



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

| Preguntas importantes                                                              | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Por qué es importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el <b>deducible</b> general?                                              | Para <a href="#">proveedores dentro de la red</a> : \$3,000/persona - empleado únicamente o \$6,000/máximo familiar (no más de \$3,400 por persona dentro de la familia).<br>Para <a href="#">proveedores fuera de la red</a> : \$5,000/persona - empleado únicamente o \$10,000/máximo familiar (no más de \$6,800 por persona dentro de la familia).<br><a href="#">Deducible</a> médico/de salud del comportamiento y de farmacia combinado.                                 | Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta el <a href="#">deducible</a> antes de que este <b>plan</b> comience a pagar. Si tiene a otros miembros de la familia en el <b>plan</b> , cada uno deberá alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que la cantidad total de gastos de <a href="#">deducible</a> que hayan pagado todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> familiar general.                                                                                                                                                            |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <b>deducible</b> ?                 | Sí. La <a href="#">atención preventiva</a> y las vacunas dentro de la red, y los medicamentos preventivos dentro de la red.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Este <b>plan</b> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <b>plan</b> cubre algunos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> . |
| ¿Hay algún otro <b>deducible</b> por servicios específicos?                        | Sí, \$1,000 para una visita a un hospital como paciente en consulta externa fuera de la red y \$1,500 por admisión para una estadía en un hospital fuera de la red.<br>No hay otros <a href="#">deducibles</a> específicos.                                                                                                                                                                                                                                                     | Usted debe pagar todos los costos por estos servicios hasta la cantidad del <a href="#">deducible</a> específico antes de que el <b>plan</b> comience a pagar por ellos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ¿Cuál es el <b>límite a los gastos directos del bolsillo</b> de este <b>plan</b> ? | Para <a href="#">proveedores dentro de la red</a> : \$4,500/persona - empleado únicamente u \$8,000/máximo familiar (no más de \$4,500 por persona dentro de la familia).<br>Para <a href="#">proveedores fuera de la red</a> : \$8,000/persona - empleado únicamente o \$14,500/máximo familiar (no más de \$8,000 por persona dentro de la familia).<br><a href="#">Límite a los gastos directos del bolsillo</a> médico/de salud del comportamiento y de farmacia combinado. | El <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de la familia en este <b>plan</b> , ellos tienen que alcanzar sus propios <a href="#">límites a los gastos directos del bolsillo</a> hasta que se alcance el <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> general familiar.                                                                                                                                                                                                                                               |
| ¿Qué no incluye el <b>límite a los gastos directos del bolsillo</b> ?              | Las multas por falta de <a href="#">autorización previa</a> de los servicios, las <a href="#">primas</a> , los cargos por <a href="#">facturación de saldos</a> y la atención médica que este <b>plan</b> no cubre.                                                                                                                                                                                                                                                             | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

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



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

| Eventos médicos comunes                                                  | Servicios que podría necesitar                                                     | Lo que usted paga                                          |                                                       | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                          |                                                                                    | Proveedor en la red<br>(Usted pagará lo mínimo)            | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                                      |
| Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad                    | <a href="#">Copago</a> de \$30/visita                      | <a href="#">Coseguro</a> del 40%                      | Ninguna                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                          | Visita al <a href="#">especialista</a>                                             | <a href="#">Copago</a> de \$50/visita                      | <a href="#">Coseguro</a> del 40%                      | Ninguna                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                          | <a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna                       | Sin cargo<br>No se aplica ningún <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Coseguro</a> del 40%                      | Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su <a href="#">plan</a> . |
| Si se realiza un examen                                                  | <a href="#">Prueba diagnóstica</a><br>(radiografía, análisis de sangre)            | <a href="#">Coseguro</a> del 20%                           | <a href="#">Coseguro</a> del 40%                      | Ninguna                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                          | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | <a href="#">Coseguro</a> del 20%                           | <a href="#">Coseguro</a> del 40%                      | Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red.                                                                                                                                          |

