



Seguros Médicos

- OAPIN Base.....2
- Open Access Plus Plan (Mid).....23
- OAP HDHPQ.....47

RESUMEN DE BENEFICIOS



Cigna Health and Life Insurance Co.

Para: Outwest Express, LLC

Open Access Plus Plan

OAPIN Base

Fecha de entrada en vigor: 1 de agosto de 2023

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.

Aviso para residentes de Texas: Este plan no incluye una cláusula adicional opcional para cubrir los abortos provocados.

Aspectos principales del plan

Dentro de la red

Máximo de por vida	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.
Coseguro del plan	El plan paga el 70%
Deducible del plan	Individual: \$5,000 Grupo familiar: \$10,000
<ul style="list-style-type: none"> 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 (^).	
Desembolso máximo del plan	Individual: \$8,000 Grupo familiar: \$16,000
<ul style="list-style-type: none"> 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. 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. 	

08/01/2023

TX

Open Access Plus - OAPIN Base

Facets - 18397521 - V 28 - 05/30/23 11:41 AM ET

1 de 9

©Cigna 2023

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 \$40, y el plan paga el 100%
Servicios del médico especialista/Visita al consultorio	Copago de \$80, y el plan paga el 100%
Cirugía hecha en el consultorio del médico	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 \$40, y el plan paga el 100%
Servicios de cuidado primario de MDLIVE	Copago de \$40, y el plan paga el 100%
Servicios de cuidado especializado de MDLIVE	Copago de \$80, y el plan paga el 100%

- 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.
- 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, por sus siglas en inglés)/Visita al consultorio	Copago de \$40, y el plan paga el 100%
Servicios del médico especialista/Visita al consultorio	Copago de \$80, y el plan paga el 100%
<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.	

Clínica de acceso fácil

Clínica de acceso fácil	Copago de \$40, y el plan paga el 100%
-------------------------	--

Cuidado preventivo

Visita al consultorio de cuidado preventivo	El plan paga el 100%
Servicios preventivos	El plan paga el 100%
<ul style="list-style-type: none">• Incluye mamografías, pruebas de Papanicolaou, pruebas de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) y exámenes de detección colorrectales, con fines preventivos.• 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.	

Vacunas

Desde el nacimiento hasta los 5 años	El plan paga el 100%
A partir de los 6 años	El plan paga el 100%

Pacientes hospitalizados

Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados	El plan paga el 70% ^
Nota: Incluye todos los servicios de laboratorio y radiología, incluidas las imágenes radiológicas avanzadas y los medicamentos de especialidad con fines médicos.	
Visitas o consultas al médico del hospital como paciente internado	El plan paga el 70% ^

08/01/2023

TX

Open Access Plus - OAPIN Base

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 profesionales para pacientes internados	El plan paga el 70% ^
<ul style="list-style-type: none"> Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiastas. 	
Pacientes ambulatorios	
Servicios en centros para pacientes ambulatorios	El plan paga el 70% ^
Servicios profesionales para pacientes ambulatorios	El plan paga el 70% ^
<ul style="list-style-type: none"> Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiastas. 	
Servicios de emergencia	
Sala de emergencias	Copago de \$500, y el plan paga el 70% ^
<ul style="list-style-type: none"> Incluye los cargos del médico de la sala de emergencias, laboratorio y radiología, incluidas las imágenes radiológicas avanzadas (ARI, por sus siglas en inglés). El copago por visita no se aplica si es admitido. 	
Centro de cuidado de urgencia	Copago de \$125, y el plan paga el 100%
<ul style="list-style-type: none"> Incluye los cargos del médico, laboratorio y radiología. 	
Ambulancia	El plan paga el 70% ^
Los servicios de ambulancia utilizados como transporte que no sea de emergencia (p. ej., regreso del hospital al hogar) generalmente no están cubiertos.	
Servicios para pacientes internados en otros centros de cuidado de la salud	
Centro de cuidados especiales, hospital de rehabilitación, centros para afecciones subagudas	El plan paga el 70% ^
<ul style="list-style-type: none"> Límite anual: 30 días. 	
Servicios de laboratorio	
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 70% ^
Centro para pacientes ambulatorios	El plan paga el 70% ^
Servicios de radiología	
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 70% ^
Imágenes radiológicas avanzadas (ARI)	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 70% ^
Servicios del médico/Visita al consultorio	El plan paga el 70% ^
Servicios de terapia para pacientes ambulatorios	
Fisioterapia para pacientes ambulatorios	Copago de \$80, y el plan paga el 100%

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.

Límites anuales:

- Fisioterapia: 20 visitas.
- Los límites no se aplican a afecciones mentales.

Nota: Las visitas de terapia, proporcionadas como parte de un plan de cuidado de la salud en el hogar aprobado, se acumulan para el máximo de servicios de cuidado de la salud en el hogar aplicable.

Terapia del habla, terapia de la audición y terapia ocupacional para pacientes ambulatorios

Copago de \$80, y el plan paga el 100%

Límites anuales:

- Terapia del habla, terapia de la audición y terapia ocupacional: 20 visitas.
- Los límites no se aplican a afecciones mentales para terapia del habla y terapia ocupacional.

Nota: Las visitas de terapia, proporcionadas como parte de un plan de cuidado de la salud en el hogar aprobado, se acumulan para el máximo de servicios de cuidado de la salud en el hogar aplicable.

Atención quiropráctica

Copago de \$80, y el plan paga el 100%

Límite anual:

- Atención quiropráctica: 20 visitas.

Atención de enfermos terminales

Centros para pacientes internados

El plan paga el 70% ^

Servicios para pacientes ambulatorios

El plan paga el 70% ^

Nota: Incluye la asesoría por duelo cuando forma parte de un programa para enfermos terminales.

Medicamentos o productos farmacéuticos médicos

Productos farmacéuticos médicos de Cigna Pathwell SpecialtySM

Red de Cigna Pathwell SpecialtySM:

El plan paga el 70% ^

Todos los demás proveedores médicos dentro o fuera de la red:

Sin cobertura

Otros productos farmacéuticos médicos

El plan paga el 70% ^

Nota: Este beneficio se aplica únicamente al costo de los medicamentos o productos farmacéuticos médicos que se administren. Los cargos relacionados del centro, la visita al consultorio o el profesional están cubiertos según el diseño del plan.

Planificación familiar

Servicios para mujeres

El plan paga el 100%

Incluye dispositivos anticonceptivos según lo indique o recete un médico y los servicios de esterilización quirúrgica, como la ligadura de las trompas (no incluye la reversión).

Servicios para hombres

La cobertura varía según el lugar del servicio.

Incluye servicios de esterilización quirúrgica, como la vasectomía (no incluye la reversión).

Aborto

Servicios relacionados con un aborto

La cobertura varía según el lugar del servicio.

Nota: Procedimientos no provocados únicamente.

Infertilidad

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.

Tratamiento para la infertilidad

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

Otros centros/servicios de cuidado de la salud

Cuidado de la salud en el hogar

El plan paga el 70% ^

- Límite anual: 60 visitas (el límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias).

Trasplantes de órganos

Misma cobertura que la del beneficio para pacientes internados

- Los servicios se pagan al nivel de la red si se reciben en centros de Cigna LifeSOURCE Transplant Network®.
- Máximo para viajes: Máximo de \$10,000 por trasplante de por vida.

Equipo médico duradero

El plan paga el 70% ^

- Límite anual: Ilimitado.

Aparatos protésicos externos (EPA, por sus siglas en inglés)

El plan paga el 70% ^

- Límite anual: Ilimitado.

Equipos y suministros para la lactancia

El plan paga el 100%

- Limitados al alquiler de un sacaleches por nacimiento según lo indique o recete un médico.
- Incluye los suministros relacionados.

Trastorno de la articulación temporomandibular (ATM)

La cobertura varía según el lugar del servicio.

- Límite anual: Ilimitado para tratamiento quirúrgico y no quirúrgico.

Nota: El tratamiento se proporciona en forma limitada, según el caso. Excluye aparatos y tratamiento de ortodoncia.

Aparatos auditivos

El plan paga el 70% ^

- Máximo de 2 dispositivos (uno por oído) cada 36 meses.
- Incluye pruebas y ajustes de dispositivos auditivos.
- Cobertura hasta los 18 años.

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

Trastornos de salud mental y de consumo de sustancias

Servicios de salud mental para pacientes internados

El plan paga el 70% ^

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios – Consultorio del médico

Copago de \$80, y el plan paga el 100%

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios

El plan paga el 70% ^

Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes internados

El plan paga el 70% ^

Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios – Consultorio del médico

Copago de \$80, y el plan paga el 100%

Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios

El plan paga el 70% ^

Farmacia	Dentro de la red	Fuera de la red
Parte del costo que le corresponde y suministro		
<p>Límites anuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Máximo ilimitado. <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> “Pacientes internados” incluye el tratamiento residencial y agudo para pacientes internados. “Pacientes ambulatorios – Consultorio del médico” puede incluir terapia individual, familiar y grupal, psicoterapia, manejo de medicamentos, etc. “Pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios” puede incluir hospitalización parcial, servicios intensivos para pacientes ambulatorios, terapia de análisis conductual aplicado (ABA, por sus siglas en inglés), etc. 		
<p>Parte del costo de farmacia</p> <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. 	<p>Farmacia minorista (por suministro para 30 días): Genéricos: Usted paga \$20 De marca preferida: Usted paga \$50 De marca no preferida: Usted paga \$95 Especialidad: Usted paga \$250</p> <p>Farmacia minorista (por suministro para 90 días): Genéricos: Usted paga \$50 De marca preferida: Usted paga \$125 De marca no preferida: Usted paga \$238</p> <p>Entrega a domicilio (por suministro para 90 días): Genéricos: Usted paga \$50 De marca preferida: Usted paga \$125 De marca no preferida: Usted paga \$238 Especialidad: Usted paga \$625</p>	<p>Farmacia minorista: Usted paga el 50% Su plan paga el 50%</p> <p>Entrega a domicilio: Misma cobertura que Farmacia minorista fuera de la red</p>
<ul style="list-style-type: none"> 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. Programa Cigna 90 Now: Usted puede optar por que le despachen sus medicamentos en suministros para 30 o 90 días. Si opta por que le despachen una receta para 30 días, podrá ir a cualquier farmacia minorista de la red o farmacia de entrega a domicilio de la red. Si opta por que le despachen una receta para 90 días, deberá ir a una farmacia minorista con despacho para 90 días de la red o farmacia de entrega a domicilio de la red para que el plan cubra el medicamento. 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. Cuando solicita un medicamento de marca, usted 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”) (MAC B). Sus beneficios de farmacia comparten un desembolso máximo con los beneficios médicos/de salud del comportamiento. 		
Deducible de farmacia	Individual: \$150 Grupo familiar: \$300	

Medicamentos cubiertos

Lista de medicamentos con receta:

La Lista de medicamentos con receta Advantage 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. Algunos de los medicamentos más costosos están excluidos cuando hay alternativas más económicas. Para consultar los medicamentos que incluye su plan, inicie sesión en myCigna.com.

