

# RESUMEN DE BENEFICIOS

Cigna HealthCare of California, Inc.

Para: The Bishop's School

HMO

Full HMO

Fecha de entrada en vigor: 1 de marzo de 2026



**Selección de un proveedor de cuidado primario:** En este plan tiene que designar a un proveedor de cuidado primario. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de cuidado primario que participe en la red, y que pueda aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Hasta que usted haga esta designación, Cigna designará un proveedor de cuidado primario para usted. Para obtener información sobre cómo seleccionar a un proveedor de cuidado primario y para ver una lista de los proveedores de cuidado primario participantes, visite [www.mycigna.com](http://www.mycigna.com) o comuníquese con Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de ID. Para sus hijos, puede designar a un pediatra como el proveedor de cuidado primario.

**Se necesitan referencias para visitar a un especialista:** Su médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) debe enviar una referencia para que usted pueda visitar a un especialista, salvo algunas excepciones. Las excepciones incluyen: obstetras/ginecólogos, proveedores de servicios de salud del comportamiento y proveedores con acceso directo por exigencia del estado.

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

## Aspectos principales del plan

## Dentro de la red

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Máximo de por vida</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Ilimitado                                                                                                                                               |
| <b>Acumulación por año del plan</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Los deducibles, desembolsos máximos y límites de niveles de beneficios de su plan se acumulan por año de contrato, a menos que se indique lo contrario. |
| <b>Coseguro del plan</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | El plan paga el 100%                                                                                                                                    |
| <b>Cargo máximo reembolsable</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | No corresponde                                                                                                                                          |
| <b>Deducible del plan</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Individual: Ninguno<br>Grupo familiar: Ninguno                                                                                                          |
| <b>Desembolso máximo del plan</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Individual: \$2,000<br>Grupo familiar: \$4,000                                                                                                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los copagos/deducibles de los beneficios cuentan para su desembolso máximo.</li> <li>Los gastos cubiertos que cuentan para su desembolso máximo incluyen el coseguro pagado por el cliente y los cargos por servicios de salud mental y para trastornos de consumo de sustancias.</li> <li>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.</li> <li>Este plan incluye un desembolso máximo combinado del plan médico y de farmacia.</li> </ul> |                                                                                                                                                         |

## Beneficio

## Dentro de la red

### Servicios del médico: visitas al consultorio

|                                                                             |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Servicios del médico de cuidado primario (PCP)/Visita al consultorio</b> | Copago de \$30, y el plan paga el 100% |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|

03/01/2026

CA

HMO - Full HMO

| Beneficio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Dentro de la red                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios del médico especialista/Visita al consultorio</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>Se necesitan referencias de su PCP.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Copago de \$50, y el plan paga el 100%                                               |
| <b>Cirugía hecha en el consultorio del médico</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio |
| <b>Tratamiento/inyecciones para alergias y suero para las alergias</b><br>Suero para las alergias administrado por el médico en el consultorio<br><br><b>Nota:</b> El copago del consultorio no se aplica si solo se proporciona suero para las alergias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio |
| <b>Atención virtual</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                      |
| <b>Proveedores virtuales exclusivos - MDLIVE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                      |
| <b>Servicios de atención virtual de urgencia de MDLIVE</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>Es posible que los proveedores virtuales exclusivos presten servicios pagaderos en virtud de otros beneficios (por ejemplo, cuidado preventivo, médico de cuidado primario, salud del comportamiento; dermatología/médico especialista).</li> <li>Los servicios de laboratorio relacionados con una visita virtual deben obtenerse a través de laboratorios exclusivos.</li> <li>Incluye cargos por la prestación de servicios médicos y relacionados con la salud y por consultas a proveedores virtuales exclusivos que sean médicamente apropiadas, mediante el uso de tecnologías de audio, video y tecnologías basadas en Internet seguras.</li> </ul> |  | Copago de \$30, y el plan paga el 100%                                               |
| <b>Servicios del médico virtuales: visitas al consultorio</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                      |
| <b>Servicios del médico de cuidado primario (PCP)/Visita al consultorio</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Copago de \$30, y el plan paga el 100%                                               |
| <b>Servicios del médico especialista/Visita al consultorio</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>Los médicos pueden prestar servicios en forma virtual que son pagaderos en virtud de otros beneficios (por ejemplo, cuidado preventivo, servicios de terapia para pacientes ambulatorios).</li> <li>Incluye cargos por la prestación de servicios médicos y relacionados con la salud y por consultas que sean médicamente apropiadas, mediante el uso de tecnologías de audio, video y tecnologías basadas en Internet seguras, que son similares a los servicios de las visitas al consultorio que se brindan en persona.</li> </ul>                                                                                                                  |  | Copago de \$50, y el plan paga el 100%                                               |
| <b>Cuidado preventivo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                      |
| <b>Cuidado preventivo</b><br>Desde el nacimiento hasta los 16 años                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | El plan paga el 100%                                                                 |
| A partir de los 17 años<br><ul style="list-style-type: none"> <li>Incluye cuidado preventivo para bebés, niños, mujeres y adultos.</li> <li>Incluye la cobertura de servicios adicionales, como análisis de orina, ECG y otros análisis de laboratorio, que suplementan el beneficio de Cuidado preventivo estándar cuando se facturen como parte de la visita al consultorio.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | El plan paga el 100%                                                                 |
| <b>Vacunas</b><br>Desde el nacimiento hasta los 16 años                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | El plan paga el 100%                                                                 |
| A partir de los 17 años                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | El plan paga el 100%                                                                 |
| <b>Mamografías, exámenes de Papanicolaou y pruebas de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés)</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>La cobertura incluye los servicios profesionales para pacientes ambulatorios preventivos asociados.</li> <li>Los servicios relacionados con el diagnóstico están cubiertos en el mismo nivel de beneficios que otros servicios de radiografías y laboratorio, según el lugar del servicio.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | El plan paga el 100%                                                                 |
| <b>Pacientes hospitalizados</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                      |

