



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/ o llamando al 1-800-Cigna24.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Para proveedores dentro de la red: \$750 por persona/ \$1,500 por grupo familiar. Para proveedores fuera de la red: \$1,500 por persona/ \$3,000 por grupo familiar. No se aplica a atención preventiva ni inmunizaciones dentro de la red, atención preventiva ni inmunizaciones hasta los 12 años fuera de la red, ni medicamentos que requieren receta médica.	Usted debe pagar todos los costos hasta la cantidad del deducible 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 deducible (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 deducible .
¿Existen otros <u>deducibles</u> por servicios específicos?	No.	No es necesario que cumpla con deducibles 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 <u>límite de desembolso</u> en mis gastos?	Sí. Para proveedores dentro de la red: \$3,000 por persona/ \$6,000 por grupo familiar. Para proveedores fuera de la red: \$6,000 por persona/ \$12,000 por grupo familiar.	El límite de desembolso 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 <u>límite de desembolso</u> ?	La prima, los cargos por facturación de saldos, las multas por falta de autorización previa y los servicios de atención médica que este plan no cubra.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de desembolso .
¿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 <u>red</u> de proveedores?	Sí. Para obtener una lista de los proveedores participantes, consulte www.myCigna.com o llame al 1-800-Cigna24.	Si usa un médico u otro proveedor 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 proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan los términos dentro de la red, preferido o participante para referirse a los proveedores pertenecientes a su red . Consulte la tabla que comienza en la página 2 para saber cómo les paga este plan a los diferentes tipos de proveedores .

Preguntas: Llame al 1-800-Cigna24 o visítenos en 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, o llame al 1-800-Cigna24 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Necesito una referencia para ver a un especialista ?	No. No necesita una referencia para ver a un especialista.	Puede ver al especialista 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 servicios excluidos .



- 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 proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Co-seguro del 20%	Co-seguro del 40%	-----Ninguna-----	
	Visita a un especialista	Co-seguro del 20%	Co-seguro del 40%	-----Ninguna-----	
	Visita al consultorio de otro profesional	Co-seguro del 20% por quiropráctico	Co-seguro del 40%	La cobertura para Atención quiropráctica tiene un límite máximo de 20 días por año.	
	Atención preventiva/exámenes de detección/inmunizaciones	Sin cargo/visita	Sin cargo/visita	Sin cargo/visita	Cobertura desde el nacimiento hasta los 12 años
		Sin cargo/visita	No está cubierto/visita	No está cubierto/visita	Cobertura a partir de los 13 años
		Sin cargo/examen de detección	Co-seguro del 40%/examen de detección	Co-seguro del 40%/examen de detección	-----Ninguna-----
Sin cargo/inmunizaciones		Sin cargo/inmunizaciones	Sin cargo/inmunizaciones	Cobertura desde el nacimiento hasta los 12 años	
	Sin cargo/inmunizaciones	Sin cargo/inmunizaciones	No está cubierto/inmunizaciones	Cobertura a partir de los 13 años	

Preguntas: Llame al 1-800-Cigna24 o visítenos en 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, 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	
Si se realiza una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Co-seguro del 20%	Co-seguro del 40%	-----Ninguna -----
	Prueba de diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	Co-seguro del 20%	Co-seguro del 40%	Multa del 50% por falta de precertificación.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos que requieren receta médica en www.myCigna.com .	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 \$35/receta (farmacia minorista), copago de \$70/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 \$60/receta (farmacia minorista), copago de \$120/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)
Si se realiza una cirugía para pacientes en consulta externa	Tarifa de las instalaciones (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	Co-seguro del 20%	Co-seguro del 40%	Multa del 50% por falta de precertificación.
	Tarifas del médico/cirujano	Co-seguro del 20%	Co-seguro del 40%	Multa del 50% por falta de precertificación.
Si necesita atención médica inmediata	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 -----
Si necesita una estadía en el hospital	Tarifa de las instalaciones (p. ej., habitación del hospital)	Co-seguro del 20%	Co-seguro del 40%	Multa del 50% por falta de precertificación.
	Tarifas del médico/cirujano	Co-seguro del 20%	Co-seguro del 40%	Multa del 50% por falta de precertificación.
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o alcoholismo/farmacodependencia	Servicios de salud mental/del comportamiento para pacientes en consulta externa	Co-seguro del 20%	Co-seguro del 40%	Multa del 50% si no se precertifican los servicios que no son de rutina (por ejemplo, hospitalización parcial, programas intensivos para pacientes en consulta externa, [IOP, por sus siglas en inglés], etc.)
	Servicios de salud mental/del comportamiento para pacientes	Co-seguro del 20%	Co-seguro del 40%	Multa del 50% por falta de precertificación.