Algunas características importantes:

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

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.

Programa Clinical Day Supply

Su plan incluye el Programa Clinical Day Supply para medicamentos de especialidad, que ofrece un equilibrio entre el control del uso indebido y la mejora del cumplimiento terapéutico. Durante un período de estabilización, es posible que ciertos medicamentos de especialidad, despachados por una farmacia de especialidad designada por Cigna, se limiten a menos de un suministro para 90 días consecutivos. Asimismo, para algunos medicamentos con un riesgo muy alto de interrupción anticipada del tratamiento, es posible que se despache un suministro dividido (para 14 o 15 días). Su costo compartido se prorrateará para reflejar el suministro para la cantidad de días efectivamente despachada.

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

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 ayudarlo 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 ayudarlo 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.

08/01/2023

TX

Open Access Plus - OAPIN Base

Información adicional

Cargos por servicios de emergencia fuera de la red

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

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

Coordinación con Medicare

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

- (a) un expleado, como un jubilado, un expleado incapacitado, el dependiente de un expleado o la pareja de hecho de un empleado, que también cumpla con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare y cuyo seguro continúe por algún motivo según lo dispuesto en este plan (incluida la continuación en virtud de COBRA);
- (b) un empleado, un expleado, el dependiente de un empleado o el dependiente de un expleado, 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.**

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.

Administración de la atención completa

Se debe obtener autorización previa para todas las admisiones para pacientes internados y para determinados procedimientos para pacientes ambulatorios, pruebas de diagnóstico y cirugías de pacientes ambulatorios. Los proveedores de la red están obligados por contrato a realizar el proceso de autorización previa en nombre de los clientes.

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

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 anestesiólogos.

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 atendándose con el mismo médico.

08/01/2023

TX

Open Access Plus - OAPIN Base

Exclusiones

Servicios no cubiertos (la lista no es exhaustiva; encontrará una lista completa en los documentos de su plan)

- Servicios que no son médicamente necesarios
- Los tratamientos que estén en etapa experimental o en investigación, a excepción de los costos de cuidado de rutina del paciente relacionados con estudios clínicos calificados, según lo descrito en el documento de su plan
- Lesión accidental que se produzca mientras esté trabajando por un sueldo o ganancias
- Enfermedad por la cual, en virtud de cualquier ley de seguro de accidentes de trabajo o una ley similar, se paguen beneficios o haya beneficios pagaderos
- Servicios brindados por planes de salud gubernamentales
- Cirugía estética, a menos que corrija deformidades provocadas por una enfermedad, cirugía de reconstrucción mamaria después de una mastectomía o defectos congénitos de un hijo recién nacido o adoptado, o un niño recibido en tutela para la adopción
- Tratamientos e implantes dentales
- Cuidados de custodia
- Procedimientos quirúrgicos para mejorar problemas de visión que puedan corregirse mediante el uso de anteojos o lentes de contacto
- Terapia de la vista o tratamiento ortóptico
- Reversión de procedimientos de esterilización
- Medicamentos de venta sin receta o medicamentos contra la obesidad
- Programas para dejar de fumar
- Servicios que no sean de emergencia recibidos fuera de los Estados Unidos
- Cirugía bariátrica
- Servicios de infertilidad

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.

Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

EHB Estado: TX

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura médica

Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. Cigna no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo.

Cigna:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades 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 a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - intérpretes calificados
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con servicio al cliente al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación y pídale a un asociado de Servicio al cliente que le ayude.

Si considera que Cigna no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una queja escribiendo un mensaje de correo electrónico a

ACAGrievance@Cigna.com o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar una queja escrita, llame al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o envíe un mensaje de correo electrónico a ACAGrievance@Cigna.com. 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:

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 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation y Cigna Dental Health, Inc. El nombre y los logos de Cigna, así como las demás marcas de Cigna, son propiedad de Cigna Intellectual Property, 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. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: 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).

Spanish – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Chinese – 注意：我們可為您免費提供語言協助服務。對於 Cigna 的現有客戶，請致電您的 ID 卡背面的號碼。其他客戶請致電 1.800.244.6224（聽障專線：請撥 711）。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên của quý vị. Các trường hợp khác, xin gọi số 1.800.244.6224 (TTY: Quay số 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 현재 Cigna 가입자님들께서는 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락해주시시오. 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주시시오.

Tagalog – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna, tawagan ang numero sa likuran ng iyong ID card. O kaya, tumawag sa 1.800.244.6224 (TTY: I-dial ang 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Если вы уже участвуете в плане Cigna, позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки участника плана. Если вы не являетесь участником одного из наших планов, позвоните по номеру 1.800.244.6224 (TTY: 711).

Arabic – برجاء الانتباه خدمات الترجمة المجانية متاحة لكم. لعملاء Cigna الحاليين برجاء الاتصال بالرقم المدون علي ظهر بطاقتكم الشخصية. او اتصل ب 1.800.244.6224 (TTY: اتصل ب 711).

French Creole – ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Pou kliyan Cigna yo, rele nimewo ki dèyè kat ID ou. Sinon, rele nimewo 1.800.244.6224 (TTY: Rele 711).

French – ATTENTION : Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Si vous êtes un client actuel de Cigna, veuillez appeler le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité. Sinon, veuillez appeler le numéro 1.800.244.6224 (ATS : composez le numéro 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Tem ao seu dispor serviços de assistência linguística, totalmente gratuitos. Para clientes Cigna atuais, ligue para o número que se encontra no verso do seu cartão de identificação. Caso contrário, ligue para 1.800.244.6224 (Dispositivos TTY: marque 711).

Polish – UWAGA: w celu skorzystania z dostępnej, bezpłatnej pomocy językowej, obecni klienci firmy Cigna mogą dzwonić pod numer podany na odwrocie karty identyfikacyjnej. Wszystkie inne osoby prosimy o skorzystanie z numeru 1 800 244 6224 (TTY: wybierz 711).

Japanese – 注意事項:日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。現在のCignaのお客様は、IDカード裏面の電話番号まで、お電話にてご連絡ください。その他の方は、1.800.244.6224 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

Italian – ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per i clienti Cigna attuali, chiamare il numero sul retro della tessera di identificazione. In caso contrario, chiamare il numero 1.800.244.6224 (utenti TTY: chiamare il numero 711).

German – ACHTUNG: Die Leistungen der Sprachunterstützung stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie gegenwärtiger Cigna-Kunde sind, rufen Sie bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Krankenversicherungskarte an. Andernfalls rufen Sie 1.800.244.6224 an (TTY: Wählen Sie 711).

Persian (Farsi) – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می‌شود. برای مشتریان فعلی Cigna، لطفاً با شماره‌ای که در پشت کارت شناسایی شماست تماس بگیرید. در غیر اینصورت با شماره 1.800.244.6224 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنویان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).



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. 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 o llamar al 1-866-494-2111 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	Para proveedores dentro de la red : \$5,000/persona o \$10,000/familia	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros miembros de la familia en el plan , cada uno deberá alcanzar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos de deducible que hayan pagado todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. La atención preventiva y las vacunas dentro de la red, las visitas al consultorio y las visitas a instalaciones de atención de urgencia .	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	Sí. \$150/persona o \$300/familia para medicamentos que requieren receta médica . No hay otros deducibles específicos.	Usted debe pagar todos los costos por estos servicios hasta la cantidad del deducible específico antes de que el plan comience a pagar por ellos.
¿Cuál es el límite a los gastos directos del bolsillo de este plan ?	Para proveedores dentro de la red : \$8,000/persona o \$16,000/familia Límite a los gastos directos del bolsillo médico/de salud del comportamiento y de farmacia combinado.	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de la familia en este plan , ellos tienen que alcanzar sus propios límites a los gastos directos del bolsillo hasta que se alcance el límite a los gastos directos del bolsillo general familiar.
¿Qué no incluye el límite a los gastos directos del bolsillo ?	Las primas , los cargos por facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite a los gastos directos del bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí. Vea www.cigna.com o llame al 1-866-494-2111 para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan usa una lista de proveedores dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido .



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 (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$40/visita No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Visita al especialista	Copago de \$80/visita No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	Sin cargo/visita** Sin cargo/otros servicios** Sin cargo/vacunas** Sin cargo/vacunas** **No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	Ninguna Ninguna Cobertura desde el nacimiento hasta los 5 años Cobertura a partir de los 6 años Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su plan .
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Coseguro del 30%	Sin cobertura	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Coseguro del 30% en instalaciones para pacientes en consulta externa Coseguro del 30% en el consultorio	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.cigna.com	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Copago de \$20/receta (farmacia minorista, 30 días); copago de \$50/receta (farmacia minorista, 90 días); copago de \$50/receta (entrega a domicilio, 90 días)	Coseguro del 50%/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio)	La cobertura se limita a un suministro para un máximo de 90 días (farmacia minorista y entrega a domicilio); y un suministro para un máximo de 30 días (farmacia minorista) y de 90 días (entrega a domicilio) para los medicamentos especializados . Es posible que se apliquen algunas limitaciones, como por ejemplo, autorización previa, tratamiento escalonado y límites de cantidad.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.cigna.com	Medicamentos de marcas preferidas (nivel 2)	Copago de \$50/receta (farmacia minorista, 30 días); copago de \$125/receta (farmacia minorista, 90 días); copago de \$125/receta (entrega a domicilio, 90 días)	Coseguro del 50%/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Para los medicamentos del programa Clinical Day Supply, es posible que pague menos que el costo compartido indicado para ciertos medicamentos especializados. 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 no preferidas (nivel 3)	Copago de \$95/receta (farmacia minorista, 30 días); copago de \$238/receta (farmacia minorista, 90 días); copago de \$238/receta (entrega a domicilio, 90 días)	Coseguro del 50%/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio)	
	Medicamentos especializados (nivel 4)	Copago de \$250/receta (farmacia minorista); copago de \$625/receta (entrega a domicilio)	Coseguro del 50%/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio)	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 30%	Sin cobertura	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 30%	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de \$500/visita, más un coseguro del 30%	Copago de \$500/visita, más un coseguro del 30%	El copago por visita no se aplica si es admitido. Los servicios fuera de la red se pagan al costo compartido y el deducible dentro de la red.
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%	Los servicios de ambulancia aérea fuera de la red se pagan al costo compartido y el deducible dentro de la red.
	Atención de urgencia	Copago de \$125/visita No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	Ninguna
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 30%	Sin cobertura	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 30%	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Copago de \$80/visita al consultorio** Coseguro del 30%/todos los demás servicios **No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios internos	Coseguro del 30%	Sin cobertura	Ninguna

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Coseguro del 30%	Sin cobertura	Se aplican los niveles de beneficios de la atención primaria o de especialistas a la visita inicial para confirmar el embarazo. El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Según el tipo de servicio, es posible que se aplique un copago , coseguro o deducible . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios que están descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, sonogramas).
	Servicios de parto profesionales	Coseguro del 30%	Sin cobertura	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Coseguro del 30%	Sin cobertura	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención de la salud en el hogar	Coseguro del 30%	Sin cobertura	La cobertura tiene un límite máximo de 60 visitas por año. (El límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias).
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$80/visita para fisioterapia** Copago de \$80/visita para terapia ocupacional, del habla y de la audición** Copago de \$80/visita para atención quiropráctica** **No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	La cobertura tiene un límite máximo de 20 visitas por año para fisioterapia, de 20 visitas por año para terapia del habla, de la audición y ocupacional y de 20 visitas por año para servicios de atención quiropráctica. No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.
	Servicios de habilitación	Copago de \$80/visita para fisioterapia** Copago de \$80/visita para terapia ocupacional, del habla y de la audición** **No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	Los servicios están cubiertos cuando son médicamente necesarios para tratar una afección mental (p. ej., autismo) o para niños con retrasos en el desarrollo. 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 (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de enfermería especializada	Coseguro del 30%	Sin cobertura	La cobertura tiene un límite máximo de 30 días por año.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 30%	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Coseguro del 30%/servicios para pacientes internados Coseguro del 30%/servicios para pacientes en consulta externa	Sin cobertura	Ninguna
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	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](#)).

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Cirugía estética • Atención dental (adultos) • Atención dental (niños) | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para la infertilidad • Atención a largo plazo • Atención que no sea de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos • Enfermería de práctica privada | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de la vista de rutina (adultos) • Atención de la vista de rutina (niños) • Atención de los pies de rutina • Programas para bajar de peso |
|--|--|--|

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

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica (20 visitas) | <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos auditivos (2 dispositivos [uno por oído] cada 36 meses, hasta los 18 años) |
|---|---|

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: Departamento de Seguros de Texas al 1-800-578-4677 y Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. 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 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 1-866-494-2111. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o ingresando en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con el Departamento de Seguros de Texas llamando al 1-800-578-4677. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su [apelación](#). Comuníquese con: Programa de Asistencia de Salud para el Consumidor de Texas al (800) 252-3439.

¿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 1-866-494-2111.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-494-2111.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-494-2111.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-494-2111.

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

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$5,000
- [Copago de especialista](#) \$80
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
[Pruebas diagnósticas](#) (sonogramas y análisis de sangre)
 Visita al [especialista](#) (anestesia)

Costo total hipotético \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles *	\$5,010
Copagos	\$40
Coseguro	\$2,300
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es	\$7,370

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$5,000
- [Copago de especialista](#) \$80
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico primario](#)
 (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
[Pruebas diagnósticas](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos por recetas](#)
[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

Costo total hipotético \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$270
Copagos	\$1,200
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$40
El total que Joe pagaría es	\$1,510

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$5,000
- [Copago de especialista](#) \$80
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Sala de emergencias](#)
 (incluye materiales médicos)
[Prueba diagnóstica](#) (radiografía)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo total hipotético \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,440
Copagos	\$900
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,340

* Nota: Este [plan](#) tiene otros [deducibles](#) por servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la sección de arriba: "¿Hay algún otro [deducible](#) por servicios específicos?".

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

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO DE MANERA INTENCIONAL.

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura médica

Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Cigna no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Cigna:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades 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 a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación y pídale a un asociado de Servicio al Cliente que le ayude.

Si considera que Cigna no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja escribiendo un mensaje de correo electrónico a

ACAGrievance@Cigna.com o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar una queja escrita, llame al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o envíe un mensaje de correo electrónico a ACAGrievance@Cigna.com. 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:

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
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation y Cigna Dental Health, Inc. El nombre y los logos de Cigna, así como las demás marcas de Cigna, son propiedad de Cigna Intellectual Property, 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. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: 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).

Spanish – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Chinese – 注意：我們可為您免費提供語言協助服務。對於 Cigna 的現有客戶，請致電您的 ID 卡背面的號碼。其他客戶請致電 1.800.244.6224（聽障專線：請撥 711）。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên của quý vị. Các trường hợp khác, xin gọi số 1.800.244.6224 (TTY: Quay số 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 현재 Cigna 가입자님들께서는 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락해주시십시오. 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주시십시오.

Tagalog – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna, tawagan ang numero sa likuran ng iyong ID card. O kaya, tumawag sa 1.800.244.6224 (TTY: I-dial ang 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Если вы уже участвуете в плане Cigna, позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки участника плана. Если вы не являетесь участником одного из наших планов, позвоните по номеру 1.800.244.6224 (TTY: 711).

Arabic – برجاء الانتباه خدمات الترجمة المجانية متاحة لكم. لعملاء Cigna الحاليين برجاء الاتصال بالرقم المدون علي ظهر بطاقتكم الشخصية. او اتصل ب 1.800.244.6224 (TTY: اتصل ب 711).

French Creole – ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Pou kliyan Cigna yo, rele nimewo ki dèyè kat ID ou. Sinon, rele nimewo 1.800.244.6224 (TTY: Rele 711).

French – ATTENTION : Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Si vous êtes un client actuel de Cigna, veuillez appeler le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité. Sinon, veuillez appeler le numéro 1.800.244.6224 (ATS : composez le numéro 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Tem ao seu dispor serviços de assistência linguística, totalmente gratuitos. Para clientes Cigna atuais, ligue para o número que se encontra no verso do seu cartão de identificação. Caso contrário, ligue para 1.800.244.6224 (Dispositivos TTY: marque 711).

Polish – UWAGA: w celu skorzystania z dostępnej, bezpłatnej pomocy językowej, obecni klienci firmy Cigna mogą dzwonić pod numer podany na odwrocie karty identyfikacyjnej. Wszystkie inne osoby prosimy o skorzystanie z numeru 1 800 244 6224 (TTY: wybierz 711).

Japanese – 注意事項:日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。現在のCignaのお客様は、IDカード裏面の電話番号まで、お電話にてご連絡ください。その他の方は、1.800.244.6224 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

Italian – ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per i clienti Cigna attuali, chiamare il numero sul retro della tessera di identificazione. In caso contrario, chiamare il numero 1.800.244.6224 (utenti TTY: chiamare il numero 711).

German – ACHTUNG: Die Leistungen der Sprachunterstützung stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie gegenwärtiger Cigna-Kunde sind, rufen Sie bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Krankenversicherungskarte an. Andernfalls rufen Sie 1.800.244.6224 an (TTY: Wählen Sie 711).

Persian (Farsi) – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می‌شود. برای مشتریان فعلی Cigna، لطفاً با شماره‌ای که در پشت کارت شناسایی شماست تماس بگیرید. در غیر اینصورت با شماره 1.800.244.6224 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنوايان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).

RESUMEN DE BENEFICIOS



Cigna Health and Life Insurance Co.
Para: Outwest Express, LLC
Open Access Plus Plan
Mid

Fecha de entrada en vigor: 1 de agosto de 2023

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.

Aviso para residentes de Texas: Este plan no incluye una cláusula adicional opcional para cubrir los abortos provocados.