| Beneficio                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Dentro de la red                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados</b>                                                                                                                                                                                                                                   |  | Copago de \$750 por admisión, y el plan paga el 100%                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nota:</b> Incluye todos los servicios de laboratorio y radiología, incluidas las imágenes radiológicas avanzadas.                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Visitas o consultas al médico del hospital como paciente internado</b>                                                                                                                                                                                                                             |  | El plan paga el 100%                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Servicios profesionales para pacientes internados</b>                                                                                                                                                                                                                                              |  | El plan paga el 100%                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiistas.</li> </ul>                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Pacientes ambulatorios</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Servicios en centros para pacientes ambulatorios</b>                                                                                                                                                                                                                                               |  | Copago de \$500 por visita al centro, y el plan paga el 100%                                                                                                                                                                                                                    |
| Los procedimientos de tratamiento no quirúrgico no están sujetos al copago por visita del centro.                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Servicios profesionales para pacientes ambulatorios</b>                                                                                                                                                                                                                                            |  | El plan paga el 100%                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiistas.</li> </ul>                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Servicios de emergencia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Sala de emergencias</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Copago de \$200, y el plan paga el 100%                                                                                                                                                                                                                                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Incluye servicios profesionales, y servicios de radiografías y/o laboratorio realizados en la Sala de emergencias y facturados por el centro como parte de la visita por una emergencia.</li> <li>El copago por visita no se aplica si es admitido.</li> </ul> |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Centro de cuidado de urgencia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Copago de \$30, y el plan paga el 100%                                                                                                                                                                                                                                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Incluye servicios profesionales, y servicios de radiografías y/o laboratorio realizados en el Centro de cuidado de urgencia y facturados por el centro como parte de la visita de cuidado de urgencia.</li> </ul>                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Ambulancia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | El plan paga el 100%                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Los servicios de ambulancia utilizados como transporte que no sea de emergencia (p. ej., regreso del hospital al hogar) generalmente no están cubiertos.                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Ambulancia – Trastornos de salud mental y de consumo de sustancias</b>                                                                                                                                                                                                                             |  | El plan paga el 100%                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Los servicios de ambulancia utilizados como transporte que no sea de emergencia (p. ej., regreso del hospital al hogar) generalmente no están cubiertos.                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Servicios para pacientes internados en otros centros de cuidado de la salud</b>                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Centro de cuidados especiales, hospital de rehabilitación, centros para afecciones subagudas</b>                                                                                                                                                                                                   |  | El plan paga el 100%                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Límite anual: 100 días.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Servicios de laboratorio</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Servicios del médico/Visita al consultorio</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio                                                                                                                                                                                            |
| <b>Laboratorio independiente</b>                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | El plan paga el 100%                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Centro para pacientes ambulatorios</b>                                                                                                                                                                                                                                                             |  | El plan paga el 100%                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Servicios de radiología</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Servicios del médico/Visita al consultorio</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio                                                                                                                                                                                            |
| <b>Centro para pacientes ambulatorios</b>                                                                                                                                                                                                                                                             |  | El plan paga el 100%                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Imágenes radiológicas avanzadas (ARI, por sus siglas en inglés)</b>                                                                                                                                                                                                                                |  | Incluye resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés), angiografías por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), tomografías computarizadas (CAT, por sus siglas en inglés) y tomografías por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés), etc. |
| <b>Centro para pacientes ambulatorios</b>                                                                                                                                                                                                                                                             |  | El plan paga el 100%                                                                                                                                                                                                                                                            |

| Beneficio                                                                                                                                                                                                       | Dentro de la red                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios del médico/Visita al consultorio                                                                                                                                                                      | Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio |
| <b>Servicios de terapia para pacientes ambulatorios</b>                                                                                                                                                         |                                                                                      |
| Servicios de terapia para pacientes ambulatorios                                                                                                                                                                | Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio |
| Límites anuales:                                                                                                                                                                                                |                                                                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Todas las terapias combinadas; incluye terapia cognitiva, terapia ocupacional, fisioterapia, rehabilitación pulmonar y terapia del habla: Sin límite de días.</li> </ul> |                                                                                      |
| <b>Nota:</b> Los días de terapia, proporcionados como parte de un plan de cuidado de la salud en el hogar aprobado, se acumulan para el máximo de servicios de tratamiento ambulatorio aplicable.               |                                                                                      |
| Servicios quiroprácticos                                                                                                                                                                                        | Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio |
| Límite anual:                                                                                                                                                                                                   |                                                                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención quiropráctica: 20 días.</li> </ul>                                                                                                                              |                                                                                      |
| Servicios de rehabilitación cardíaca                                                                                                                                                                            | Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio |
| Límite anual:                                                                                                                                                                                                   |                                                                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Rehabilitación cardíaca: Sin límite de días.</li> </ul>                                                                                                                  |                                                                                      |
| <b>Atención de enfermos terminales</b>                                                                                                                                                                          |                                                                                      |
| Centros para pacientes internados                                                                                                                                                                               | El plan paga el 100%                                                                 |
| Servicios para pacientes ambulatorios                                                                                                                                                                           | El plan paga el 100%                                                                 |
| <b>Nota:</b> Incluye la asesoría por duelo cuando forma parte de un programa para enfermos terminales.                                                                                                          |                                                                                      |
| <b>Asesoría por duelo (para servicios no prestados como parte de un programa para enfermos terminales)</b>                                                                                                      |                                                                                      |
| Servicios proporcionados por un profesional de la salud mental                                                                                                                                                  | Cubiertos por el beneficio de salud mental                                           |
| <b>Maternidad</b>                                                                                                                                                                                               |                                                                                      |
| Visita inicial para confirmar el embarazo                                                                                                                                                                       | Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio |
| Todas las visitas prenatales posteriores, visitas posnatales y los cargos de parto del médico (tarifa total de maternidad)                                                                                      | El plan paga el 100%                                                                 |
| Visitas al consultorio además de la tarifa total de maternidad (prestadas por un obstetra/ginecólogo o Especialista)                                                                                            | Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio |
| Parto: Centro (Hospital para pacientes internados, Centro de maternidad)                                                                                                                                        | Misma cobertura que la del beneficio de Hospital para pacientes internados del plan  |
| <b>Aborto</b>                                                                                                                                                                                                   |                                                                                      |
| Servicios relacionados con un aborto                                                                                                                                                                            | El plan paga el 100%                                                                 |
| <b>Nota:</b> Procedimientos provocados y no provocados.                                                                                                                                                         |                                                                                      |
| <b>Planificación familiar</b>                                                                                                                                                                                   |                                                                                      |
| Servicios para mujeres                                                                                                                                                                                          | El plan paga el 100%                                                                 |
| Incluye dispositivos anticonceptivos según lo indique o recete un médico y los servicios de esterilización quirúrgica, como la ligadura de las trompas (no incluye la reversión).                               |                                                                                      |
| Servicios para hombres                                                                                                                                                                                          | El plan paga el 100%                                                                 |
| Incluye servicios de esterilización quirúrgica, como la vasectomía (no incluye la reversión).                                                                                                                   |                                                                                      |