Preguntas: Llame al 1-800-Cigna24 o visítenos en 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, 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	
	internados			
	Servicios de alcoholismo y/o farmacodependencia para pacientes en consulta externa	Co-seguro del 20%	Co-seguro del 40%	Multa del 50% si no se precertifican los servicios que no son de rutina (por ejemplo, hospitalización parcial, programas intensivos para pacientes en consulta externa, [IOP, por sus siglas en inglés], etc.)
	Servicios de alcoholismo y/o farmacodependencia para pacientes internados	Co-seguro del 20%	Co-seguro del 40%	Multa del 50% por falta de precertificación.
Si está embarazada	Atención prenatal y posnatal	Co-seguro del 20%	Co-seguro del 40%	-----Ninguna -----
	Parto y todos los servicios como paciente internada	Co-seguro del 20%	Co-seguro del 40%	Multa del 50% por falta de precertificación.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica en el hogar	Co-seguro del 20%	Co-seguro del 40%	Multa del 50% por falta de precertificación. La cobertura tiene un límite máximo de 60 días por año. Los máximos se acumulan entre sí.
	Servicios de rehabilitación	Co-seguro del 20%	Co-seguro del 40%	Multa del 50% por no precertificar servicios de terapia del habla. La cobertura tiene un límite máximo de: 60 días por año para servicios de rehabilitación; 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%	Co-seguro del 40%	Multa del 50% por falta de precertificación. La cobertura tiene un límite máximo de 60 días por año
	Equipo médico duradero	Co-seguro del 20%	Co-seguro del 40%	Multa del 50% por falta de precertificación.
	Servicios para enfermos terminales	Co-seguro del 20%	Co-seguro del 40%	Multa del 50% por falta de precertificación.
Si su hijo necesita	Examen de la vista	No está cubierto	No está cubierto	-----Ninguna -----

Preguntas: Llame al 1-800-Cigna24 o visítenos en 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, 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	
atención dental o de la vista	Anteojos	No está cubierto	No está cubierto	-----Ninguna -----
	Control dental	No está cubierto	No está cubierto	-----Ninguna -----

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

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

Preguntas: Llame al 1-800-Cigna24 o visítenos en 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, 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, 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.

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, 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.

Tagalo (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): Dine'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo 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.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en 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.

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: \$5,380
- El paciente paga: \$2,160

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
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducible	\$750
Copagos	\$80
Co-seguro	\$1,300
Límites o exclusiones	\$30
Total	\$2,160

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

- Cantidad adeudada a proveedores: \$5,400
- El Plan paga: \$3,400
- El paciente paga: \$2,000

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
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducible	\$750
Copagos	\$920
Co-seguro	\$50
Límites o exclusiones	\$280
Total	\$2,000

Preguntas: Llame al 1-800-Cigna24 o visítenos en 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, 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: 4908785 **Versión del beneficio:** 6
Nombre del Plan: Littleton Public Schools - OAP
Coinsurance Plan
HP-POL/HP-APP 9/23/12

Preguntas: Llame al 1-800-Cigna24 o visítenos en 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, o llame al 1-800-Cigna24 para solicitar una copia.

