

RESUMEN DE BENEFICIOS

Cigna Health and Life Insurance Co.
Para: The Bishop's School
Open Access Plus
OAP



Fecha de entrada en vigor: 1 de marzo de 2026

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

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

Aspectos principales del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
Máximo de por vida	Ilimitado	Ilimitado
Acumulación por año del plan	Los deducibles, desembolsos máximos y límites de niveles de beneficios de su plan se acumulan por año calendario, a menos que se indique lo contrario. Además, todas las cantidades máximas del plan y las cantidades máximas por servicios específicos (costo e incidencia) dentro y fuera de la red se acumulan entre sí, a menos que se indique lo contrario.	
Coseguro del plan	El plan paga el 80%	El plan paga el 60%
Cargo máximo reembolsable	No corresponde	110%
Deducible del plan	Individual: \$1,500 Grupo familiar: \$3,000	Individual: \$2,000 Grupo familiar: \$4,000
<ul style="list-style-type: none">Solo la cantidad que pague por gastos cubiertos dentro de la red cuenta para su deducible dentro de la red. Solo la cantidad que pague por gastos cubiertos fuera de la red cuenta para su deducible fuera de la red.Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible y el coseguro del plan.Los miembros de la familia deben cumplir únicamente con su deducible individual y luego sus reclamos estarán cubiertos por el coseguro del plan; si se cumple con el deducible del grupo familiar antes de cumplir con el deducible individual, sus reclamos se pagarán con el coseguro del plan.		
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^).		