| Beneficio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Dentro de la red                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Infertilidad</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                      |
| <b>Tratamiento para la infertilidad</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | La cobertura varía según el lugar del servicio                                       |
| Servicios de infertilidad cubiertos: exámenes de laboratorio y radiología, asesoría, tratamiento quirúrgico, incluye inseminación artificial, fertilización <i>in vitro</i> , transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés), transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), etc. <ul style="list-style-type: none"> <li>Máximo de por vida: Ilimitado.</li> </ul> |                                                                                      |
| <b>Otros centros/servicios de cuidado de la salud</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                      |
| <b>Cuidado de la salud en el hogar</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | El plan paga el 100%                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Límite anual: 100 días (el límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias).</li> <li>Máximo de 16 horas por día.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                |                                                                                      |
| <b>Nota:</b> Incluye los servicios de una enfermera privada para pacientes ambulatorios cuando se aprueban como medicamento necesarios.                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                      |
| <b>Trasplantes de órganos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | La cobertura varía según el lugar del servicio                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Los servicios se pagan al nivel de la red si se reciben en centros de Cigna LifeSOURCE Transplant Network®.</li> <li>Máximo para viajes - Centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network® únicamente: máximo de \$10,000 por trasplante de por vida.</li> </ul>                                                                                                                 |                                                                                      |
| <b>Equipo médico duradero</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | El plan paga el 100%                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Límite anual: Ilimitado.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                      |
| <b>Equipos y suministros para la lactancia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | El plan paga el 100%                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Limitados al alquiler de un sacaleches por nacimiento según lo indique o recete un médico.</li> <li>Incluye los suministros relacionados.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                      |
| <b>Aparatos protésicos externos (EPA, por sus siglas en inglés)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | El plan paga el 100%                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Límite anual: Ilimitado.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                      |
| <b>Trastorno de la articulación temporomandibular (ATM)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | La cobertura varía según el lugar del servicio                                       |
| <b>Nota:</b> El tratamiento se proporciona en forma limitada, según el caso. Excluye aparatos y tratamiento de ortodoncia.                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                      |
| <b>Cuidado de rutina de los pies</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Sin cobertura                                                                        |
| <b>Nota:</b> Los servicios asociados con el cuidado de los pies en los casos de diabetes y enfermedad vascular periférica están cubiertos cuando se aprueban como servicios médicamente necesarios.                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                      |
| <b>Aparatos auditivos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | El plan paga el 100%                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Máximo de 2 dispositivos de por vida.</li> <li>Incluye pruebas y ajustes de dispositivos auditivos por el costo compartido de la visita al consultorio del médico.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                  |                                                                                      |
| <b>Acupuntura</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Límite anual: 12 días.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                      |
| <b>Trastornos de salud mental y de consumo de sustancias</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                      |
| <b>Servicios de salud mental para pacientes internados</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Copago de \$750 por admisión, y el plan paga el 100%                                 |
| <b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios – Consultorio del médico</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Copago de \$50, y el plan paga el 100%                                               |
| <b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | El plan paga el 100%                                                                 |
| <b>Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes internados</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Copago de \$750 por admisión, y el plan paga el 100%                                 |
| <b>Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios – Consultorio del médico</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Copago de \$50, y el plan paga el 100%                                               |
| <b>Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | El plan paga el 100%                                                                 |

## Beneficio

## Dentro de la red

### Límites anuales:

- Máximo ilimitado.

### Notas:

- “Pacientes internados” incluye el tratamiento residencial y agudo para pacientes internados.
- “Pacientes ambulatorios – Consultorio del médico” puede incluir terapia individual, familiar y grupal, psicoterapia, manejo de medicamentos, etc.
- “Pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios” puede incluir hospitalización parcial, servicios intensivos para pacientes ambulatorios, terapia de análisis conductual aplicado (ABA, por sus siglas en inglés), etc.
- Los servicios se pagan en un 100% una vez que alcance su desembolso máximo.