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) se acumulan entre sí entre Dentro y Fuera de la red, a menos que se indique lo contrario.	
Coseguro del plan	El plan paga el 80%	El plan paga el 50%
Cargo máximo reembolsable	No corresponde	110%
Deducible del plan	Individual: \$3,000 Grupo familiar: \$6,000	Individual: \$7,500 Grupo familiar: \$15,000
<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: \$7,150 Grupo familiar: \$14,300	Individual: \$15,000 Grupo familiar: \$30,000
<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 \$15, y el plan paga el 100%	El plan paga el 50% ^
Servicios del médico especialista/Visita al consultorio	Copago de \$50, y el plan paga el 100%	El plan paga el 50% ^
Cirugía hecha en el consultorio del médico	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	El plan paga el 50% ^
Atención virtual		
Proveedores virtuales exclusivos – MDLIVE		
Servicios de atención virtual de urgencia de MDLIVE	Copago de \$15, y el plan paga el 100%	Sin cobertura
Servicios de cuidado primario de MDLIVE	Copago de \$15, 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. 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, por sus siglas en inglés)/Visita al consultorio	Copago de \$15, y el plan paga el 100%	El plan paga el 50% ^
Servicios del médico especialista/Visita al consultorio	Copago de \$50, y el plan paga el 100%	El plan paga el 50% ^
<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. 		
Clínica de acceso fácil		

08/01/2023

TX

Open Access Plus - Mid

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.		
Clínica de acceso fácil	Copago de \$15, y el plan paga el 100%	El plan paga el 50% ^
Cuidado preventivo		
Visita al consultorio de cuidado preventivo	El plan paga el 100%	El plan paga el 50% ^
Servicios preventivos	El plan paga el 100%	El plan paga el 50% ^
<ul style="list-style-type: none"> Incluye mamografías, pruebas de Papanicolaou, pruebas de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) y exámenes de detección colorrectales, con fines preventivos. 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. 		
Vacunas		
Desde el nacimiento hasta los 5 años	El plan paga el 100%	El plan paga el 100%
A partir de los 6 años	El plan paga el 100%	El plan paga el 50% ^
Pacientes hospitalizados		
Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^
Nota: Incluye todos los servicios de laboratorio y radiología, incluidas las imágenes radiológicas avanzadas y los medicamentos de especialidad con fines médicos.		
Visitas o consultas al médico del hospital como paciente internado	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^
Servicios profesionales para pacientes internados	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^
<ul style="list-style-type: none"> Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiistas. 		
Pacientes ambulatorios		
Servicios en centros para pacientes ambulatorios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^
Servicios profesionales para pacientes ambulatorios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^
<ul style="list-style-type: none"> Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiistas. 		
Servicios de emergencia		
Sala de emergencias		
<ul style="list-style-type: none"> Incluye los cargos del médico de la sala de emergencias, laboratorio y radiología, incluidas las imágenes radiológicas avanzadas (ARI, por sus siglas en inglés). El copago por visita no se aplica si es admitido. 		Copago de \$300, y el plan paga el 80% ^
Centro de cuidado de urgencia		
<ul style="list-style-type: none"> Incluye los cargos del médico, laboratorio y radiología. 		Copago de \$25, y el plan paga el 100%
Ambulancia		El plan paga el 80% ^
Los servicios de ambulancia utilizados como transporte que no sea de emergencia (p. ej., regreso del hospital al hogar) generalmente no están cubiertos.		
Servicios para pacientes internados en otros centros de cuidado de la salud		
Centro de cuidados especiales, hospital de rehabilitación, centros para afecciones subagudas		
<ul style="list-style-type: none"> Límite anual: 60 días. 	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^
Servicios de laboratorio		

08/01/2023

TX

Open Access Plus - Mid

Facets - 18397643 - V 28 - 05/30/23 12:40 PM ET

3 de 11

©Cigna 2023

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/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 50% ^
Centro para pacientes ambulatorios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^
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 50% ^
Imágenes radiológicas avanzadas (ARI)	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 50% ^
Servicios del médico/Visita al consultorio	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^
Servicios de terapia para pacientes ambulatorios		
Fisioterapia para pacientes ambulatorios	Copago de \$50, y el plan paga el 100%	El plan paga el 50% ^
Límites anuales:		
<ul style="list-style-type: none"> Fisioterapia: 20 visitas. Los límites no se aplican a afecciones mentales. 		
Nota: Las visitas de terapia, proporcionadas como parte de un plan de cuidado de la salud en el hogar aprobado, se acumulan para el máximo de servicios de cuidado de la salud en el hogar aplicable.		
Terapia del habla, terapia de la audición y terapia ocupacional para pacientes ambulatorios	Copago de \$50, y el plan paga el 100%	El plan paga el 50% ^
Límites anuales:		
<ul style="list-style-type: none"> Terapia del habla, terapia de la audición y terapia ocupacional: 20 visitas. Los límites no se aplican a afecciones mentales para terapia del habla y terapia ocupacional. 		
Nota: Las visitas de terapia, proporcionadas como parte de un plan de cuidado de la salud en el hogar aprobado, se acumulan para el máximo de servicios de cuidado de la salud en el hogar aplicable.		
Atención quiropráctica	Copago de \$50, y el plan paga el 100%	El plan paga el 50% ^
Límite anual:		
<ul style="list-style-type: none"> Atención quiropráctica: 20 visitas. 		
Atención de enfermos terminales		
Centros para pacientes internados	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^
Servicios para pacientes ambulatorios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^
Nota: Incluye la asesoría por duelo cuando forma parte de un programa para enfermos terminales.		
Medicamentos o productos farmacéuticos médicos		

08/01/2023

TX

Open Access Plus - Mid

Facets - 18397643 - V 28 - 05/30/23 12:40 PM ET

4 de 11

©Cigna 2023

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.		
Productos farmacéuticos médicos de Cigna Pathwell SpecialtySM	Red de Cigna Pathwell SpecialtySM: El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^
Otros productos farmacéuticos médicos	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^
Nota: Este beneficio se aplica únicamente al costo de los medicamentos o productos farmacéuticos médicos que se administren. Los cargos relacionados del centro, la visita al consultorio o el profesional están cubiertos según el diseño del plan.		
Planificación familiar		
Servicios para mujeres 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).	El plan paga el 100%	La cobertura varía según el lugar del servicio.
Servicios para hombres Incluye servicios de esterilización quirúrgica, como la vasectomía (no incluye la reversión).	La cobertura varía según el lugar del servicio.	La cobertura varía según el lugar del servicio.
Aborto		
Servicios relacionados con un aborto Nota: Procedimientos no provocados únicamente.	La cobertura varía según el lugar del servicio.	La cobertura varía según el lugar del servicio.
Infertilidad		
Tratamiento para la infertilidad		
Nota: Se brindará cobertura para el tratamiento de una afección médica subyacente hasta que se diagnostique una afección de infertilidad. Los servicios estarán cubiertos como si se tratara de cualquier otra enfermedad.		
Otros centros/servicios de cuidado de la salud		
Cuidado de la salud en el hogar • Límite anual: 60 visitas (el límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias).	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^
Trasplantes de órganos	Misma cobertura que la del beneficio para pacientes internados	Misma cobertura que la del beneficio para pacientes internados hasta los siguientes máximos por trasplante: Médula ósea: \$130,000 Corazón: \$150,000 Corazón/pulmón: \$185,000 Riñón: \$80,000 Riñón/Páncreas: \$80,000 Hígado: \$230,000 Pulmón: \$185,000 Páncreas: \$50,000 • Los servicios se pagan al nivel de la red si se reciben en centros de Cigna LifeSOURCE Transplant Network®. • Máximo para viajes: Máximo de \$10,000 por trasplante de por vida.
Equipo médico duradero • Límite anual: Ilimitado.	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^

08/01/2023

TX

Open Access Plus - Mid

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.		
Aparatos protésicos externos (EPA, por sus siglas en inglés) • Límite anual: Ilimitado.	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^
Equipos y suministros para la lactancia • 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 50% ^
Trastorno de la articulación temporomandibular (ATM) • Límite anual: Ilimitado para tratamiento quirúrgico y no quirúrgico.	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.		
Aparatos auditivos • Máximo de 2 dispositivos (uno por oído) cada 36 meses • Incluye pruebas y ajustes de dispositivos auditivos • Cobertura hasta los 18 años.	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^).		
Trastornos de salud mental y de consumo de sustancias		
Servicios de salud mental para pacientes internados	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios – Consultorio del médico	Copago de \$15, y el plan paga el 100%	El plan paga el 50% ^
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes internados	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios – Consultorio del médico	Copago de \$15, y el plan paga el 100%	El plan paga el 50% ^
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^
Límites anuales: • Máximo ilimitado.		
Notas: • “Pacientes internados” incluye el tratamiento residencial y agudo para pacientes internados. • “Pacientes ambulatorios – Consultorio del médico” puede incluir terapia individual, familiar y grupal, psicoterapia, manejo de medicamentos, etc. • “Pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios” puede incluir hospitalización parcial, servicios intensivos para pacientes ambulatorios, terapia de análisis conductual aplicado (ABA, por sus siglas en inglés), etc.		

Farmacia**Dentro de la red****Fuera de la red****Parte del costo que le corresponde y suministro****Parte del costo de farmacia**

- 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.