Aspectos principales del plan		Dentro de la red	Fuera de la red
Desembolso máximo del plan		Individual: \$3,000 Grupo familiar: \$6,000	Individual: \$6,000 Grupo familiar: \$12,000
<ul style="list-style-type: none"> Solo la cantidad que pague por gastos cubiertos dentro de la red cuenta para su desembolso máximo dentro de la red. Solo la cantidad que pague por gastos cubiertos fuera de la red cuenta para su desembolso máximo fuera de la red. El deducible del plan cuenta para su desembolso máximo. Todos los copagos/deducibles de los beneficios cuentan para su desembolso máximo. Los gastos cubiertos que cuentan para su desembolso máximo incluyen el coseguro pagado por el cliente y los cargos por servicios de salud mental y para trastornos de consumo de sustancias. Las multas por falta de cumplimiento fuera de la red o los cargos que exceden el Cargo máximo reembolsable no cuentan para el desembolso máximo. Una vez que cada miembro de la familia que cumpla con los requisitos alcance su desembolso máximo individual, el plan pagará el 100% de sus gastos cubiertos. O bien, una vez que se haya alcanzado el desembolso máximo del grupo familiar, el plan pagará el 100% de los gastos cubiertos de cada miembro de la familia que cumpla con los requisitos. Este plan incluye un desembolso máximo combinado del plan médico y de farmacia. 			
Beneficio		Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.			
Servicios del médico: visitas al consultorio			
Servicios del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)/Visita al consultorio		Copago de \$30, y el plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^
Servicios del médico especialista/Visita al consultorio		Copago de \$50, y el plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^
NOTA: Las visitas a obstetras y ginecólogos están sujetas al costo compartido que corresponda a un PCP o Especialista según el contrato que el proveedor tenga con Cigna (es decir, como PCP o como Especialista).			
Cirugía hecha en el consultorio del médico		Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Tratamiento/inyecciones para alergias y suero para las alergias Suero para las alergias administrado por el médico en el consultorio Nota: 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	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Atención virtual			
Proveedores virtuales exclusivos - MDLIVE			
Servicios de atención virtual de urgencia de MDLIVE		Copago de \$30, y el plan paga el 100%	Sin cobertura
Servicios de cuidado primario de MDLIVE		Copago de \$30, y el plan paga el 100%	Sin cobertura
Servicios de cuidado especializado de MDLIVE		Copago de \$50, y el plan paga el 100%	Sin cobertura
<ul style="list-style-type: none"> El costo compartido del cuidado primario se aplica al cuidado de rutina. Los exámenes de bienestar virtuales son pagaderos en virtud del beneficio de cuidado preventivo. Para los servicios de salud del comportamiento de MDLIVE, consulte la sección Trastornos de salud mental y de consumo de sustancias (más adelante). Los servicios de laboratorio relacionados con una visita virtual deben obtenerse a través de laboratorios exclusivos. Incluye cargos por la prestación de servicios médicos y relacionados con la salud y por consultas a proveedores virtuales exclusivos que sean médicamente apropiadas, mediante el uso de tecnologías de audio, video y tecnologías basadas en Internet seguras. 			
Servicios del médico virtuales: visitas al consultorio			
Servicios del médico de cuidado primario (PCP)/Visita al consultorio		Copago de \$30, y el plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.		
Servicios del médico especialista/Visita al consultorio	Copago de \$50, y el plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^
<ul style="list-style-type: none"> Los médicos pueden prestar servicios en forma virtual que son pagaderos en virtud de otros beneficios (por ejemplo, cuidado preventivo, servicios de terapia para pacientes ambulatorios). Incluye cargos por la prestación de servicios médicos y relacionados con la salud y por consultas que sean médicamente apropiadas, mediante el uso de tecnologías de audio, video y tecnologías basadas en Internet seguras, que son similares a los servicios de las visitas al consultorio que se brindan en persona. 		
NOTA: Las visitas a obstetras y ginecólogos están sujetas al costo compartido que corresponda a un PCP o Especialista según el contrato que el proveedor tenga con Cigna (es decir, como PCP o como Especialista).		
Clínica de acceso fácil		
Clínica de acceso fácil	Copago de \$30, y el plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^
Cuidado preventivo		
Cuidado preventivo Desde el nacimiento hasta los 16 años	El plan paga el 100%	PCP: El plan paga el 60% ^ Especialista: El plan paga el 60% ^
A partir de los 17 años	El plan paga el 100%	PCP: El plan paga el 60% ^ Especialista: El plan paga el 60% ^
<ul style="list-style-type: none"> Incluye la cobertura de servicios adicionales, como análisis de orina, ECG y otros análisis de laboratorio, que suplementan el beneficio de Cuidado preventivo estándar cuando se facturen como parte de la visita al consultorio. Límite anual: Ilimitado. 		
Vacunas Desde el nacimiento hasta los 16 años	El plan paga el 100%	PCP: El plan paga el 60% ^ Especialista: El plan paga el 60% ^
A partir de los 17 años	El plan paga el 100%	PCP: El plan paga el 60% ^ Especialista: El plan paga el 60% ^
Mamografías, exámenes de Papanicolaou y pruebas de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés)	El plan paga el 100%	Misma cobertura que la de otros servicios de radiografías y laboratorio, según el lugar del servicio
<ul style="list-style-type: none"> La cobertura incluye los servicios profesionales para pacientes ambulatorios preventivos asociados. Los servicios relacionados con el diagnóstico están cubiertos en el mismo nivel de beneficios que otros servicios de radiografías y laboratorio, según el lugar del servicio. 		
Pacientes hospitalizados		
Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados	Copago de \$750 por admisión, y el plan paga el 80% ^	Deducible de \$1,500 por admisión, y el plan paga el 60% ^
Nota: Incluye todos los servicios de laboratorio y radiología, incluidas las imágenes radiológicas avanzadas y los productos farmacéuticos médicos.		
Visitas o consultas al médico del hospital como paciente internado	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios profesionales para pacientes internados	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
<ul style="list-style-type: none"> Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiistas. 		

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.		
Pacientes ambulatorios		
Servicios en centros para pacientes ambulatorios Los procedimientos de tratamiento no quirúrgico no están sujetos al copago por visita del centro.	Copago de \$500 por visita al centro, y el plan paga el 80% ^	Deducible de \$1,000 por visita al centro, y el plan paga el 60% ^
Servicios profesionales para pacientes ambulatorios • Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesistas.	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios de emergencia		
Sala de emergencias • Incluye servicios profesionales, y servicios de radiografías y/o laboratorio realizados en la Sala de emergencias y facturados por el centro como parte de la visita por una emergencia.	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 80% ^
Centro de cuidado de urgencia • 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.	Copago de \$25, y el plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^
Ambulancia Los servicios de ambulancia utilizados como transporte que no sea de emergencia (p. ej., regreso del hospital al hogar) generalmente no están cubiertos.	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 80% ^
Ambulancia – Trastornos de salud mental y de consumo de sustancias Los servicios de ambulancia utilizados como transporte que no sea de emergencia (p. ej., regreso del hospital al hogar) generalmente no están cubiertos.	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 80% ^
Servicios para pacientes internados en otros centros de cuidado de la salud		
Centro de cuidados especiales, hospital de rehabilitación, centros para afecciones subagudas • Límite anual: 100 días.	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios de laboratorio		
Servicios del médico/Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Laboratorio independiente	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Centro para pacientes ambulatorios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios de radiología		
Servicios del médico/Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Centro para pacientes ambulatorios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Imágenes radiológicas avanzadas (ARI, por sus siglas en inglés)	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.	
Centro para pacientes ambulatorios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios del médico/Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Servicios de terapia para pacientes ambulatorios		