**Nota importante sobre la cobertura para trastornos de salud mental y de consumo de sustancias:** Los servicios médicos cubiertos mencionados arriba, que se reciben para diagnosticar o tratar una afección mental o un trastorno de consumo de sustancias, se pagarán de acuerdo con la sección titulada “Trastornos de salud mental y de consumo de sustancias”.

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

#### Administración para pacientes internados y ambulatorios

- Revisión de la utilización y administración de casos para pacientes internados
- Revisión de la utilización y administración de casos para pacientes ambulatorios
- Hospitalización parcial
- Programas intensivos para pacientes ambulatorios
- Programa Changing Lives by Integrating Mind and Body (Cambiando vidas a través de la integración de la mente y el cuerpo)
- Programas de control del estilo de vida: de control del estrés, para dejar el tabaco y de control del peso
- Administración de terapia de narcóticos
- Programa inMynd<sup>SM</sup>: una solución holística integral que ayuda a reconocer afecciones de la salud del comportamiento y a encontrar recursos para tratarlas

## Farmacia

## Dentro de la red

### Parte del costo que le corresponde y suministro

#### Parte del costo por Cigna Pharmacy Plus

- Farmacia minorista: suministro para un máximo de 90 días (salvo medicamentos de especialidad, que tienen un suministro máximo de 30 días).
- Entrega a domicilio: suministro para un máximo de 90 días (salvo medicamentos de especialidad, que tienen un suministro máximo de 30 días).
- Los medicamentos de especialidad orales están cubiertos con el costo compartido de los medicamentos que no son de especialidad.

#### Farmacia minorista (por suministro para 30 días):

Genéricos: Usted paga \$15  
De marca preferida: Usted paga \$40  
De marca no preferida: Usted paga \$60

#### Farmacia minorista y entrega a domicilio (por suministro para 30 días):

Especialidad: Usted paga \$100

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

Genéricos: Usted paga \$30  
De marca preferida: Usted paga \$80  
De marca no preferida: Usted paga \$120

## Farmacia

## Dentro de la red

- **Cigna 90 Now CVS:** Los medicamentos al por menor por un suministro para 30 días pueden obtenerse dentro de la red en una amplia selección de farmacias de todo el país. No obstante, las recetas para un suministro para 90 días (como en el caso de medicamentos de mantenimiento) estarán disponibles en determinadas farmacias de la red. Walgreens se considerará una farmacia fuera de la red para suministros para 90 días.
- Programa Cigna 90 Now: Para algunos medicamentos de mantenimiento específicos, debe obtener una receta para 90 días (que se despachará en una farmacia minorista con despacho para 90 días de la red o una farmacia de entrega a domicilio de la red) para que el plan cubra el medicamento. De lo contrario, después de despachar el medicamento tres veces para 30 días, deberá pagar el costo total de la receta.
- Los medicamentos de especialidad son medicamentos que se usan para tratar una enfermedad subyacente que se considera poco frecuente y crónica, como por ejemplo, la esclerosis múltiple, la hepatitis C o la artritis reumatoide. Los medicamentos de especialidad pueden incluir medicamentos de alto costo, además de medicamentos que pueden requerir una manipulación especial y una minuciosa supervisión durante su administración.
- Si el paciente solicita un medicamento de marca, paga el costo compartido del medicamento genérico más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico, hasta cubrir el costo del medicamento de marca (a menos que el médico indique “Dispense As Written”, DAW, que significa “Despachar según lo indicado”).
- El farmacéutico despachará el medicamento de marca, y el paciente pagará el costo compartido del medicamento genérico, si el medicamento forma parte del Programa de Sustitución de Genéricos por Medicamentos de Marca (DAW9).
- Sus beneficios de farmacia comparten un desembolso máximo con los beneficios médicos/de salud del comportamiento.
- Al usar un péptido similar al glucagón 1 (GLP-1, por sus siglas en inglés), es importante contar con un seguimiento clínico especial y apoyo de su médico y su farmacéutico. En la red de su plan hay farmacias que pueden ayudarle, incluida Evernorth EnGuide<sup>SM</sup> Pharmacy.

## Medicamentos cubiertos

### Lista de medicamentos con receta:

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

Algunas características importantes:

- La cobertura incluye medicamentos inyectables autoadministrados y medicamentos inyectables opcionales, pero no incluye medicamentos para tratar la infertilidad.
- Los dispositivos y los medicamentos anticonceptivos están cubiertos, y los productos exigidos por la legislación federal están cubiertos en un 100%.
- La insulina, las tiras reactivas para medir la glucosa, las lancetas, las agujas y las jeringas para insulina, y las plumas y los cartuchos de insulina están cubiertos.
- Los medicamentos orales para tratar la infertilidad están cubiertos.

## Información sobre el programa de farmacia

### Revisión clínica de servicios de farmacia: Essential

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

- Requisitos de autorización previa.
- Tratamiento escalonado para determinadas clases de medicamentos y drogas que recién hayan ingresado al mercado.
- Límites de cantidad, incluidas revisiones de dosis diaria máxima, revisiones de cantidad en el tiempo, revisiones de duración del tratamiento y revisiones de optimización de la dosis.
- Revisiones de edad y revisiones de renovación temprana.
- Revisiones de exclusión del plan.
- Los usuarios actuales de medicamentos sujetos a Tratamiento escalonado podrán despachar un suministro para 30 días durante los primeros tres meses de cobertura antes de que se aplique el programa de Tratamiento escalonado.
- Su plan incluye componentes de gestión de medicamentos de especialidad, tales como autorización previa y límites de cantidad, para garantizar la emisión segura de recetas y el acceso a medicamentos de especialidad.
- Para los clientes que tienen afecciones complejas y que toman medicamentos de especialidad, ofreceremos la ayuda de los Centros de Recursos Terapéuticos (TRC, por sus siglas en inglés) Accredo para que proporcionen los medicamentos de especialidad y el asesoramiento sobre la afección. Para los clientes que toman un medicamento de especialidad que no despacha Accredo, los expertos de Cigna se encargarán de proporcionar el medicamento de especialidad y el asesoramiento sobre la afección.