RESUMEN DE BENEFICIOS



Cigna Health and Life Insurance Co.
Para Littleton Public Schools
Open Access Plus 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 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 o comuníquese con servicio al cliente al número de teléfono que figura al dorso de su tarjeta de identificación.

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
Máximo de por vida	Ilimitado	Ilimitado
Co-seguro	Su plan paga el 80%	Su plan paga el 60%
Cargo máximo reembolsable	No corresponde	110%
Deducible por año calendario	Individual: \$750 Grupo familiar: \$1,500	Individual: \$1,500 Grupo familiar: \$3,000
<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. La cantidad que pague por gastos cubiertos fuera de la red cuenta para sus deducibles dentro y fuera de la red. Una vez que cada miembro de la familia que cumpla con los requisitos alcance su deducible individual, los gastos cubiertos de ese miembro de la familia se pagarán según el nivel de co-seguro especificado por el plan. O bien, una vez alcanzado el deducible del grupo familiar, los gastos cubiertos de cada miembro de la familia que cumpla con los requisitos se pagarán según el nivel de co-seguro especificado por el plan. 		
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (▲)		

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
Desembolso máximo por año calendario	Individual: \$3,000 Grupo familiar: \$6,000	Individual: \$6,000 Grupo familiar: \$12,000
<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. La cantidad que pague por gastos cubiertos fuera de la red cuenta para sus desembolsos máximos dentro y fuera de la red. El deducible del plan cuenta para su desembolso máximo. Todos los copagos y los deducibles de los beneficios cuentan para su desembolso máximo. Los gastos cubiertos de trastornos de salud mental y de alcoholismo y/o farmacodependencia cuentan para su 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. Los costos de farmacias minoristas y de entrega a domicilio cuentan para el desembolso médico/de farmacia combinado. 		
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 (^)		
Servicios del médico		
Visita al consultorio del médico		
<ul style="list-style-type: none"> Todos los servicios, incluidos laboratorio y radiografías 	Su plan paga el 80% ^	Su plan paga el 60% ^
Cirugía realizada en el consultorio del médico	Su plan paga el 80% ^	Su plan paga el 60% ^
Tratamientos de alergias. Inyecciones contra alergias	Su plan paga el 80% ^	Su plan paga el 60% ^
Suero para las alergias	Su plan paga el 80% ^	Su plan paga el 60% ^
Administrado por el médico en el consultorio		
Atención preventiva		
Atención preventiva		
Desde el nacimiento hasta los 12 años	Su plan paga el 100%	Su plan paga el 100%
A partir de los 13 años	Su plan paga el 100%	No está cubierto
<ul style="list-style-type: none"> 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		
Desde el nacimiento hasta los 12 años	Su plan paga el 100%	Su plan paga el 100%
A partir de los 13 años	Su plan paga el 100%	No está cubierto
Mamografías, exámenes de Papanicolaou y pruebas de antígenos específicos de la próstata (PSA, por sus siglas en inglés)	Su plan paga el 100%	Su plan paga el 60% ^
<ul style="list-style-type: none"> 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. 		