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.		
Servicios de terapia para pacientes ambulatorios	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Límites anuales: <ul style="list-style-type: none"> Todas las terapias combinadas; incluye terapia cognitiva, terapia ocupacional, fisioterapia, rehabilitación pulmonar y terapia del habla: 40 días. Los límites no se aplican a afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. 		
Nota: Los días de terapia, proporcionados como parte de un plan de cuidado de la salud en el hogar aprobado, se acumulan para el máximo de servicios de tratamiento ambulatorio aplicable.		
Servicios quiroprácticos	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Límite anual: <ul style="list-style-type: none"> Atención quiropráctica: 12 días. 		
Servicios de rehabilitación cardíaca	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Límite anual: <ul style="list-style-type: none"> Rehabilitación cardíaca: 36 días. 		
Atención de enfermos terminales		
Centros para pacientes internados	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios para pacientes ambulatorios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Nota: Incluye la asesoría por duelo cuando forma parte de un programa para enfermos terminales.		
Asesoría por duelo (para servicios no prestados como parte de un programa para enfermos terminales)		
Servicios proporcionados por un profesional de la salud mental	Cubiertos por el beneficio de salud mental	Cubiertos por el beneficio de salud mental
Medicamentos o productos farmacéuticos médicos		
Centro para pacientes ambulatorios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Consultorio del médico	El plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^
En el hogar	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Nota: Este beneficio se aplica únicamente al costo de los medicamentos de terapia de infusión que se administren. Este beneficio no cubre los cargos relacionados del centro, la visita al consultorio o el profesional.		

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.		
Maternidad		
Visita inicial para confirmar el embarazo	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Todas las visitas prenatales posteriores, visitas posnatales y los cargos de parto del médico (tarifa total de maternidad)	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Visitas al consultorio además de la tarifa total de maternidad (prestadas por un obstetra/ginecólogo o Especialista)	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Parto: Centro (Hospital para pacientes internados, Centro de maternidad)	Misma cobertura que la del beneficio de Hospital para pacientes internados del plan	Misma cobertura que la del beneficio de Hospital para pacientes internados del plan
Aborto		
Servicios relacionados con un aborto	El plan paga el 100%	El plan paga el 100%
Nota: Procedimientos provocados y no provocados.		
Planificación familiar		
Servicios para mujeres	El plan paga el 100%	La cobertura varía según el lugar del servicio
Incluye dispositivos anticonceptivos según lo indique o recete un médico y los servicios de esterilización quirúrgica, como la ligadura de las trompas (no incluye la reversión).		
Servicios para hombres	El plan paga el 100%	La cobertura varía según el lugar del servicio
Incluye servicios de esterilización quirúrgica, como la vasectomía (no incluye la reversión).		
Infertilidad		
Tratamiento para la infertilidad	La cobertura varía según el lugar del servicio	La cobertura varía según el lugar del servicio
Servicios de infertilidad cubiertos: exámenes de laboratorio y radiología, asesoría, tratamiento quirúrgico, incluye inseminación artificial, fertilización <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"> Máximo de por vida: Ilimitado. 		
Otros centros/servicios de cuidado de la salud		
Cuidado de la salud en el hogar	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
<ul style="list-style-type: none"> Límite anual: 100 días (el límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias). Máximo de 16 horas por día. 		
Nota: Incluye los servicios de una enfermera privada para pacientes ambulatorios cuando se aprueban como médicamente necesarios.		