### Patient Assurance Program

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

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

## Información adicional

### Administración de Casos

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

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

El Programa de Prevención de la Diabetes de Cigna en colaboración con Omada es un programa para ayudarle a evitar la aparición de diabetes, así como riesgos para la salud que podrían provocar una enfermedad cardíaca o un derrame cerebral. El programa está cubierto por su plan de salud en el nivel preventivo, al igual que su visita de bienestar. Quienes participen en el programa tienen acceso a un asesor médico virtual profesional, un grupo de apoyo en línea, clases interactivas y una balanza con tecnología inteligente. El programa le ayudará a hacer pequeños cambios en los hábitos de alimentación, actividad y sueño y en el nivel de estrés para lograr bajar de peso de manera saludable, a lo largo de una serie de 16 clases semanales y mediante herramientas para ayudarle a no volver a subir. También se le ofrecerá la oportunidad de inscribirse en un gimnasio por una cuota mensual baja y sin matrícula de inscripción.

### Programa de oncología integral

- Asistencia para administración de la atención
- Administración de Casos

Incluido

### Healthy Pregnancies/Healthy Babies

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

\$150 (1.º trimestre)/\$75 (2.º trimestre) – Opción 3

## Información adicional

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

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

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

### Coordinación con Medicare

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

- (a) un empleado, como un jubilado, un empleado incapacitado, el cónyuge dependiente y/o el hijo o los hijos dependientes de un empleado, incluida la pareja de hecho de un empleado, o una persona que tenga la continuación en virtud de COBRA (cuyo seguro continúe por algún motivo), y que cumpla con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare debido a la edad o a una incapacidad;
- (b) la pareja de hecho de un empleado que también cumpla con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare debido a la edad;
- (c) un empleado, un empleado, el cónyuge dependiente y/o el hijo o los hijos dependientes de un empleado o un empleado, el dependiente de un empleado, incluida la pareja de hecho, que cumpla con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare debido a una enfermedad renal terminal, después de que esa persona haya cumplido con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare durante 30 meses.

Cuando una persona cumpla con los requisitos para las Partes A y B de Medicare según lo descrito arriba, este plan pagará como Plan secundario de las Partes A y B de Medicare **independientemente de si la persona efectivamente está inscrita en la Parte A y/o la Parte B de Medicare e independientemente de si la persona solicita atención en un proveedor de Medicare o no para recibir servicios cubiertos por Medicare.**

### Reducción por cirugía múltiple

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

### One Guide

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

**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.

- Los beneficios se denegarán por cualquier admisión revisada por Cigna Healthcare y no certificada.
- Los beneficios se denegarán por cualquier día adicional no certificado por Cigna Healthcare.

**Precertificación – PHS+ – Autorización previa para pacientes ambulatorios:** se requiere para determinados procedimientos y pruebas de diagnóstico de pacientes ambulatorios.

Dentro de la red: coordinado por su médico.

- Los beneficios se denegarán por cualquier procedimiento/prueba de diagnóstico de pacientes ambulatorios que revise Cigna Healthcare y no certifique.

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

### Solución de bienestar: Core Plus

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

## Definiciones

**Coseguro:** La parte de los gastos cubiertos de la cual usted es responsable se denomina coseguro.

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

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

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

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

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

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

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

## Exclusiones

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

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

- Atención de afecciones médicas que deben tratarse en un centro público según lo exigido por la ley estatal o local; no obstante, esta exclusión no se aplicará para excluir la cobertura de servicios brindados a un miembro recluso en una prisión municipal o del condado o en una institución juvenil, únicamente debido a dicha reclusión, o de servicios brindados a un miembro recluso en un hospital estatal, únicamente porque los servicios se brindaron en un hospital estatal.
- Servicios que deben ser brindados por un sistema escolar público o un distrito escolar según lo exigido por la ley estatal o federal, que sean supervisados o coordinados a través del sistema escolar público o el distrito escolar y no a través de un Proveedor participante, a excepción de los servicios descritos en la Sección IV. Servicios y suministros cubiertos, trastornos autistas.
- Cargos que no tiene la obligación de pagar, por los que no recibirá una factura o por los que no le habrían facturado, salvo que usted estuviera cubierto por este Acuerdo.
- 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.
- Servicios y suministros relacionados con servicios que estén en etapa experimental o en investigación o no hayan sido comprobados, según lo definido en la “Sección I. Definiciones de términos usados en este Acuerdo de servicio colectivo”.
- Cirugía o tratamiento estético, salvo según lo especificado en la sección “Cirugía reconstructiva” de la “Sección IV. Servicios y suministros cubiertos”.
- Los siguientes servicios están excluidos a menos que sean Médicamente necesarios:
  - Cirugías en caso de macromastia o ginecomastia: la cirugía en caso de macromastia es la escisión quirúrgica de tejido mamario femenino agrandado, piel y tejido graso para reducir el tamaño del seno. La cirugía en caso de ginecomastia es un procedimiento para tratar el agrandamiento benigno del seno masculino.
  - Tratamiento quirúrgico de várices.
  - Cirugía de la pared abdominal: la cirugía de la pared abdominal, también llamada cirugía de reducción abdominal, es un procedimiento quirúrgico que tensa una pared abdominal anterior laxa y extirpa el exceso de piel abdominal (componente de paniclectomía). Generalmente se hace con el fin de mejorar la apariencia volviéndole a dar forma al área de la pared abdominal.
  - Paniclectomía: la paniclectomía es la escisión quirúrgica de panículo adiposo sobrante (la fascia superficial que contiene un exceso de tejido graso).
  - Rinoplastia.
  - Blefaroplastia: la blefaroplastia se refiere a la escisión quirúrgica de tejido sobrante (músculo, grasa, piel) de los párpados.
  - Cirugía para retirar piel sobrante.
  - Extirpación de papilomas cutáneos.