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Pacientes internados		
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^)		
Instalaciones hospitalarias para pacientes internados	Su plan paga el 80% ^	Su plan paga el 60% ^
Habitación semiprivada: Dentro de la red: limitado a la tarifa negociada de habitación semiprivada/Fuera de la red: limitado a la tarifa de habitación semiprivada		
Habitación privada: Dentro de la red: limitado a la tarifa negociada de habitación semiprivada/Fuera de la red: limitado a la tarifa 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]): Dentro de la red: limitado a la tarifa negociada/Fuera de la red: limitado a la tarifa diaria de habitación de ICU/CCU		
Visitas o consultas al médico del hospital como paciente internado	Su plan paga el 80% ^	Su plan paga el 60% ^
Servicios profesionales para pacientes internados	Su plan paga el 80% ^	Su plan paga el 60% ^
<ul style="list-style-type: none"> Para servicios prestados por Cirujanos, Radiólogos, Patólogos y Anestesiastas 	Su plan paga el 80% ^	Su plan paga el 60% ^
Pacientes en consulta externa		
Servicios en instalaciones para pacientes en consulta externa	Su plan paga el 80% ^	Su plan paga el 60% ^
Servicios profesionales para pacientes en consulta externa	Su plan paga el 80% ^	Su plan paga el 60% ^
<ul style="list-style-type: none"> Para servicios prestados por Cirujanos, Radiólogos, Patólogos y Anestesiastas 	Su plan paga el 80% ^	Su plan paga el 60% ^
Rehabilitación a corto plazo	Su plan paga el 80% ^	Su plan paga el 60% ^
Máximos por año calendario:		
<ul style="list-style-type: none"> Rehabilitación pulmonar, terapia cognitiva, fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional: 60 días Rehabilitación cardíaca: 36 días Atención quiropráctica: 20 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.		
Otras instalaciones/servicios de atención médica		
Atención médica en el hogar (incluye los servicios de una enfermera privada para pacientes en consulta externa sujeto a necesidad médica)	Su plan paga el 80% ^	Su plan paga el 60% ^
<ul style="list-style-type: none"> Máximo de 60 días por año calendario Máximo de 16 horas por día 		
Instalaciones de cuidados especiales, Hospital de rehabilitación, Instalaciones de semigraves	Su plan paga el 80% ^	Su plan paga el 60% ^
<ul style="list-style-type: none"> Máximo de 60 días por año calendario 		
Equipo médico duradero	Su plan paga el 80% ^	Su plan paga el 60% ^
<ul style="list-style-type: none"> Máximo ilimitado por año calendario 		
Equipos y suministros para la lactancia	Su plan paga el 100%	No está cubierto
<ul style="list-style-type: none"> Limitados al alquiler de un sacaleches por nacimiento según lo indique o recete un médico. Incluye los suministros relacionados 		
Aparatos prostéticos externos (EPA, por sus siglas en inglés)	Su plan paga el 80%	Su plan paga el 80%
<ul style="list-style-type: none"> Deducible anual por EPA de \$100 por año calendario Máximo ilimitado por año calendario 		

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 (^)									
Trastornos de rutina de los pies					No está cubierto			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.									
Aparatos auditivos					Su plan paga el 80% ^			Su plan paga el 60% ^	
<ul style="list-style-type: none"> Máximo de 2 dispositivos por cada 36 meses, 1 por oído Incluye pruebas y ajustes de dispositivos auditivos cubiertos al nivel de visita al consultorio del PCP o Especialista Cobertura hasta los 17 años 									
Tratamiento de várices					Su plan paga el 80% ^			Su plan paga el 60% ^	
<ul style="list-style-type: none"> Máximo ilimitado por año calendario 									
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	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	
Laboratorio y radiografías	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	El plan paga el 80% ^		El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	
Imágenes radiológicas avanzadas	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	No corresponde	No corresponde	El plan paga el 80% ^		El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	
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	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera 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		Fuera de la red	Dentro de la red		Fuera de la red			
Servicios para enfermos terminales	El plan paga el 80% ^		El plan paga el 60% ^	El plan paga el 80% ^		El plan paga el 60% ^			
Asesoría por duelo	El plan paga el 80% ^		El plan paga el 60% ^	El plan paga el 80% ^		El plan paga el 60% ^			
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	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Maternidad	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	Misma cobertura que la incluida en los beneficios del plan para pacientes internados en el hospital	Misma cobertura que la incluida en los beneficios del plan para pacientes internados en el hospital

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	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la Red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Aborto (no provocado)	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Planificación familiar – Servicios para hombres	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^

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

Planificación familiar – Servicios para mujeres	El plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^	El plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^	El plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^	El plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^	El plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^
-------------------------------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------

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

Dispositivos anticonceptivos según lo indique o recete un médico.