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.		
Trasplantes de órganos		
Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados		
Centro de LifeSOURCE Transplant Network®	Copago de \$750 por admisión, y el plan paga el 100%	No corresponde
Otro centro	Copago de \$750 por admisión, y el plan paga el 80% ^	Deducible de \$1,500 por admisión, y el plan paga el 60% ^
Servicios profesionales para pacientes internados		
Centro de LifeSOURCE Transplant Network®	El plan paga el 100%	No corresponde
Otro centro	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
<ul style="list-style-type: none"> Máximo para viajes - Centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network® únicamente: máximo de \$10,000 por trasplante de por vida. 		
Equipo médico duradero <ul style="list-style-type: none"> Límite anual: Ilimitado. 	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Equipos y suministros para la lactancia <ul style="list-style-type: none"> Limitados al alquiler de un sacaleches por nacimiento según lo indique o recete un médico. Incluye los suministros relacionados. 	El plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^
Aparatos protésicos externos (EPA, por sus siglas en inglés) <ul style="list-style-type: none"> Límite anual: Ilimitado. 	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Trastorno de la articulación temporomandibular (ATM) <ul style="list-style-type: none"> Máximo ilimitado de por vida. 	La cobertura varía según el lugar del servicio	La cobertura varía según el lugar del servicio
Nota: El tratamiento se proporciona en forma limitada, según el caso. Excluye aparatos y tratamiento de ortodoncia.		
Cuidado de rutina de los pies	Sin cobertura	Sin cobertura
Nota: Los servicios asociados con el cuidado de los pies en los casos de diabetes y enfermedad vascular periférica están cubiertos cuando se aprueban como servicios médicamente necesarios.		
Aparatos auditivos	El plan paga el 80% ^	Sin cobertura
<ul style="list-style-type: none"> Máximo de 2 dispositivos de por vida. Incluye pruebas y ajustes de dispositivos auditivos por el costo compartido de la visita al consultorio del médico. 		
Acupuntura <ul style="list-style-type: none"> Límite anual: 12 días. 	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Trastornos de salud mental y de consumo de sustancias		
Servicios de salud mental para pacientes internados	Copago de \$750 por admisión, y el plan paga el 80% ^	Deducible de \$1,500 por admisión, y el plan paga el 60% ^
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios – Consultorio del médico	Copago de \$50, y el plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios – Servicios de salud del comportamiento de MDLIVE	Copago de \$50, y el plan paga el 100%	Sin cobertura
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes internados	Copago de \$750 por admisión, y el plan paga el 80% ^	Deducible de \$1,500 por admisión, y el plan paga el 60% ^
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios – Consultorio del médico	Copago de \$50, y el plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^

Beneficio		Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.			
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios – Servicios de salud del comportamiento de MDLIVE	Copago de \$50, y el plan paga el 100%	Sin cobertura	
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	
Límites anuales: <ul style="list-style-type: none">Máximo ilimitado.			
Notas: <ul style="list-style-type: none">“Pacientes internados” incluye el tratamiento residencial y agudo para pacientes internados.“Pacientes ambulatorios – Consultorio del médico y Servicios de salud del comportamiento de MDLIVE” 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 <ul style="list-style-type: none">Revisión de la utilización y administración de casos para pacientes internadosRevisión de la utilización y administración de casos para pacientes ambulatoriosHospitalización parcialProgramas intensivos para pacientes ambulatoriosPrograma 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 pesoAdministración de terapia de narcóticosPrograma inMyndSM: una solución holística integral que ayuda a reconocer afecciones de la salud del comportamiento y a encontrar recursos para tratarlas			
Farmacia		Dentro de la red	
Parte del costo que le corresponde y suministro			
Parte del costo por Cigna Pharmacy Plus <ul style="list-style-type: none">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).		Farmacia minorista (por suministro para 30 días): Genéricos: Usted paga \$25 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 \$50	

Farmacia

Dentro de la red

De marca preferida: Usted paga \$80

De marca no preferida: Usted paga \$120

- **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.
- Este plan no cubrirá beneficios de farmacia fuera de la red.
- Los medicamentos de especialidad son medicamentos que se usan para tratar una enfermedad subyacente que se considera poco frecuente y crónica, como por ejemplo, la esclerosis múltiple, la hepatitis C o la artritis reumatoide. Los medicamentos de especialidad pueden incluir medicamentos de alto costo, además de medicamentos que pueden requerir una manipulación especial y una minuciosa supervisión durante su administración.
- Si el paciente solicita un medicamento de marca, paga el costo compartido del medicamento de marca más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico, hasta cubrir el costo del medicamento de marca (a menos que el médico indique "Dispense As Written", DAW, que significa "Despachar según lo indicado").
- 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 EnGuideSM Pharmacy.