## Exclusiones

- Los siguientes servicios se excluyen de la cobertura, sin importar las indicaciones clínicas:
  - Acupresión.
  - Terapia craneosacral/craneal: la terapia craneosacral (CST, por sus siglas en inglés), también llamada terapia craneal, es un tratamiento no invasivo cuya eficacia todavía no ha sido comprobada, en el que se utiliza el contacto de las manos con fines de diagnóstico para detectar pulsaciones y ritmos del flujo del líquido cefalorraquídeo para lograr la liberación de posibles restricciones sin el uso de una manipulación fuerte. La CST se ha utilizado para diversas afecciones médicas generales y musculoesqueléticas. Algunas aplicaciones clínicas informadas de la CST incluyen: infecciones sistémicas agudas, afecciones con dolor crónico, infecciones localizadas, disfunciones de las vísceras (por ejemplo, úlceras de intestino, asma), depresión, estrabismo, problemas de audición, retrasos en el desarrollo y autismo. Todavía no se ha comprobado la seguridad y eficacia de este tratamiento. Si usted considera que alguno de estos servicios se le han denegado por ser de naturaleza experimental, puede pedir una apelación a través de una “Revisión médica independiente para tratamientos experimentales y en investigación y servicios de cuidado de la salud en disputa” en virtud de la “Sección III. Disposiciones del Acuerdo”.
  - Danzaterapia.
  - Kinesiología aplicada: la kinesiología aplicada es un sistema que usa la prueba muscular a modo de evaluación neurológica funcional. La metodología se concentra principalmente en la función neuromuscular y su relación con los mecanismos reguladores fisiológicos estructurales, químicos y mentales. La kinesiología aplicada, que se originó dentro de la profesión quiropráctica, es una manera de abordar la práctica clínica, con aplicaciones multidisciplinarias. Todavía no se ha comprobado la seguridad y eficacia de esta técnica. Si usted considera que alguno de estos servicios se le han denegado por ser de naturaleza experimental, puede pedir una apelación a través de una “Revisión médica independiente para tratamientos experimentales y en investigación y servicios de cuidado de la salud en disputa” en virtud de la “Sección III. Disposiciones del Acuerdo”.
  - *Rolfing* (masaje de tejido conectivo).
  - Proloterapia: la proloterapia consiste en la inyección de una solución con la finalidad de tensar y fortalecer tendones, ligamentos o cápsulas articulares que estén flojos o debilitados a través de la multiplicación y activación de fibroblastos. Todavía no se ha comprobado la seguridad y eficacia de este tratamiento. Si usted considera que alguno de estos servicios se le han denegado por ser de naturaleza experimental, puede pedir una apelación a través de una “Revisión médica independiente para tratamientos experimentales y en investigación y servicios de cuidado de la salud en disputa” en virtud de la “Sección III. Disposiciones del Acuerdo”.
  - Litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL, por sus siglas en inglés) para afecciones musculoesqueléticas y ortopédicas: la litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL) es un tratamiento no invasivo en el que se transmiten de 1000 a 3000 ondas de choque a la región musculoesquelética dolorida. Este tratamiento se ha propuesto como alternativa a la cirugía. Se desconoce el mecanismo por el cual la ESWL podría hacer efecto para aliviar el dolor, y su eficacia no ha sido comprobada. Si usted considera que alguno de estos servicios se le han denegado por ser de naturaleza experimental, puede pedir una apelación a través de una “Revisión médica independiente para tratamientos experimentales y en investigación y servicios de cuidado de la salud en disputa” en virtud de la “Sección III. Disposiciones del Acuerdo”.
- Tratamiento dental de los dientes, las encías o las estructuras que soportan directamente los dientes, que incluye radiografías dentales, exámenes, reparaciones, ortodoncia, periodoncia, moldes, férulas y servicios para maloclusión dental, por cualquier afección. Sin embargo, los cargos cobrados por servicios o suministros brindados por una lesión accidental de una pieza dental o en relación con dicha lesión están cubiertos.
- Servicios médicos y quirúrgicos destinados principalmente al tratamiento o el control de la obesidad. No obstante, el tratamiento de la obesidad clínicamente grave, según lo definido por las clasificaciones del índice de masa corporal (IMC) de las pautas del Instituto Nacional de Estudio del Corazón, los Pulmones y la Sangre (NHLBI, por sus siglas en inglés), cuenta con cobertura únicamente en centros aprobados si se demuestra, mediante la literatura científica basada en evidencias y revisada por colegas médicos y las pautas científicas, que los servicios son seguros y eficaces para el tratamiento de la afección. El NHLBI define a la obesidad clínicamente grave como un IMC de 40 o más sin comorbilidades, o un IMC de 35-39 con comorbilidades. Se excluye específicamente lo siguiente:
  - servicios médicos y quirúrgicos para alterar la apariencia o cambios físicos que sean el resultado de una cirugía realizada para el control de la obesidad o de la obesidad clínicamente grave (patológica), a menos que sean Médicamente necesarios o según lo especificado en la sección “Cirugía reconstructiva” de la “Sección IV. Servicios y suministros cubiertos”; y
  - programas o tratamientos para bajar de peso, ya sean recetados o recomendados por un médico o que se realicen bajo supervisión médica.

