos y hospitalarios para el bebé de un Dependiente, a menos que el bebé cumpla con los requisitos exigidos por este plan.
- Asesoría no médica o servicios auxiliares, que incluyen, a modo de ejemplo, los Servicios de custodia, educación, capacitación, rehabilitación vocacional, entrenamiento del comportamiento, biorretroalimentación, neuroretroalimentación, hipnosis, terapia del sueño, asesoría laboral, capacitación para cuidar la espalda, servicios de retorno al trabajo, programas de reentrenamiento para el trabajo, seguridad vial, y servicios, capacitación, terapia educacional u otros servicios auxiliares no médicos para tratar los trastornos del aprendizaje, los retrasos en el desarrollo, el autismo o el retardo mental.
- Terapia o tratamiento destinado principalmente a mejorar o mantener la condición física general o con el propósito de mejorar el desempeño laboral, escolar, atlético o recreativo, que incluye, a modo de ejemplo, la atención de rutina, a largo plazo o de mantenimiento que se proporciona luego de la solución de un problema médico agudo y cuando no se espera una mejora terapéutica significativa.
- Suministros médicos de consumo distintos a los suministros de ostomía y catéteres urinarios. Los suministros no cubiertos incluyen, a modo de ejemplo, vendajes y otros artículos médicos desechables, preparaciones cutáneas y tiras reactivas, excepto según se especifica en las secciones “Servicios de salud en el hogar” o “Reconstrucción y prótesis de senos” de este plan.
- Habitaciones privadas en un hospital y/o los servicios de una enfermera privada, a excepción de lo que se especifica en la cláusula de Servicios de salud en el hogar.
- Artículos personales o para hacer la vida más cómoda como los juegos de cuidado personal que se ofrecen al ser admitido a un Hospital, televisión, teléfono, fotografías de recién nacidos, comidas de cortesía, avisos de nacimiento y otros artículos que no se utilizan para el tratamiento específico de una Enfermedad o Lesión.
- Elementos artificiales de asistencia, que incluyen, a modo de ejemplo, calzado ortopédico, plantillas anatómicas, medias elásticas, portaligas, corsés, dentaduras postizas y pelucas.
- Ayudas o dispositivos que ayudan en la comunicación no verbal, entre ellos tableros de comunicación, dispositivos para hablar pre-grabados, computadoras portátiles, computadoras de escritorio, asistentes digitales personales (PDA, por sus siglas en inglés), máquinas para escribir en Braille, sistemas de alerta visual para sordos y libros para la memoria.
- Lentes y marcos de anteojos y lentes de contacto (excepto por el primer par de lentes de contacto para el tratamiento de queratocono o cirugía postcataratas).
- Refracción de rutina, ejercicios oculares y tratamiento quirúrgico para la corrección de un error de refracción, incluida una queratotomía radial.
- Tratamiento por acupuntura.
- Todos los medicamentos no inyectables que requieren receta médica, los medicamentos inyectables que requieren receta médica pero no necesitan la supervisión del Médico y se consideran comúnmente medicamentos autoadministrados, medicamentos que no requieren receta médica, y medicamentos de carácter experimental o en investigación, a excepción de lo que se especifica en este plan.
- Atención de rutina de los pies, que incluye el emparejamiento y la eliminación de callos o el recorte de uñas. Sin embargo, los servicios asociados con el cuidado de los pies en los casos de diabetes y enfermedad vascular periférica están cubiertos en caso de ser Medicamento necesarios.
- Costos o cuotas de membresías relacionadas con clubes deportivos o programas para bajar de peso.
- 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 inmunizaciones o medicamentos para viajes o para protegerse de riesgos y peligros ocupacionales.

## Exclusiones

- Cosméticos, suplementos alimenticios, y productos para la salud y belleza.
- Todos los suplementos alimenticios y fórmulas, excepto la fórmula para lactantes necesaria para el tratamiento de errores innatos del metabolismo.
- Tratamiento médico para una persona de 65 años o más, cubierta en virtud de este plan en calidad de jubilada, o su Dependiente, cuando el pago sea rechazado por el plan de Medicare porque se recibió tratamiento de un proveedor no participante.
- Tratamiento médico cuando el pago sea denegado por un Plan primario porque el tratamiento fue brindado por un proveedor no participante.
- En relación con una Lesión o Enfermedad que surja con motivo de cualquier trabajo por un sueldo o ganancias, o durante su desempeño.
- Consultas telefónicas o por fax.
- 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 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. Este resumen brinda información adicional que no se proporciona en el Resumen de beneficios y cobertura exigido por el Gobierno Federal.

*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, Cigna Behavioral Health, Inc., Tel-Drug, Inc., Tel-Drug of Pennsylvania, L.L.C. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation. "Cigna Home Delivery Pharmacy" se refiere a Tel-Drug, Inc. y Tel-Drug of Pennsylvania, L.L.C. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.*

EHB Estado: CO