Medicamentos preventivos:

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

Asma, reducción del colesterol, depresión, diabetes (incluidos los suministros para la diabetes y los suministros para monitores de glucosa continuos), enfermedades cardíacas y derrames cerebrales, presión arterial alta, osteoporosis y vitaminas prenatales.

Medicamentos cubiertos

Lista de medicamentos con receta:

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

Algunas características importantes:

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

Información sobre el programa de farmacia

Revisión clínica de servicios de farmacia: Essential

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

- Requisitos de autorización previa.
- Tratamiento escalonado para determinadas clases de medicamentos y drogas que recién hayan ingresado al mercado.
- Límites de cantidad, incluidas revisiones de dosis diaria máxima, revisiones de cantidad en el tiempo, revisiones de duración del tratamiento y revisiones de optimización de la dosis.
- Revisiones de edad y revisiones de renovación temprana.
- Revisiones de exclusión del plan.
- Los usuarios actuales de medicamentos sujetos a Tratamiento escalonado podrán despachar un suministro para 30 días durante los primeros tres meses de cobertura antes de que se aplique el programa de Tratamiento escalonado.
- Su plan incluye componentes de gestión de medicamentos de especialidad, tales como autorización previa y límites de cantidad, para garantizar la emisión segura de recetas y el acceso a medicamentos de especialidad.
- Para los clientes que tienen afecciones complejas y que toman medicamentos de especialidad, ofreceremos la ayuda de los Centros de Recursos Terapéuticos (TRC, por sus siglas en inglés) 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

Cargo máximo reembolsable

El gasto cubierto permitido para servicios fuera de la red se basa en la cantidad que resulte menor entre el cargo normal del profesional de cuidado de la salud por un servicio similar o un porcentaje de una tabla de tarifas (110%) elaborada por Cigna que se basa en una metodología similar a una usada por Medicare para determinar la tarifa permitida para el mismo servicio o un servicio similar en un área geográfica. En algunos casos, la tabla de tarifas basada en Medicare no se usará y el Cargo máximo reembolsable por los servicios cubiertos se basará en la cantidad que resulte menor entre el cargo normal del profesional de cuidado de la salud por un servicio similar, o un percentil (80) de los cargos cobrados por los profesionales de cuidado de la salud que ofrecen ese servicio o suministro en el área geográfica donde se reciba. Si no se dispone de suficientes datos sobre cargos en la base de datos para esa área geográfica a fin de determinar el cargo máximo reembolsable, podrán usarse los datos incluidos en la base de datos para un servicio similar. Los servicios fuera de la red están sujetos a un deducible por año calendario y a las limitaciones del Cargo máximo reembolsable.

Cargos por servicios de emergencia fuera de la red

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

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

Coordinación con Medicare

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

- (a) un expleado, como un jubilado, un expleado incapacitado, el cónyuge dependiente y/o el hijo o los hijos dependientes de un expleado, incluida la pareja de hecho de un expleado, 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 expleado, el cónyuge dependiente y/o el hijo o los hijos dependientes de un empleado o un expleado, 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.

Información adicional

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

Dentro de la red: coordinado por su médico.

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

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

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

- Se aplica una multa del 50% a los cargos de procedimientos/pruebas de diagnóstico de pacientes ambulatorios si no se comunica con Cigna Healthcare para precertificar la admisión.
- Los beneficios se denegarán por cualquier procedimiento/prueba de diagnóstico de pacientes ambulatorios que revise Cigna Healthcare y no 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: Una vez que haya alcanzado su deducible, usted y su plan comparten algunos de sus costos médicos. La parte de los gastos cubiertos de la cual usted es responsable se denomina coseguro.

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

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

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

Lugar del servicio: Su plan paga en función del lugar donde recibe los servicios. Por ejemplo, para 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 anestesiistas.