## Exclusiones

- A menos que estén cubiertos como un beneficio básico, informes, evaluaciones, exámenes físicos u hospitalizaciones que no sean necesarios por razones de salud, que incluyen, a modo de ejemplo, las licencias de empleo, seguro o gubernamentales, y evaluaciones ordenadas por un juez, forenses o de custodia.
- Tratamiento u hospitalización ordenados por un juez, a menos que el tratamiento sea indicado por un Médico participante o que esté cubierto en “Sección IV. Servicios y suministros cubiertos”.
- Reversión de los procedimientos de esterilización voluntarios masculinos y femeninos.
- Tratamiento de la disfunción sexual masculina o femenina, que incluyen, a modo de ejemplo, el tratamiento de la disfunción eréctil (incluye implantes peneanos), anorgasmia y eyaculación precoz. Sin embargo, el tratamiento y los implantes peneanos Médicamente necesarios están cubiertos cuando la disfunción eréctil es causada por una afección médica establecida.
- El cuidado y los costos médicos y hospitalarios para el bebé de un Dependiente, a menos que el bebé cumpla con los requisitos exigidos por el Acuerdo.
- Asesoría o servicios auxiliares no médicos, que incluyen, a modo de ejemplo, los Servicios de custodia, educación, capacitación, rehabilitación vocacional, biorretroalimentación, neuroretroalimentación, hipnosis, terapia del sueño, asesoría laboral, capacitación para cuidar la espalda, servicios de retorno al trabajo, programas de reentrenamiento para el trabajo y seguridad vial. El entrenamiento y los servicios relacionados con la salud del comportamiento, la terapia educacional u otros servicios auxiliares no médicos para tratar los trastornos del aprendizaje, los retrasos en el desarrollo o el retraso mental también están excluidos, salvo según lo especificado en la sección “Enfermedad mental grave de un Miembro de cualquier edad y Trastornos emocionales graves de un menor” de la “Sección IV. Servicios y suministros cubiertos”.
- Suministros médicos de consumo distintos a los suministros para estoma, catéteres urinarios y suministros para diabéticos. Los suministros excluidos incluyen, a modo de ejemplo: vendajes y otros artículos médicos desechables, incluidas las preparaciones cutáneas, salvo según lo especificado en las secciones “Servicios hospitalarios para pacientes internados”, “Servicios en centro para pacientes ambulatorios”, “Servicios para diabéticos”, “Cobertura de suministros para diabéticos”, “Equipo médico duradero” y “Servicios de cuidado de la salud en el hogar” de la “Sección IV. Servicios y suministros cubiertos”.
- Habitaciones privadas en un hospital y/o los servicios de una enfermera privada, a excepción de lo que se especifica en la sección “Servicios de cuidado de la salud en el hogar” de la “Sección IV. Servicios y suministros cubiertos” o a menos que el Director médico del plan de salud determine que son Médicamente necesarias previa consulta con el Médico a cargo del tratamiento del miembro.
- Artículos personales o para hacer la vida más cómoda, como los juegos de cuidado personal que se ofrecen al ser admitido en un hospital, televisión, teléfono, fotografías de recién nacidos, comidas de cortesía, avisos de nacimiento y otros artículos que no se utilizan para el tratamiento específico de una enfermedad o lesión.
- Elementos artificiales de asistencia, que incluyen, a modo de ejemplo, plantillas anatómicas, medias elásticas, portaligas, corsés, dentaduras postizas y pelucas.
- Calzado ortopédico, a menos que sea médicamente necesario o según lo especificado en la sección “Aparatos ortopédicos y dispositivos ortopédicos” de la “Sección IV. Servicios y suministros cubiertos”.
- Ayudas o dispositivos que ayudan en la comunicación no verbal, entre ellos tableros de comunicación, dispositivos para hablar pregrabados, computadoras portátiles, computadoras de escritorio, asistentes digitales personales (PDA, por sus siglas en inglés), máquinas para escribir en braille, sistemas de alerta visual para sordos y libros para la memoria.
- Refracción de rutina.
- Cristales de anteojos correctivos y servicios asociados (exámenes y ajustes recetados), incluidos cristales y marcos de anteojos y lentes de contacto, excepto por el primer par de lentes correctivos o el primer juego de cristales y marcos para anteojos, y servicios asociados para el tratamiento de queratocono o luego de una cirugía de cataratas.
- Ejercicios oculares y tratamiento quirúrgico para la corrección de un error de refracción, incluida una queratotomía radial.
- Todos los medicamentos con receta, los medicamentos sin receta, los medicamentos con receta inyectables que no necesitan la supervisión del médico y se consideran comúnmente medicamentos autoadministrados, y los medicamentos de carácter experimental o en investigación (salvo según lo especificado en “Revisión médica independiente para tratamientos experimentales y en investigación y servicios de cuidado de la salud en disputa” en la “Sección III. Disposiciones del Acuerdo”), y la “Sección IV. Servicios y suministros cubiertos”.

## Exclusiones

- Cuidado de rutina de los pies, que incluye el emparejamiento y la eliminación de callos y durezas, y el mantenimiento de las uñas de los pies. Sin embargo, los servicios de cuidado de los pies para diabetes, neuropatías periféricas y enfermedad vascular periférica están cubiertos.
- Costos o cuotas de membresías relacionadas con clubes deportivos, programas para bajar de peso y programas para dejar de fumar.
- Implantes dentales por cualquier afección.
- 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, a excepción de lo dispuesto en la sección "Pruebas genéticas" de la "Sección IV. Servicios y suministros cubiertos".
- 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 Director médico del plan de salud la probabilidad de la pérdida de sangre en exceso es tal que se espera que la cirugía traiga aparejada una transfusión.
- Administración de sangre con el propósito de mejorar la condición física general.
- Costos de sustancias biológicas, ya sean vacunas o medicamentos para viajes o para protegerse de riesgos y peligros ocupacionales.
- Cosméticos, suplementos alimenticios, y productos para la salud y belleza.
- Alimentos y suministros para alimentación por sonda, y alimentos médicos especialmente formulados, con receta y sin receta, excepto la fórmula para lactantes necesaria para el tratamiento de errores innatos del metabolismo.
- Terapia de masajes.