Farmacia minorista (por suministro para 30 días):

Genéricos: Usted paga \$10
 De marca preferida: Usted paga \$50
 De marca no preferida: Usted paga \$95
 Especialidad: Usted paga \$250

Farmacia minorista (por suministro para 90 días):

Genéricos: Usted paga \$25
 De marca preferida: Usted paga \$125
 De marca no preferida: Usted paga \$238

Entrega a domicilio (por suministro para 90 días):

Genéricos: Usted paga \$25
 De marca preferida: Usted paga \$125
 De marca no preferida: Usted paga \$238
 Especialidad: Usted paga \$625

Farmacia minorista:

Usted paga el 50%
 Su plan paga el 50%

Entrega a domicilio:

Misma cobertura que Farmacia minorista fuera de la red

- 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.
- Programa Cigna 90 Now: Usted puede optar por que le despachen sus medicamentos en suministros para 30 o 90 días. Si opta por que le despachen una receta para 30 días, podrá ir a cualquier farmacia minorista de la red o farmacia de entrega a domicilio de la red. Si opta por que le despachen una receta para 90 días, deberá ir a una farmacia minorista con despacho para 90 días de la red o farmacia de entrega a domicilio de la red para que el plan cubra el medicamento.
- 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.
- Cuando solicita un medicamento de marca, usted 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") (MAC B).
- Sus beneficios de farmacia comparten un desembolso máximo con los beneficios médicos/de salud del comportamiento.

Medicamentos cubiertos**Lista de medicamentos con receta:**

La Lista de medicamentos con receta Advantage 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. Algunos de los medicamentos más costosos están excluidos cuando hay alternativas más económicas. Para consultar los medicamentos que incluye su plan, inicie sesión en myCigna.com.

Algunas características importantes:

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

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) Accreddo 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 Accreddo, los expertos de Cigna se encargarán de proporcionar el medicamento de especialidad y el asesoramiento sobre la afección.

Programa Clinical Day Supply

Su plan incluye el Programa Clinical Day Supply para medicamentos de especialidad, que ofrece un equilibrio entre el control del uso indebido y la mejora del cumplimiento terapéutico. Durante un período de estabilización, es posible que ciertos medicamentos de especialidad, despachados por una farmacia de especialidad designada por Cigna, se limiten a menos de un suministro para 90 días consecutivos. Asimismo, para algunos medicamentos con un riesgo muy alto de interrupción anticipada del tratamiento, es posible que se despache un suministro dividido (para 14 o 15 días). Su costo compartido se prorrateará para reflejar el suministro para la cantidad de días efectivamente despachada.

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

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 ayudarlo 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 ayudarlo 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.

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 Plan secundario de las Partes A y B de Medicare, en los siguientes casos:

- (a) un expleado, como un jubilado, un expleado incapacitado, el dependiente de un expleado o la pareja de hecho de un empleado, que también cumpla con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare y cuyo seguro continúe por algún motivo según lo dispuesto en este plan (incluida la continuación en virtud de COBRA);
- (b) un empleado, un expleado, el dependiente de un empleado o el dependiente de un expleado, 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.**

One Guide

Disponibles 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.

Administración de la atención completa

Se debe obtener autorización previa para todas las admisiones para pacientes internados y para determinados procedimientos para pacientes ambulatorios, pruebas de diagnóstico y cirugías de pacientes ambulatorios. Los proveedores de la red están obligados por contrato a realizar el proceso de autorización previa en nombre de los clientes. En el caso de proveedores fuera de la red, el cliente tiene la responsabilidad de cumplir con el procedimiento de autorización previa. Si un cliente no cumple con los requisitos para obtener la autorización antes del tratamiento, se aplicará una multa de \$250.

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

08/01/2023

TX

Open Access Plus - Mid

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 anestesiólogos.

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

Servicios no cubiertos (la lista no es exhaustiva; encontrará una lista completa en los documentos de su plan)

- Servicios que no son médicamente necesarios
- Los tratamientos que estén en etapa experimental o en investigación, a excepción de los costos de cuidado de rutina del paciente relacionados con estudios clínicos calificados, según lo descrito en el documento de su plan
- Lesión accidental que se produzca mientras esté trabajando por un sueldo o ganancias
- Enfermedad por la cual, en virtud de cualquier ley de seguro de accidentes de trabajo o una ley similar, se paguen beneficios o haya beneficios pagaderos
- Servicios brindados por planes de salud gubernamentales
- Cirugía estética, a menos que corrija deformidades provocadas por una enfermedad, cirugía de reconstrucción mamaria después de una mastectomía o defectos congénitos de un hijo recién nacido o adoptado, o un niño recibido en tutela para la adopción
- Tratamientos e implantes dentales
- Cuidados de custodia
- Procedimientos quirúrgicos para mejorar problemas de visión que puedan corregirse mediante el uso de anteojos o lentes de contacto
- Terapia de la vista o tratamiento ortóptico
- Reversión de procedimientos de esterilización
- Medicamentos de venta sin receta o medicamentos contra la obesidad
- Programas para dejar de fumar
- Servicios que no sean de emergencia recibidos fuera de los Estados Unidos
- Cirugía bariátrica
- Servicios de infertilidad

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.

Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

08/01/2023

TX

Open Access Plus - Mid

EHB Estado: TX

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura médica

Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. Cigna no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo.

Cigna:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades 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 a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - intérpretes calificados
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con servicio al cliente al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación y pídale a un asociado de Servicio al cliente que le ayude.

Si considera que Cigna no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una queja escribiendo un mensaje de correo electrónico a

ACAGrievance@Cigna.com o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar una queja escrita, llame al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o envíe un mensaje de correo electrónico a ACAGrievance@Cigna.com. 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:

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
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation y Cigna Dental Health, Inc. El nombre y los logos de Cigna, así como las demás marcas de Cigna, son propiedad de Cigna Intellectual Property, 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. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: 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).

Spanish – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Chinese – 注意：我們可為您免費提供語言協助服務。對於 Cigna 的現有客戶，請致電您的 ID 卡背面的號碼。其他客戶請致電 1.800.244.6224（聽障專線：請撥 711）。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên của quý vị. Các trường hợp khác, xin gọi số 1.800.244.6224 (TTY: Quay số 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 현재 Cigna 가입자님들께서는 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락해주시고요. 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주시고요.

Tagalog – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna, tawagan ang numero sa likuran ng iyong ID card. O kaya, tumawag sa 1.800.244.6224 (TTY: I-dial ang 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Если вы уже участвуете в плане Cigna, позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки участника плана. Если вы не являетесь участником одного из наших планов, позвоните по номеру 1.800.244.6224 (TTY: 711).

Arabic – برجاء الانتباه خدمات الترجمة المجانية متاحة لكم. لعلاء Cigna الحاليين برجاء الاتصال بالرقم المدون علي ظهر بطاقتكم الشخصية. او اتصل ب 1.800.244.6224 (TTY: اتصل ب 711).

French Creole – ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Pou kliyan Cigna yo, rele nimewo ki dèyè kat ID ou. Sinon, rele nimewo 1.800.244.6224 (TTY: Rele 711).

French – ATTENTION : Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Si vous êtes un client actuel de Cigna, veuillez appeler le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité. Sinon, veuillez appeler le numéro 1.800.244.6224 (ATS : composez le numéro 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Tem ao seu dispor serviços de assistência linguística, totalmente gratuitos. Para clientes Cigna atuais, ligue para o número que se encontra no verso do seu cartão de identificação. Caso contrário, ligue para 1.800.244.6224 (Dispositivos TTY: marque 711).

Polish – UWAGA: w celu skorzystania z dostępnej, bezpłatnej pomocy językowej, obecni klienci firmy Cigna mogą dzwonić pod numer podany na odwrocie karty identyfikacyjnej. Wszystkie inne osoby prosimy o skorzystanie z numeru 1 800 244 6224 (TTY: wybierz 711).

Japanese – 注意事項:日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。現在のCignaのお客様は、IDカード裏面の電話番号まで、お電話にてご連絡ください。その他の方は、1.800.244.6224 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

Italian – ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per i clienti Cigna attuali, chiamare il numero sul retro della tessera di identificazione. In caso contrario, chiamare il numero 1.800.244.6224 (utenti TTY: chiamare il numero 711).

German – ACHTUNG: Die Leistungen der Sprachunterstützung stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie gegenwärtiger Cigna-Kunde sind, rufen Sie bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Krankenversicherungskarte an. Andernfalls rufen Sie 1.800.244.6224 an (TTY: Wählen Sie 711).

Persian (Farsi) – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می‌شود. برای مشتریان فعلی Cigna، لطفاً با شماره‌ای که در پشت کارت شناسایی شماست تماس بگیرید. در غیر اینصورت با شماره 1.800.244.6224 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنوایان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).



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. 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 o llamar al 1-866-494-2111 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	Para proveedores dentro de la red : \$3,000/persona o \$6,000/familia Para proveedores fuera de la red : \$7,500/persona o \$15,000/familia	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros miembros de la familia en el plan , cada uno deberá alcanzar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos de deducible que hayan pagado todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. La atención preventiva y las vacunas dentro de la red, las vacunas hasta los 5 años fuera de la red, las visitas al consultorio, los medicamentos que requieren receta médica y las visitas a instalaciones de atención de urgencia .	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el límite a los gastos directos del bolsillo de este plan ?	Para proveedores dentro de la red : \$7,150/persona o \$14,300/familia Para proveedores fuera de la red : \$15,000/persona o \$30,000/familia Límite a los gastos directos del bolsillo médico/de salud del comportamiento y de farmacia combinado.	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de la familia en este plan , ellos tienen que alcanzar sus propios límites a los gastos directos del bolsillo hasta que se alcance el límite a los gastos directos del bolsillo general familiar.
¿Qué no incluye el límite a los gastos directos del bolsillo ?	Las multas por falta de autorización previa de los servicios, las primas , los cargos por facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite a los gastos directos del bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí. Vea www.cigna.com o llame al 1-866-494-2111 para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan usa una lista de proveedores dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido .



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 (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)		
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$15/visita No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%	Ninguna	
	Visita al especialista	Copago de \$50/visita No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%	Ninguna	
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo/visita** Sin cargo/otros servicios**	Coseguro del 50%/visita Coseguro del 50%/otros servicios	Sin cargo/vacunas**	Ninguna Ninguna
		Sin cargo/vacunas**	Coseguro del 50%/vacunas	Coseguro del 50%/vacunas	Cobertura desde el nacimiento hasta los 5 años Cobertura a partir de los 6 años
		**No se aplica ningún deducible	**No se aplica ningún deducible	Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su plan .	
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Ninguna	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si se realiza un examen	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Coseguro del 20% en instalaciones para pacientes en consulta externa Coseguro del 20% en el consultorio	Coseguro del 50% en instalaciones para pacientes en consulta externa Coseguro del 50% en el consultorio	Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.cigna.com	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Copago de \$10/receta (farmacia minorista, 30 días); copago de \$25/receta (farmacia minorista, 90 días); copago de \$25/receta (entrega a domicilio, 90 días) No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio) No se aplica ningún deducible	La cobertura se limita a un suministro para un máximo de 90 días (farmacia minorista y entrega a domicilio); y un suministro para un máximo de 30 días (farmacia minorista) y de 90 días (entrega a domicilio) para los medicamentos especializados . Es posible que se apliquen algunas limitaciones, como por ejemplo, autorización previa, tratamiento escalonado y límites de cantidad. Para los medicamentos del programa Clinical Day Supply, es posible que pague menos que el costo compartido indicado para ciertos medicamentos especializados. 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)	Copago de \$50/receta (farmacia minorista, 30 días); copago de \$125/receta (farmacia minorista, 90 días); copago de \$125/receta (entrega a domicilio, 90 días) No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio) No se aplica ningún deducible	
	Medicamentos de marcas no preferidas (nivel 3)	Copago de \$95/receta (farmacia minorista, 30 días); copago de \$238/receta (farmacia minorista, 90 días); copago de \$238/receta (entrega a domicilio, 90 días) No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio) No se aplica ningún deducible	
	Medicamentos especializados (nivel 4)	Copago de \$250/receta (farmacia minorista); copago de \$625/receta (entrega a domicilio) No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio) No se aplica ningún deducible	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa de \$250 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 (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de \$300/visita, más un coseguro del 20%	Copago de \$300/visita, más un coseguro del 20%	El copago por visita no se aplica si es admitido. Los servicios fuera de la red se pagan al costo compartido y el deducible dentro de la red.
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Los servicios de ambulancia aérea fuera de la red se pagan al costo compartido y el deducible dentro de la red.
	Atención de urgencia	Copago de \$25/visita No se aplica ningún deducible	Copago de \$25/visita No se aplica ningún deducible	El copago por visita no se aplica si es admitido.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Copago de \$15/visita al consultorio** Coseguro del 20%/todos los demás servicios **No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%/visita al consultorio Coseguro del 50%/todos los demás servicios	Multa de \$250 si no se precertifican los servicios fuera de la red que no son de rutina (por ejemplo, hospitalización parcial, etc.).
	Servicios internos	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Se aplican los niveles de beneficios de la atención primaria o de especialistas a la visita inicial para confirmar el embarazo. El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Según el tipo de servicio, es posible que se aplique un copago , coseguro o deducible . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios que están descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, sonogramas).
	Servicios de parto profesionales	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención de la salud en el hogar	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 60 visitas por año. (El límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias).
	Servicios de rehabilitación	<p>Copago de \$50/visita para fisioterapia**</p> <p>Copago de \$50/visita para terapia ocupacional, del habla y de la audición**</p> <p>Copago de \$50/visita para atención quiropráctica**</p> <p>**No se aplica ningún deducible</p>	<p>Coseguro del 50%/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición</p> <p>Coseguro del 50%/visita para atención quiropráctica</p>	<p>Multa de \$250 por no precertificar terapia del habla fuera de la red.</p> <p>La cobertura tiene un límite máximo de 20 visitas por año para fisioterapia, de 20 visitas por año para terapia del habla, de la audición y ocupacional y de 20 visitas por año para servicios de atención quiropráctica.</p> <p>No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.</p>
	Servicios de habilitación	<p>Copago de \$50/visita para fisioterapia**</p> <p>Copago de \$50/visita para terapia ocupacional, del habla y de la audición**</p> <p>**No se aplica ningún deducible</p>	<p>Coseguro del 50%/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición</p>	<p>Multa de \$250 por no precertificar terapia del habla fuera de la red.</p> <p>Los servicios están cubiertos cuando son médicamente necesarios para tratar una afección mental (p. ej., autismo) o para niños con retrasos en el desarrollo.</p> <p>No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.</p>
	Cuidado de enfermería especializada	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 60 días por año.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa de \$250 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 (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Coseguro del 20%/servicios para pacientes internados Coseguro del 20%/servicios para pacientes en consulta externa	Coseguro del 50%/servicios para pacientes internados Coseguro del 50%/servicios para pacientes en consulta externa	Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	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](#)).

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

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

- Atención quiropráctica (20 visitas)
- Aparatos auditivos (2 dispositivos [uno por oído] cada 36 meses, hasta los 18 años)

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: Departamento de Seguros de Texas al 1-800-578-4677 y Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. 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 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 1-866-494-2111. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o ingresando en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con el Departamento de Seguros de Texas llamando al 1-800-578-4677. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su [apelación](#). Comuníquese con: Programa de Asistencia de Salud para el Consumidor de Texas al (800) 252-3439.

¿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 1-866-494-2111.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-494-2111.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-494-2111.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-494-2111.

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

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3,000
- [Copago de especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
[Pruebas diagnósticas](#) (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total hipotético \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$3,000
Copagos	\$30
Coseguro	\$1,900
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es	\$4,950

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3,000
- [Copago de especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico primario](#) (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
[Pruebas diagnósticas](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos por recetas](#)
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$120
Copagos	\$700
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$40
El total que Joe pagaría es	\$860

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3,000
- [Copago de especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Sala de emergencias](#) (*incluye materiales médicos*)
[Prueba diagnóstica](#) (*radiografía*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo total hipotético \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,630
Copagos	\$600
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,230

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

Nombre del Plan: Mid Ben Ver: 28 Plan ID: 18397643 HP-POL/HP-APP 9/23/12

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO DE MANERA INTENCIONAL.

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura médica

Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Cigna no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Cigna:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades 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 a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación y pídale a un asociado de Servicio al Cliente que le ayude.

Si considera que Cigna no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja escribiendo un mensaje de correo electrónico a

ACAGrievance@Cigna.com o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar una queja escrita, llame al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o envíe un mensaje de correo electrónico a ACAGrievance@Cigna.com. 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:

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
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation y Cigna Dental Health, Inc. El nombre y los logos de Cigna, así como las demás marcas de Cigna, son propiedad de Cigna Intellectual Property, 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. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: 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).

Spanish – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Chinese – 注意：我們可為您免費提供語言協助服務。對於 Cigna 的現有客戶，請致電您的 ID 卡背面的號碼。其他客戶請致電 1.800.244.6224（聽障專線：請撥 711）。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên của quý vị. Các trường hợp khác, xin gọi số 1.800.244.6224 (TTY: Quay số 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 현재 Cigna 가입자님들께서는 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락해주시십시오. 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주시십시오.

Tagalog – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna, tawagan ang numero sa likuran ng iyong ID card. O kaya, tumawag sa 1.800.244.6224 (TTY: I-dial ang 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Если вы уже участвуете в плане Cigna, позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки участника плана. Если вы не являетесь участником одного из наших планов, позвоните по номеру 1.800.244.6224 (TTY: 711).

Arabic – برجاء الانتباه خدمات الترجمة المجانية متاحة لكم. لعلماء Cigna الحاليين برجاء الاتصال بالرقم المدون علي ظهر بطاقتكم الشخصية. او اتصل ب 1.800.244.6224 (TTY: اتصل ب 711).

French Creole – ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Pou kliyan Cigna yo, rele nimewo ki deyè kat ID ou. Sinon, rele nimewo 1.800.244.6224 (TTY: Rele 711).

French – ATTENTION : Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Si vous êtes un client actuel de Cigna, veuillez appeler le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité. Sinon, veuillez appeler le numéro 1.800.244.6224 (ATS : composez le numéro 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Tem ao seu dispor serviços de assistência linguística, totalmente gratuitos. Para clientes Cigna atuais, ligue para o número que se encontra no verso do seu cartão de identificação. Caso contrário, ligue para 1.800.244.6224 (Dispositivos TTY: marque 711).

Polish – UWAGA: w celu skorzystania z dostępnej, bezpłatnej pomocy językowej, obecni klienci firmy Cigna mogą dzwonić pod numer podany na odwrocie karty identyfikacyjnej. Wszystkie inne osoby prosimy o skorzystanie z numeru 1 800 244 6224 (TTY: wybierz 711).

Japanese – 注意事項:日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。現在のCignaのお客様は、IDカード裏面の電話番号まで、お電話にてご連絡ください。その他の方は、1.800.244.6224 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

Italian – ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per i clienti Cigna attuali, chiamare il numero sul retro della tessera di identificazione. In caso contrario, chiamare il numero 1.800.244.6224 (utenti TTY: chiamare il numero 711).

German – ACHTUNG: Die Leistungen der Sprachunterstützung stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie gegenwärtiger Cigna-Kunde sind, rufen Sie bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Krankenversicherungskarte an. Andernfalls rufen Sie 1.800.244.6224 an (TTY: Wählen Sie 711).