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 para afecciones médicas que deben tratarse en un centro público según lo exigido por la ley estatal o local.
- Cuidado que debe ser brindado por un sistema escolar o un distrito escolar público, según lo exigido por la ley estatal o federal.
- Tratamiento de una Enfermedad o Lesión como consecuencia de una guerra, declarada o no declarada.
- Cargos que no tiene la obligación de pagar, por los que no recibirá una factura o por los que no le habrían facturado, salvo que estuvieran cubiertos por este

Exclusiones

plan. Por ejemplo, si Cigna determina que un proveedor o Farmacia le han eximido del pago de una parte de sus cargos y/o una parte de las cantidades del Copago, Deducible y/o Coseguro que usted debe pagar por un Gasto cubierto (como se muestra en el Programa) sin el consentimiento expreso de Cigna, o las ha reducido o perdonado, Cigna tendrá derecho a denegar el pago de beneficios en relación con el Gasto cubierto, o reducir los beneficios en proporción a las cantidades del Copago, Deducible y/o Coseguro que se hayan eximido, perdonado o reducido, sin importar si el proveedor o la Farmacia manifiestan que usted sigue siendo responsable de las cantidades que su plan no cubra. Cigna tendrá derecho a exigirle que proporcione a Cigna prueba suficiente de que usted ha realizado el pago requerido de su parte del costo compartido antes del pago de cualquier beneficio por parte de Cigna. Esta exclusión incluye, a modo de ejemplo, los cargos de un Proveedor no participante que ha aceptado cobrarle o le ha cobrado según un nivel de beneficios dentro de la red u otro nivel de beneficios que, de lo contrario, no se aplicaría a los servicios recibidos.

- Los cargos que surjan de cualquier violación de una ley estatal o federal relacionada con el cuidado de la salud o que guarden relación con una violación de esta naturaleza, o que sean en sí mismos una violación de una ley estatal o federal relacionada con el cuidado de la salud.
- Asistencia con las actividades cotidianas entre las que se incluyen, a modo de ejemplo, comer, bañarse, vestirse u otras actividades de Servicio de custodia o de cuidado personal, servicios domésticos y servicios que sean principalmente para descanso, cuidado en el hogar o de convalecencia.
- Gastos relacionados con servicios que estén en etapa experimental o en investigación o no hayan sido comprobados.
- Los servicios experimentales, en investigación y no comprobados son: tecnologías, suministros, tratamientos, procedimientos, o tratamientos o dispositivos farmacológicos o biológicos para fines médicos, quirúrgicos, de diagnóstico, psiquiátricos, para trastornos de consumo de sustancias, u otros fines relacionados con el cuidado de la salud que el Médico de revisión de la utilización determine que:
 - o no han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos u otra agencia reguladora pertinente para su comercialización legal;
 - o su seguridad y eficacia para el tratamiento o diagnóstico de la afección o Enfermedad para la cual se proponen no han sido probadas mediante la literatura científica existente basada en evidencias y revisada por colegas médicos;
 - o están sujetos a revisión o aprobación por una Junta de Revisión Institucional para el uso propuesto, a excepción de lo dispuesto en la sección “Estudios clínicos” de este plan; o
 - o están sujetos a un estudio clínico de fase I, II o III en curso, a excepción de los costos de cuidado de rutina de los pacientes relacionados con estudios clínicos calificados, según lo dispuesto en la sección “Estudios clínicos” de este plan.
- Para determinar si dichas tecnologías, suministros, tratamientos, o tratamientos o dispositivos farmacológicos o biológicos son experimentales, se encuentran en investigación o no están comprobados, el Médico de revisión de la utilización podrá basarse en las políticas de cobertura clínica mantenidas por Cigna o la Organización de Revisión. Las políticas de cobertura clínica pueden incorporar, sin limitación y según corresponda, criterios relacionados con el etiquetado aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, compendios de referencia médica estándar y literatura o pautas científicas basadas en evidencias y revisadas por colegas médicos. El plan o la póliza no deben denegar la cobertura de un tratamiento farmacológico o biológico por ser experimental, encontrarse en investigación o no estar comprobado si el tratamiento farmacológico o biológico está aprobado por la FDA para su comercialización legal, no ha sido contraindicado por la FDA para el uso para el que se indicó el medicamento o el tratamiento biológico, y está reconocido como seguro y efectivo para el tratamiento del cáncer en cualquiera de los compendios de referencia estándar: (A) la base de datos American Hospital Formulary Service Drug Information, (B) uno de los siguientes compendios si están reconocidos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, una agencia federal, como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer: (i) Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology; (ii) The National Comprehensive Cancer Network Drug and Biologics Compendium; (iii) Thomson Micromedex DrugDex, (C) dos artículos de algunas de las principales revistas médicas profesionales revisadas por colegas médicos que presenten datos que respalden el uso o usos propuestos no aprobados como seguros y efectivos, a menos que exista evidencia contradictoria, clara y convincente en alguna revista médica profesional revisada por colegas médicos.
- Cirugía y tratamientos estéticos. Se designa cirugía o tratamiento estético a la cirugía o el tratamiento realizados para mejorar o alterar la apariencia o la autoestima, o con el fin de tratar una sintomatología psicológica o quejas psicosociales relacionadas con la apariencia de una persona. La cirugía y el tratamiento estéticos no incluyen los servicios de reasignación de sexo.
- Los siguientes servicios se excluyen de la cobertura, sin importar las indicaciones clínicas: cirugías en caso de macromastia o ginecomastia; tratamiento quirúrgico de várices; cirugía de la pared abdominal; paniclectomía; rinoplastia; blefaroplastia; cirugías ortognáticas; cirugía para retirar piel sobrante; extirpación de papilomas cutáneos; acupresión; terapia craneosacral/craneal; danzaterapia; terapia del movimiento; kinesiología aplicada; *rolfing* (masaje de tejido conectivo); proloterapia; y litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL, por sus siglas en inglés) para afecciones musculoesqueléticas y ortopédicas.