### Estos son solo los puntos más destacados

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

*Los productos y servicios de Cigna Healthcare son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de The Cigna Group, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Behavioral Health, Inc., Evernorth Care Solutions, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation, incluida Cigna HealthCare of California, Inc.*

EHB Estado: CA

# La discriminación es ilegal

Cigna Healthcare® cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales.

Cigna Healthcare no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales.

## Cigna Healthcare:

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

Si necesita modificaciones razonables, servicios y herramientas especiales, o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.



Todos los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Behavioral Health, Inc., Evernorth Care Solutions, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation, incluidas Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of California, Inc., Cigna HealthCare of Colorado, Inc., Cigna HealthCare of Connecticut, Inc., Cigna HealthCare of Florida, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Illinois, Inc., Cigna HealthCare of Indiana, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of New Jersey, Inc., Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Tennessee, Inc. y Cigna HealthCare of Texas, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

896375SPH 5/25 © 2025 Cigna Healthcare.

Si considera que Cigna Healthcare no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales, puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles.

P.O. Box 188016, Chattanooga, TN 37422,  
877.822.6561 (TTY: marque el 711)

ACAGrievance@CignaHealthcare.com

La queja puede presentarse en persona, por correo postal, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar la queja, el coordinador de derechos civiles podrá ayudarle.

También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a:

## U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue,  
SW Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201

**1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)**

Los formularios para presentar una queja están disponibles en

<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

## Proficiency of Language Assistance Services

**English – ATTENTION:** If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1- 800-244-6224 (TTY: Dial 711) or speak to your provider.

**Spanish – ATENCIÓN:** Si habla español, los servicios de asistencia lingüística gratuitos están disponibles para usted. También están disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-244-6224 (TTY: Marque 711) o hable con su proveedor.

**Chinese – 注意:** 如果您讲中文，我们提供免费的语言援助服务。适当的辅助设备和服务也可以免费提供，以提供无障碍格式的信息。请拨打 1-800-244-6224 (TTY: 拨打 711) 或与您的服务提供者联系。

**Vietnamese – XIN LƯU Ý:** Nếu bạn nói tiếng Viet, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí có sẵn cho bạn. Các thiết bị và dịch vụ hỗ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng có thể tiếp cận cũng có sẵn miễn phí. Gọi số 1-800-244-6224 (TTY: Gọi 711) hoặc nói chuyện với nhà cung cấp của bạn.

**Korean – 주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스가 제공됩니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 기기 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-244-6224 (TTY: 711 로 전화) 로 전화하시거나 제공자에게 문의하십시오.

**Tagalog – PAUNAWA:** Kung ikaw ay nagsasalita ng Tagalog, ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika ay magagamit para sa iyo. Ang mga angkop na pantulong na kagamitan at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay magagamit din ng libre. Tumawag sa 1-800-244-6224 (TTY: Tumawag sa 711) o makipag-usap sa iyong tagapagbigay.

**Russian – ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском, доступны бесплатные услуги языковой помощи. Также бесплатно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги для предоставления информации в доступных форматах. Позвоните по телефону 1-800-244-6224 (TTY: Наберите 711) или обратитесь к вашему провайдеру.

**Arabic - تنبيه:** إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر أيضًا مساعدات قابلة للوصول إليها، وذلك مجانًا. اتصل بالرقم. أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك (اطلب 711 TTY: 1-800-244-6224)

**French Creole – ATANSYON:** Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang gratis yo disponib pou ou. Ekipman ak sèvis adisyonèl ki apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm ki aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-800-244- 6224 (TTY: Rele 711) oswa pale ak founisè ou a.

**French – ATTENTION :** Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont disponibles pour vous. Des aides et des services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-244-6224 (TTY : composez le 711) ou parlez à votre fournisseur.

**Portuguese – ATENÇÃO:** Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-244-6224 (TTY: disque 711) ou fale com seu prestador de serviços.

**Polish – UWAGA:** Jeśli mówisz po polsku, dostępne są bezpłatne usługi pomocy językowej. Odpowiednie pomoce i usługi wspierające w celu dostarczenia informacji w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-244-6224 (TTY: wybierz 711) lub skontaktuj się ze swoim dostawcą usług.

**Japanese – 注意:** 日本語を話す場合は、無料の言語支援サービスが利用できます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助機器やサービスも無料で利用できます。1-800-244-6224 (TTY: 711 にダイヤル) に電話するか、提供者に話してください。

**Italian – ATTENZIONE:** Se parli italiano, sono disponibili per te servizi gratuiti di assistenza linguistica. Sono disponibili gratuitamente anche ausili e servizi appropriati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-800-244-6224 (TTY: componi il 711) o parla con il tuo fornitore.

**German – Achtung:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste, um Informationen in barrierefreien Formaten bereitzustellen, sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie 1-800-244-6224 an (TTY: Wählen Sie 711) oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

**Persian (Farsi) - همچنین،** وسایل و خدمات کمکی مناسب برای در دسترس است. خدمات رایگان کمک زبان برای شما صحبت می‌کنید، توجه:

اگر به فارسی تماس بگیرید یا با (شماره 711 را بگیرید TTY: ) ارائه اطلاعات در قالبهای قابل دسترس به صورت رایگان در دسترس هستند. با شماره 1-800-244-6224 ارائه‌دهنده خود صحبت کنید