| Eventos médicos comunes                                                                                                                                                                                                            | Servicios que podría necesitar                                 | Lo que usted paga                                                                                                                                               |                                                                                        | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                | Proveedor en la red<br>(Usted pagará lo mínimo)                                                                                                                 | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo)                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b><br><br>Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.cigna.com">www.cigna.com</a> . | Medicamentos genéricos (nivel 1)                               | <a href="#">Copago</a> de \$25/receta (farmacia minorista, 30 días), <a href="#">copago</a> de \$50/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días)  | Sin cobertura                                                                          | La cobertura se limita a un suministro para un máximo de 90 días (farmacia minorista y entrega a domicilio) y a un suministro para un máximo de 30 días (farmacia minorista y entrega a domicilio) para los <a href="#">medicamentos especializados</a> .<br>Es posible que se apliquen algunas limitaciones, como por ejemplo, autorización previa, tratamiento escalonado y límites de cantidad.<br>Para los medicamentos del programa Patient Assurance Program de Cigna, es posible que pague menos que los montos de costos compartidos indicados para las farmacias minoristas o para la entrega a domicilio. Los medicamentos preventivos requeridos por el gobierno federal dentro de la red se proporcionarán sin cargo. |
|                                                                                                                                                                                                                                    | Medicamentos de marcas preferidas (nivel 2)                    | <a href="#">Copago</a> de \$40/receta (farmacia minorista, 30 días), <a href="#">copago</a> de \$80/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días)  | Sin cobertura                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                    | Medicamentos de marcas no preferidas (nivel 3)                 | <a href="#">Copago</a> de \$60/receta (farmacia minorista, 30 días), <a href="#">copago</a> de \$120/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días) | Sin cobertura                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                    | <a href="#">Medicamentos especializados</a> (nivel 4)          | <a href="#">Copago</a> de \$100/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 30 días)                                                                      | Sin cobertura                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>                                                                                                                                                                                      | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | <a href="#">Copago</a> de \$500/visita, más un <a href="#">coseguro</a> del 20%                                                                                 | <a href="#">Deducible</a> de \$1,000/visita, más un <a href="#">coseguro</a> del 40%   | Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red. El <a href="#">copago/deducible</a> por visita no se aplica a los procedimientos no quirúrgicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                    | Honorarios del médico/cirujano                                 | <a href="#">Coseguro</a> del 20%                                                                                                                                | <a href="#">Coseguro</a> del 40%                                                       | Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                                                                                                                                                                       | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>             | <a href="#">Coseguro</a> del 20%                                                                                                                                | <a href="#">Coseguro</a> del 20%                                                       | Los servicios fuera de la red se pagan al costo compartido y el <a href="#">deducible</a> dentro de la red.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                    | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>                | <a href="#">Coseguro</a> del 20%                                                                                                                                | <a href="#">Coseguro</a> del 20%                                                       | Los servicios de ambulancia aérea fuera de la red se pagan al costo compartido y el <a href="#">deducible</a> dentro de la red.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                    | <a href="#">Atención de urgencia</a>                           | <a href="#">Copago</a> de \$25/visita                                                                                                                           | <a href="#">Coseguro</a> del 40%                                                       | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Si le hospitalizan</b>                                                                                                                                                                                                          | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)        | <a href="#">Copago</a> de \$750/admisión, más un <a href="#">coseguro</a> del 20%                                                                               | <a href="#">Deducible</a> de \$1,500/admisión, más un <a href="#">coseguro</a> del 40% | Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| Eventos médicos comunes                                                              | Servicios que podría necesitar                     | Lo que usted paga                                                                                                     |                                                                                                                           | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                      |                                                    | Proveedor en la red<br>(Usted pagará lo mínimo)                                                                       | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo)                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                      | Honorarios del médico/cirujano                     | <a href="#">Coseguro</a> del 20%                                                                                      | <a href="#">Coseguro</a> del 40%                                                                                          | Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b>              | Servicios ambulatorios                             | <a href="#">Copago</a> de \$50/visita al consultorio<br><a href="#">Coseguro</a> del 20%/todos los demás servicios    | <a href="#">Coseguro</a> del 40%/visita al consultorio<br><a href="#">Coseguro</a> del 40%/todos los demás servicios      | Multa del 50% si no se precertifican los servicios fuera de la red que no son de rutina. Incluye servicios médicos para diagnósticos de salud mental/toxicomanías.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                      | Servicios internos                                 | <a href="#">Copago</a> de \$750/admisión, más un <a href="#">coseguro</a> del 20%                                     | <a href="#">Deducible</a> de \$1,500/admisión, más un <a href="#">coseguro</a> del 40%                                    | Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red. Incluye servicios médicos para diagnósticos de salud mental/toxicomanías.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Si está embarazada</b>                                                            | Visitas al consultorio                             | <a href="#">Coseguro</a> del 20%                                                                                      | <a href="#">Coseguro</a> del 40%                                                                                          | Se aplican los niveles de beneficios de la atención primaria o de <a href="#">especialistas</a> a la visita inicial para confirmar el embarazo. El <a href="#">costo compartido</a> no se aplica a los <a href="#">servicios preventivos</a> . Según el tipo de servicio, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> , <a href="#">coseguro</a> o <a href="#">deducible</a> . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios que están descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, sonogramas). |
|                                                                                      | Servicios de parto profesionales                   | <a href="#">Coseguro</a> del 20%                                                                                      | <a href="#">Coseguro</a> del 40%                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                      | Servicios de instalaciones de partos profesionales | <a href="#">Copago</a> de \$750/admisión, más un <a href="#">coseguro</a> del 20%                                     | <a href="#">Deducible</a> de \$1,500/admisión, más un <a href="#">coseguro</a> del 40%                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b> | <a href="#">Atención de la salud en el hogar</a>   | <a href="#">Coseguro</a> del 20%                                                                                      | <a href="#">Coseguro</a> del 40%                                                                                          | Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 100 días por año. Máximo de 16 horas por día. (El límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias).                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                      | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>        | <a href="#">Copago</a> de \$30/visita al PCP<br><a href="#">Copago</a> de \$50/visita al <a href="#">especialista</a> | <a href="#">Coseguro</a> del 40%/visita al PCP<br><a href="#">Coseguro</a> del 40%/visita al <a href="#">especialista</a> | La cobertura tiene un límite máximo de: 20 días por año para servicios de <a href="#">rehabilitación</a> y atención quiropráctica; 36 días por año para servicios de rehabilitación cardíaca.<br><br>No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.                                                                                                                                                                                                                 |