Exclusiones

- Tratamiento dental de los dientes, las encías o las estructuras que soportan directamente los dientes, que incluye radiografías dentales, exámenes, reparaciones, ortodoncia (a menos que los servicios formen parte integral de una cirugía reconstructiva de paladar leporino), periodoncia, moldes, férulas y servicios para maloclusión dental, por cualquier afección. Sin embargo, los cargos de los centros y los cargos de anestesia general o sedación profunda que no pueda administrarse en un consultorio dental están cubiertos cuando son médicamente necesarios. Los cargos cobrados por servicios o suministros brindados por una lesión de una pieza dental o en relación con dicha lesión están cubiertos.
- Servicios médicos y quirúrgicos, iniciales y repetidos, que sirvan para el tratamiento o control de la obesidad, incluida la obesidad clínicamente grave (patológica), que incluyen: servicios médicos y quirúrgicos para alterar la apariencia o cambios físicos que sean el resultado de cualquier cirugía realizada para el control de la obesidad o la obesidad clínicamente grave (patológica); y programas o tratamientos para bajar de peso, ya sean recetados o recomendados por un Médico o que se realicen bajo supervisión médica. Esto no se aplica al examen de detección de obesidad ni a la asesoría sobre el tema, según lo descrito por el US Preventive Services Task Force (Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos).
- A menos que este plan los cubra de otra manera, por informes, evaluaciones, exámenes físicos u hospitalizaciones que no sean necesarios por razones de salud, que incluyen, a modo de ejemplo, las licencias de empleo, seguro o gubernamentales, y evaluaciones ordenadas por un juez, forenses o de custodia.
- Tratamiento u hospitalización ordenados por un juez, a menos que el tratamiento sea indicado por un Médico y se encuentre en la lista de servicios cubiertos por este plan.
- Reversión de los procedimientos de esterilización voluntarios masculinos o femeninos.
- Cualquier medicación, medicamento, servicio o suministro para el tratamiento de la disfunción sexual masculina o femenina, que incluye, a modo de ejemplo, el tratamiento de la disfunción eréctil (incluye implantes peneanos), anorgasmia y eyaculación precoz.
- El cuidado y los costos médicos y hospitalarios para el bebé de un dependiente, a menos que el bebé cumpla con los requisitos exigidos por este plan.
- Asesoría y/o servicios auxiliares no médicos, que incluyen, a modo de ejemplo, los Servicios de custodia, servicios educativos, asesoría vocacional, servicios de capacitación y rehabilitación, entrenamiento del comportamiento (que no sean servicios de entrenamiento del comportamiento para un trastorno generalizado del desarrollo o autismo), biorretroalimentación, neuroretroalimentación, hipnosis, terapia del sueño, servicios de retorno al trabajo, programas de reentrenamiento para el trabajo y cursos de seguridad vial.
- Suministros médicos de consumo distintos a los suministros para estoma y catéteres urinarios. Los suministros no cubiertos incluyen, a modo de ejemplo, vendajes y otros artículos médicos desechables, preparaciones cutáneas y tiras reactivas, excepto según se especifica en las secciones “Servicios de cuidado de la salud en el hogar” o “Reconstrucción y prótesis de senos” de este plan.
- Habitaciones privadas en un Hospital y/o los servicios de una enfermera privada, a excepción de lo que se especifica en la cláusula Servicios de cuidado de la salud en el hogar.
- Artículos personales o para hacer la vida más cómoda, como los juegos de cuidado personal que se ofrecen al ser admitido en un Hospital, televisión, teléfono, fotografías de recién nacidos, comidas de cortesía, avisos de nacimiento y otros artículos que no se utilizan para el tratamiento específico de una Enfermedad o Lesión.
- Elementos artificiales de asistencia, que incluyen, a modo de ejemplo, calzado ortopédico, plantillas anatómicas, medias elásticas, portaligas, corsés, dentaduras postizas y pelucas.
- Ayudas o dispositivos que ayudan en la comunicación no verbal, entre ellos tableros de comunicación, dispositivos para hablar pregrabados, computadoras portátiles, computadoras de escritorio, asistentes digitales personales (PDA, por sus siglas en inglés), máquinas para escribir en braille, sistemas de alerta visual para sordos y libros para la memoria.
- Lentes correctivos y servicios asociados (exámenes y ajustes recetados), incluidos cristales y marcos de anteojos y lentes de contacto, excepto por el primer par de lentes correctivos o el primer juego de cristales y marcos para anteojos, y servicios asociados para el tratamiento de queratocono o luego de una cirugía de cataratas.
- Refracciones de rutina, ejercicios oculares y tratamiento quirúrgico para la corrección de un error de refracción, incluida una queratotomía radial.
- Todos los medicamentos con receta no inyectables, a menos que se necesite la supervisión de un Médico o que un Médico los administre, los medicamentos con receta inyectables en la medida que no necesiten la supervisión de un Médico y se consideren comúnmente medicamentos autoadministrados, los medicamentos sin receta, y los medicamentos de carácter experimental o en investigación, a excepción de lo que se especifica en este plan.