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.

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

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	Fuera de la red	Instalaciones de Lifesource Dentro de la red	Instalaciones que no sean de Lifesource Dentro de la red	Fuera de la red
Trasplantes de órganos	El plan paga el 100%	El plan paga el 80% ^	No está cubierto	El plan paga el 100%	El plan paga el 80% ^	No está cubierto

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	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Salud mental	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Trastorno de alcoholismo y/o farmacodependencia	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^

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 calendario
- 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
Plan de tres niveles de copagos de Cigna Pharmacy <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos al por menor pueden obtenerse dentro de la red en una amplia selección de farmacias de todo el país. • El paciente es responsable del copago aplicable según el nivel del medicamento despachado. • Sus beneficios de farmacia tienen un desembolso máximo combinado con los beneficios médicos/de salud del comportamiento. • Medicamentos inyectables autoadministrados; no incluye medicamentos para tratar la infertilidad. • Incluye anticonceptivos orales. • Incluye anticonceptivos orales (con productos específicos cubiertos al 100%). • Incluye medicamentos que requieren receta médica para dejar de fumar. • Incluye insulina, tiras reactivas para medir la glucosa, lancetas, agujas y jeringas para insulina, y plumas y cartuchos de insulina. • Los medicamentos de especialidad tienen un límite de un suministro para 90 días para entrega a domicilio. • Los medicamentos de especialidad tienen un límite de un suministro para 30 días en farmacias minoristas. 	Minorista: suministro para 30 días Genéricos: Usted paga \$15 De marca preferida: usted paga \$35 De marca no preferida: Usted paga \$60 Entrega a domicilio: suministro para 90 días Genéricos: Usted paga \$30 De marca preferida: usted paga \$70 De marca no preferida: Usted paga \$120	No está cubierto

Información sobre el programa de farmacia

Revisión clínica y autorización previa de servicios de farmacia

- Su plan está sujeto a las revisiones de renovación temprana y otras revisiones clínicas, además de los requisitos de autorización previa.
- Las revisiones de exclusión del plan siempre están incluidas.
- 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:
 - o Exclusión de beneficios: autorización previa, revisiones de edad y revisiones de cantidad en el tiempo.
 - o 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.
 - o 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.

Lista de medicamentos que requieren receta médica:

- 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 myCigna.com.

Revisión de servicios de farmacia de especialidad:

- Programas clínicos
 - o Se requiere autorización previa para los medicamentos de especialidad, pero es posible que se apliquen límites de cantidad.
 - o Programa Theracare®
- Opción de acceso a medicamentos
 - o Minorista y/o entrega a domicilio

Programa de control de costos 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.

Información sobre el programa de farmacia

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

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)

Cargo máximo reembolsable

Los servicios fuera de la red están sujetos a un deducible por año calendario y a las limitaciones del cargo máximo reembolsable. Los pagos efectuados a profesionales de atención médica que no participen en la red de Cigna se determinan en función de la cantidad que resulte menor entre: el cargo normal del profesional de atención médica por un servicio o suministro similar, o un porcentaje (110%) de una tabla de tarifas 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 usa y el cargo máximo reembolsable por los servicios cubiertos se determina en función de la cantidad que resulte menor entre: el cargo normal del profesional de atención médica por un servicio o suministro similar, o la cantidad cobrada por ese servicio por el 80% de los profesionales de atención médica del área geográfica donde se reciba. Es posible que el profesional de atención médica le facture al afiliado la diferencia entre el cargo normal del profesional de atención médica y el cargo máximo reembolsable según lo determinado por el plan de beneficios, además de los deducibles, copagos y co-seguros aplicables.

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

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

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

Certificación previa – 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

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

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

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

Información adicional

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.

Exclusiones

- 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 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.

Exclusiones

- 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, portaliigas, 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.
- 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