| Eventos médicos comunes                                          | Servicios que podría necesitar                                         | Lo que usted paga                                                                                                                                     |                                                                                                                                                       | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                  |                                                                        | Proveedor en la red<br>(Usted pagará lo mínimo)                                                                                                       | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo)                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                  | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                              | <a href="#">Copago</a> de \$30/visita al PCP<br><br><a href="#">Copago</a> de \$50/visita al <a href="#">especialista</a>                             | <a href="#">Coseguro</a> del 40%/visita al PCP<br><br><a href="#">Coseguro</a> del 40%/visita al <a href="#">especialista</a>                         | <p>Los servicios están cubiertos cuando son <a href="#">médicamente necesarios</a> para tratar una afección mental (p. ej., autismo) o una anomalía congénita.</p> <p>No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.</p> |
|                                                                  | <a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>                    | <a href="#">Coseguro</a> del 20%                                                                                                                      | <a href="#">Coseguro</a> del 40%                                                                                                                      | <p>Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red.</p> <p>La cobertura tiene un límite máximo de 100 días por año.</p>                                                                                                                            |
|                                                                  | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                                 | <a href="#">Coseguro</a> del 20%                                                                                                                      | <a href="#">Coseguro</a> del 40%                                                                                                                      | <p>Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red.</p>                                                                                                                                                                                            |
|                                                                  | <a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a> | <a href="#">Coseguro</a> del 20%/servicios para pacientes internados<br><a href="#">Coseguro</a> del 20%/servicios para pacientes en consulta externa | <a href="#">Coseguro</a> del 40%/servicios para pacientes internados<br><a href="#">Coseguro</a> del 40%/servicios para pacientes en consulta externa | <p>Multa del 50% por no precertificar <a href="#">servicios para enfermos terminales</a> para pacientes internados fuera de la red.</p>                                                                                                                                       |
| <b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b> | Examen de la vista pediátrico                                          | Sin cobertura                                                                                                                                         | Sin cobertura                                                                                                                                         | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                  | Anteojos para niños                                                    | Sin cobertura                                                                                                                                         | Sin cobertura                                                                                                                                         | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                  | Chequeo dental pediátrico                                              | Sin cobertura                                                                                                                                         | Sin cobertura                                                                                                                                         | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                       |

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su [plan](#) o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- |                             |                                                                                |                                            |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| • Cirugía bariátrica        | • Atención de la vista (niños)                                                 | • Atención de la vista de rutina (adultos) |
| • Cirugía estética          | • Atención a largo plazo                                                       | • Atención de los pies de rutina           |
| • Atención dental (adultos) | • Atención que no sea de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos | • Programas para bajar de peso             |
| • Atención dental (niños)   | • Enfermería de práctica privada                                               |                                            |

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- |                                                                                       |                                                                          |                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| • Acupuntura (12 días)                                                                | • Aparatos auditivos (solo dentro de la red/ 2 dispositivos de por vida) | • Tratamiento para la infertilidad |
| • Atención quiropráctica (combinada con <a href="#">servicios de rehabilitación</a> ) |                                                                          |                                    |

## Sus derechos a continuar con su cobertura:

Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Cigna al 1-800-Cigna24, Departamento de Seguros de California al 1-800-927-4357 y Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros al 1-877-267-2323, ext. 61565 o ingresando en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguro Médico](#). Para más información acerca del [Mercado](#), visite [www.CuidadoDeSalud.gov](http://www.CuidadoDeSalud.gov) o llame al 1-800-318-2596.

## Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:

Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle un [reclamo](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Servicio al Cliente de Cigna al 1-800-Cigna24. También puede comunicarse con el Departamento de Seguros de California al 1-800-927-4357. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su [apelación](#). Comuníquese con: Centro de ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California al (888) 466-2219.

## ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

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

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

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

### Servicios lingüísticos:

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

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

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

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

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

## Acerca de los ejemplos de cobertura:



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

| Peg está embarazada<br>(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)                                                                                                                                                                                                                                                               |          | Control de la diabetes tipo 2 de Joe<br>(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)                                                                                                                                                                                                                                             |         | Fractura simple de Mia<br>(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)                                                                                                                                                                                                                   |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$3,000  | ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$3,000 | ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>                                                                                                                                                                                                                                                         | \$3,000 |
| ■ <a href="#">Copago</a> de <a href="#">especialista</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$50     | ■ <a href="#">Copago</a> de <a href="#">especialista</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$50    | ■ <a href="#">Copago</a> de <a href="#">especialista</a>                                                                                                                                                                                                                                                                | \$50    |
| ■ <a href="#">Coseguro</a> de hospital (instalaciones)                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 20%      | ■ <a href="#">Coseguro</a> de hospital (instalaciones)                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 20%     | ■ <a href="#">Coseguro</a> de hospital (instalaciones)                                                                                                                                                                                                                                                                  | 20%     |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 20%      | ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 20%     | ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 20%     |
| Este EJEMPLO incluye servicios como:<br>Visitas al <a href="#">especialista</a> ( <i>atención prenatal</i> )<br>Servicios de parto profesionales<br>Servicios de instalaciones de partos profesionales<br><a href="#">Pruebas diagnósticas</a> ( <i>sonogramas y análisis de sangre</i> )<br>Visita al <a href="#">especialista</a> ( <i>anestesia</i> ) |          | Este EJEMPLO incluye servicios como:<br>Visitas al consultorio del <a href="#">médico primario</a><br>( <i>incluye sesiones informativas sobre la enfermedad</i> )<br><a href="#">Pruebas diagnósticas</a> ( <i>análisis de sangre</i> )<br><a href="#">Medicamentos por recetas</a><br><a href="#">Equipo médico duradero</a> ( <i>medidor de glucosa</i> ) |         | Este EJEMPLO incluye servicios como:<br><a href="#">Sala de emergencias</a><br>( <i>incluye materiales médicos</i> )<br><a href="#">Prueba diagnóstica</a> ( <i>radiografía</i> )<br><a href="#">Equipo médico duradero</a> ( <i>muletas</i> )<br><a href="#">Servicios de rehabilitación</a> ( <i>terapia física</i> ) |         |
| Costo total hipotético                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$12,700 | Costo total hipotético                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$5,600 | Costo total hipotético                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$2,800 |
| En este ejemplo, Peg pagaría:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          | En este ejemplo, Joe pagaría:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         | En este ejemplo, Mia pagaría:                                                                                                                                                                                                                                                                                           |         |
| Costo compartido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          | Costo compartido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         | Costo compartido                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |
| <a href="#">Deducibles</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$3,000  | <a href="#">Deducibles</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$3,000 | <a href="#">Deducibles</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$2,800 |
| <a href="#">Copagos</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$800    | <a href="#">Copagos</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$500   | <a href="#">Copagos</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$0     |
| <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$800    | <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$0     | <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$0     |
| Qué no está cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          | Qué no está cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         | Qué no está cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |
| Límites o exclusiones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$20     | Límites o exclusiones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$40    | Límites o exclusiones                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$0     |
| El total que Peg pagaría es                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$4,520  | El total que Joe pagaría es                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$3,540 | El total que Mia pagaría es                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$2,800 |

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

Nombre del Plan: HDHPQ OAP HDHPQ Ben Ver: 35 Plan ID: 39651901 HP-POL/HP-APP 9/23/12

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO DE MANERA INTENCIONAL.

# 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