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. Esto no se aplica a la asesoría conductual para dejar de consumir tabaco proporcionada en persona o telefónicamente.
- Para un diagnóstico que no sea trastorno generalizado del desarrollo o autismo, se aplican las siguientes exclusiones: exámenes genéticos o exámenes genéticos de preimplantación. El diagnóstico genético general basado en la población es un método de prueba que se realiza cuando no hay ningún síntoma o ningún factor de riesgo significativo comprobado de enfermedades hereditarias de transmisión genética.
- Implantes dentales por cualquier afección, a menos que los servicios formen parte integral de una cirugía reconstructiva de paladar leporino.
- Pagos relacionados con la obtención o donación de sangre o derivados hematológicos, excepto para la donación autóloga cuando se prevén con anticipación ciertos servicios programados, cuando a criterio del Médico de revisión de la utilización la probabilidad de la pérdida de sangre en exceso es tal que se espera que la cirugía traiga aparejada una transfusión.
- Administración de sangre con el propósito de mejorar la condición física general.
- Costos de sustancias biológicas, ya sean vacunas o medicamentos para viajes o para protegerse de riesgos y peligros ocupacionales.
- Cosméticos, suplementos alimenticios, 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.
- Para servicios relacionados con una Lesión o Enfermedad pagados en virtud de una ley de seguro de accidentes de trabajo, ley de enfermedades laborales o similar.
- Terapia de masajes.
- Determinados Productos farmacéuticos médicos que sean un Equivalente terapéutico o una Alternativa terapéutica a otro Producto farmacéutico médico cubierto y que se administren en relación con un servicio cubierto que se preste en un establecimiento para pacientes internados, un establecimiento para pacientes ambulatorios, el consultorio de un Médico o un entorno de cuidado de la salud en el hogar. Dichas determinaciones podrán efectuarse periódicamente, y los beneficios para un Producto farmacéutico médico que anteriormente estaba excluido conforme a esta disposición pueden restablecerse en cualquier momento.

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.

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 می‌کنند، 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