Persian (Farsi) – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می‌شود. برای مشتریان فعلی Cigna، لطفاً با شماره‌ای که در پشت کارت شناسایی شماست تماس بگیرید. در غیر اینصورت با شماره 1.800.244.6224 (شماره تلفن ویژه ناشنویان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).

RESUMEN DE BENEFICIOS



Cigna Health and Life Insurance Co.

Para: Outwest Express, LLC

Plan OAP HDHPQ

OAP HDHPQ

Fecha de entrada en vigor: 1 de agosto de 2023

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.

Aviso para residentes de Texas: Este plan no incluye una cláusula adicional opcional para cubrir los abortos provocados.

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) se acumulan entre sí entre Dentro y Fuera de la red, a menos que se indique lo contrario.	
Coseguro del plan	El plan paga el 100%	El plan paga el 70%
Cargo máximo reembolsable	No corresponde	110%

Aspectos principales del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible del plan	Individual - Empleado únicamente: \$5,000 Individual - En un grupo familiar: \$5,000 Máximo por grupo familiar: \$10,000	Individual - Empleado únicamente: \$5,000 Individual - En un grupo familiar: \$5,000 Máximo por grupo familiar: \$10,000
<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. Siempre se aplica el deducible del plan antes de cualquier copago/deducible o coseguro sobre los beneficios. El deducible del plan no se aplica para servicios preventivos dentro de la red. 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. Este plan incluye un deducible combinado del plan médico y de farmacia. Los medicamentos y productos preventivos genéricos dentro de la red incluidos en el Paquete Preventive no estarán sujetos al deducible. Esto puede aplicarse a medicamentos para tratar: asma, reducción del colesterol, depresión, diabetes (incluidos los suministros para la diabetes, pero sin incluir los suministros para monitores de glucosa continuos), enfermedades cardíacas y derrames cerebrales, presión arterial alta, osteoporosis y vitaminas prenatales. 		
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^).		
Desembolso máximo del plan	Individual - Empleado únicamente: \$6,000 Individual - En un grupo familiar: \$6,000 Máximo por grupo familiar: \$12,000	Individual - Empleado únicamente: \$10,000 Individual - En un grupo familiar: \$10,000 Máximo por grupo familiar: \$20,000
<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 (^). Siempre se aplica el deducible del plan antes de cualquier copago/coseguro sobre los beneficios.		
Servicios del médico: visitas al consultorio		
Servicios del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)/Visita al consultorio	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
Servicios del médico especialista/Visita al consultorio	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
Cirugía hecha en el consultorio del médico	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
Atención virtual		
Proveedores virtuales exclusivos - MDLIVE		
Servicios de atención virtual de urgencia de MDLIVE	El plan paga el 100% ^	Sin cobertura
Servicios de cuidado primario de MDLIVE	El plan paga el 100% ^	Sin cobertura
Servicios de cuidado especializado de MDLIVE	El plan paga el 100% ^	Sin cobertura

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 (^). Siempre se aplica el deducible del plan antes de cualquier copago/coseguro sobre los beneficios.		
<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. 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, por sus siglas en inglés)/Visita al consultorio	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
Servicios del médico especialista/Visita al consultorio	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
<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. 		
Clínica de acceso fácil		
Clínica de acceso fácil	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
Cuidado preventivo		
Visita al consultorio de cuidado preventivo	El plan paga el 100%	El plan paga el 70% ^
Servicios preventivos	El plan paga el 100%	Laboratorio y radiografías: El plan paga el 100%
<ul style="list-style-type: none"> Incluye mamografías, pruebas de Papanicolaou, pruebas de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) y exámenes de detección colorrectales, con fines preventivos. 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. 		
Vacunas		
Desde el nacimiento hasta los 5 años	El plan paga el 100%	El plan paga el 100%
A partir de los 6 años	El plan paga el 100%	El plan paga el 70% ^
Pacientes hospitalizados		
Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
Nota: Incluye todos los servicios de laboratorio y radiología, incluidas las imágenes radiológicas avanzadas y los medicamentos de especialidad con fines médicos.		
Visitas o consultas al médico del hospital como paciente internado	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
Servicios profesionales para pacientes internados	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
<ul style="list-style-type: none"> Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesistas. 		
Pacientes ambulatorios		
Servicios en centros para pacientes ambulatorios	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
Servicios profesionales para pacientes ambulatorios	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
<ul style="list-style-type: none"> Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesistas. 		

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 (^). Siempre se aplica el deducible del plan antes de cualquier copago/coseguro sobre los beneficios.		
Servicios de emergencia		
Sala de emergencias <ul style="list-style-type: none"> Incluye los cargos del médico de la sala de emergencias, laboratorio y radiología, incluidas las imágenes radiológicas avanzadas (ARI, por sus siglas en inglés). 		El plan paga el 100% ^
Centro de cuidado de urgencia <ul style="list-style-type: none"> Incluye los cargos del médico, laboratorio y radiología. 		El plan paga el 100% ^
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 100% ^
Servicios para pacientes internados en otros centros de cuidado de la salud		
Centro de cuidados especiales, hospital de rehabilitación, centros para afecciones subagudas <ul style="list-style-type: none"> Límite anual: 60 días. 	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
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 100% ^	El plan paga el 70% ^
Centro para pacientes ambulatorios	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
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 100% ^	El plan paga el 70% ^
Imágenes radiológicas avanzadas (ARI)	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 100% ^	El plan paga el 70% ^
Servicios del médico/Visita al consultorio	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
Servicios de terapia para pacientes ambulatorios		
Fisioterapia para pacientes ambulatorios Límites anuales: <ul style="list-style-type: none"> Fisioterapia: 20 visitas. Los límites no se aplican a afecciones mentales. 	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
Nota: Las visitas de terapia, proporcionadas como parte de un plan de cuidado de la salud en el hogar aprobado, se acumulan para el máximo de servicios de cuidado de la salud en el hogar aplicable.		

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 (^). Siempre se aplica el deducible del plan antes de cualquier copago/coseguro sobre los beneficios.		
Terapia del habla, terapia de la audición y terapia ocupacional para pacientes ambulatorios	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
Límites anuales: <ul style="list-style-type: none"> • Terapia del habla, terapia de la audición y terapia ocupacional: 20 visitas. • Los límites no se aplican a afecciones mentales para terapia del habla y terapia ocupacional. 		
Nota: Las visitas de terapia, proporcionadas como parte de un plan de cuidado de la salud en el hogar aprobado, se acumulan para el máximo de servicios de cuidado de la salud en el hogar aplicable.		
Atención quiropráctica	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
Límite anual: <ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica: 20 visitas. 		
Atención de enfermos terminales		
Centros para pacientes internados	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
Servicios para pacientes ambulatorios	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
Nota: Incluye la asesoría por duelo cuando forma parte de un programa para enfermos terminales.		
Medicamentos o productos farmacéuticos médicos		
Productos farmacéuticos médicos de Cigna Pathwell SpecialtySM	Red de Cigna Pathwell SpecialtySM: El plan paga el 100% ^	
Otros productos farmacéuticos médicos	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
Nota: Este beneficio se aplica únicamente al costo de los medicamentos o productos farmacéuticos médicos que se administren. Los cargos relacionados del centro, la visita al consultorio o el profesional están cubiertos según el diseño del plan.		
Planificación familiar		
Servicios para mujeres 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).	El plan paga el 100%	La cobertura varía según el lugar del servicio.
Servicios para hombres Incluye servicios de esterilización quirúrgica, como la vasectomía (no incluye la reversión).	La cobertura varía según el lugar del servicio.	La cobertura varía según el lugar del servicio.
Aborto		
Servicios relacionados con un aborto Nota: Procedimientos no provocados únicamente.	La cobertura varía según el lugar del servicio.	La cobertura varía según el lugar del servicio.
Infertilidad		
Tratamiento para la infertilidad Nota: Se brindará cobertura para el tratamiento de una afección médica subyacente hasta que se diagnostique una afección de infertilidad. Los servicios estarán cubiertos como si se tratara de cualquier otra enfermedad.		

Beneficio	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 (^). Siempre se aplica el deducible del plan antes de cualquier copago/coseguro sobre los beneficios.		
Otros centros/servicios de cuidado de la salud		
Cuidado de la salud en el hogar • Límite anual: 60 visitas (el límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias).	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
Trasplantes de órganos • Los servicios se pagan al nivel de la red si se reciben en centros de Cigna LifeSOURCE Transplant Network®. • Máximo para viajes: Después de alcanzar el deducible del plan, máximo de \$10,000 por trasplante de por vida.	Misma cobertura que la del beneficio para pacientes internados	Misma cobertura que la del beneficio para pacientes internados hasta los siguientes máximos por trasplante: Médula ósea: \$130,000 Corazón: \$150,000 Corazón/pulmón: \$185,000 Riñón: \$80,000 Riñón/Páncreas: \$80,000 Hígado: \$230,000 Pulmón: \$185,000 Páncreas: \$50,000
Equipo médico duradero • Límite anual: Ilimitado.	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
Aparatos protésicos externos (EPA, por sus siglas en inglés) • Límite anual: Ilimitado.	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
Equipos y suministros para la lactancia • 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 70% ^
Trastorno de la articulación temporomandibular (ATM) • Límite anual: Ilimitado para tratamiento quirúrgico y no quirúrgico.	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.		
Aparatos auditivos • Máximo de 2 dispositivos (uno por oído) cada 36 meses. • Incluye pruebas y ajustes de dispositivos auditivos. • Cobertura hasta los 18 años.	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^).		
Trastornos de salud mental y de consumo de sustancias		
Servicios de salud mental para pacientes internados	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^

Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^).		
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios – Consultorio del médico	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes internados	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios – Consultorio del médico	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios	El plan paga el 100% ^	El plan paga el 70% ^
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” 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. 		
Farmacia	Dentro de la red	Fuera de la red
Parte del costo que le corresponde y suministro		
Parte del costo por Med Pharmacy <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. 	Una vez que se alcanza el deducible médico, el cliente es responsable de la parte del costo que corresponda. Farmacia minorista (por suministro para 30 días): Genéricos: Usted paga \$10 ^ De marca preferida: Usted paga \$35 ^ De marca no preferida: Usted paga \$60 ^ Farmacia minorista (por suministro para 90 días): Genéricos: Usted paga \$25 ^ De marca preferida: Usted paga \$88 ^ De marca no preferida: Usted paga \$150 ^ Entrega a domicilio (por suministro para 90 días): Genéricos: Usted paga \$25 ^ De marca preferida: Usted paga \$88 ^ De marca no preferida: Usted paga \$150 ^	Una vez que se alcanza el deducible médico, el cliente es responsable del coseguro. Farmacia minorista: Usted paga el 50% ^ Su plan paga el 50% ^ Entrega a domicilio: Misma cobertura que Farmacia minorista fuera de la red

Farmacia

Dentro de la red

Fuera de la red

- 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.
- Programa Cigna 90 Now: Usted puede optar por que le despachen sus medicamentos en suministros para 30 o 90 días. Si opta por que le despachen una receta para 30 días, podrá ir a cualquier farmacia minorista de la red o farmacia de entrega a domicilio de la red. Si opta por que le despachen una receta para 90 días, deberá ir a una farmacia minorista con despacho para 90 días de la red o farmacia de entrega a domicilio de la red para que el plan cubra el medicamento.
- 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.
- Puede elegir medicamentos de marca o genéricos sin pagar una multa (MAC C).
- Sus beneficios de farmacia comparten un deducible anual y un desembolso máximo con los beneficios médicos/de salud del comportamiento. El costo compartido aplicable para los medicamentos cubiertos se aplica una vez que se alcanzó el deducible combinado.

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 dentro de la red incluidos en el Paquete Preventivo no estarán sujetos al deducible y se proporcionarán sin cargo. Esto puede aplicarse a medicamentos para tratar:

asma, reducción del colesterol, depresión, diabetes (incluidos los suministros para la diabetes, pero sin incluir 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 Advantage 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. Algunos de los medicamentos más costosos están excluidos cuando hay alternativas más económicas. Para consultar los medicamentos que incluye su plan, inicie sesión en myCigna.com.

Algunas características importantes:

- La cobertura incluye medicamentos inyectables autoadministrados, 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%.

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) Accredio 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 Accredio, los expertos de Cigna se encargarán de proporcionar el medicamento de especialidad y el asesoramiento sobre la afección.

Información sobre el programa de farmacia

Programa Clinical Day Supply

Su plan incluye el Programa Clinical Day Supply para medicamentos de especialidad, que ofrece un equilibrio entre el control del uso indebido y la mejora del cumplimiento terapéutico. Durante un período de estabilización, es posible que ciertos medicamentos de especialidad, despachados por una farmacia de especialidad designada por Cigna, se limiten a menos de un suministro para 90 días consecutivos. Asimismo, para algunos medicamentos con un riesgo muy alto de interrupción anticipada del tratamiento, es posible que se despache un suministro dividido (para 14 o 15 días). Su costo compartido se prorrateará para reflejar el suministro para la cantidad de días efectivamente despachada.

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

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 ayudarlo 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 ayudarlo 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.

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.

Información adicional

Coordinación con Medicare

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

- (a) un expleado, como un jubilado, un expleado incapacitado, el dependiente de un expleado o la pareja de hecho de un empleado, que también cumpla con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare y cuyo seguro continúe por algún motivo según lo dispuesto en este plan (incluida la continuación en virtud de COBRA);
- (b) un empleado, un expleado, el dependiente de un empleado o el dependiente de un expleado, 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.**

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.

Administración de la atención completa

Se debe obtener autorización previa para todas las admisiones para pacientes internados y para determinados procedimientos para pacientes ambulatorios, pruebas de diagnóstico y cirugías de pacientes ambulatorios. Los proveedores de la red están obligados por contrato a realizar el proceso de autorización previa en nombre de los clientes. En el caso de proveedores fuera de la red, el cliente tiene la responsabilidad de cumplir con el procedimiento de autorización previa. Si un cliente no cumple con los requisitos para obtener la autorización antes del tratamiento, se aplicará una multa de \$250.

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

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 anestesiólogos.

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 atendándose con el mismo médico.

Exclusiones

Servicios no cubiertos (la lista no es exhaustiva; encontrará una lista completa en los documentos de su plan)

- Servicios que no son médicamente necesarios
- Los tratamientos que estén en etapa experimental o en investigación, a excepción de los costos de cuidado de rutina del paciente relacionados con estudios clínicos calificados, según lo descrito en el documento de su plan
- Lesión accidental que se produzca mientras esté trabajando por un sueldo o ganancias
- Enfermedad por la cual, en virtud de cualquier ley de seguro de accidentes de trabajo o una ley similar, se paguen beneficios o haya beneficios pagaderos

Exclusiones

- Servicios brindados por planes de salud gubernamentales
- Cirugía estética, a menos que corrija deformidades provocadas por una enfermedad, cirugía de reconstrucción mamaria después de una mastectomía o defectos congénitos de un hijo recién nacido o adoptado, o un niño recibido en tutela para la adopción
- Tratamientos e implantes dentales
- Cuidados de custodia
- Procedimientos quirúrgicos para mejorar problemas de visión que puedan corregirse mediante el uso de anteojos o lentes de contacto
- Terapia de la vista o tratamiento ortóptico
- Reversión de procedimientos de esterilización
- Medicamentos de venta sin receta o medicamentos contra la obesidad
- Programas para dejar de fumar
- Servicios que no sean de emergencia recibidos fuera de los Estados Unidos
- Cirugía bariátrica
- Servicios de infertilidad

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.

Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

EHB Estado: TX

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura médica

Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. Cigna no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo.

Cigna:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades 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 a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - intérpretes calificados
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con servicio al cliente al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación y pídale a un asociado de Servicio al cliente que le ayude.

Si considera que Cigna no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una queja escribiendo un mensaje de correo electrónico a

ACAGrievance@Cigna.com o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar una queja escrita, llame al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o envíe un mensaje de correo electrónico a ACAGrievance@Cigna.com. 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:

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 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation y Cigna Dental Health, Inc. El nombre y los logos de Cigna, así como las demás marcas de Cigna, son propiedad de Cigna Intellectual Property, 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. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: 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).

Spanish – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Chinese – 注意：我們可為您免費提供語言協助服務。對於 Cigna 的現有客戶，請致電您的 ID 卡背面的號碼。其他客戶請致電 1.800.244.6224（聽障專線：請撥 711）。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên của quý vị. Các trường hợp khác, xin gọi số 1.800.244.6224 (TTY: Quay số 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 현재 Cigna 가입자님들께서는 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락해주시시오. 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주시시오.

Tagalog – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna, tawagan ang numero sa likuran ng iyong ID card. O kaya, tumawag sa 1.800.244.6224 (TTY: I-dial ang 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Если вы уже участвуете в плане Cigna, позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки участника плана. Если вы не являетесь участником одного из наших планов, позвоните по номеру 1.800.244.6224 (TTY: 711).

Arabic – برجاء الانتباه خدمات الترجمة المجانية متاحة لكم. لعملاء Cigna الحاليين برجاء الاتصال بالرقم المدون علي ظهر بطاقتكم الشخصية. او اتصل ب 1.800.244.6224 (TTY: اتصل ب 711).

French Creole – ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Pou kliyan Cigna yo, rele nimewo ki dèyè kat ID ou. Sinon, rele nimewo 1.800.244.6224 (TTY: Rele 711).

French – ATTENTION : Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Si vous êtes un client actuel de Cigna, veuillez appeler le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité. Sinon, veuillez appeler le numéro 1.800.244.6224 (ATS : composez le numéro 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Tem ao seu dispor serviços de assistência linguística, totalmente gratuitos. Para clientes Cigna atuais, ligue para o número que se encontra no verso do seu cartão de identificação. Caso contrário, ligue para 1.800.244.6224 (Dispositivos TTY: marque 711).

Polish – UWAGA: w celu skorzystania z dostępnej, bezpłatnej pomocy językowej, obecni klienci firmy Cigna mogą dzwonić pod numer podany na odwrocie karty identyfikacyjnej. Wszystkie inne osoby prosimy o skorzystanie z numeru 1 800 244 6224 (TTY: wybierz 711).

Japanese – 注意事項:日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。現在のCignaのお客様は、IDカード裏面の電話番号まで、お電話にてご連絡ください。その他の方は、1.800.244.6224 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

Italian – ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per i clienti Cigna attuali, chiamare il numero sul retro della tessera di identificazione. In caso contrario, chiamare il numero 1.800.244.6224 (utenti TTY: chiamare il numero 711).

German – ACHTUNG: Die Leistungen der Sprachunterstützung stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie gegenwärtiger Cigna-Kunde sind, rufen Sie bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Krankenversicherungskarte an. Andernfalls rufen Sie 1.800.244.6224 an (TTY: Wählen Sie 711).

Persian (Farsi) – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می‌شود. برای مشتریان فعلی Cigna، لطفاً با شماره‌ای که در پشت کارت شناسایی شماست تماس بگیرید. در غیر اینصورت با شماره 1.800.244.6224 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنویان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).



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. 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 o llamar al 1-866-494-2111 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	Para proveedores dentro de la red : \$5,000/persona - empleado únicamente o \$10,000/máximo familiar (no más de \$5,000 por persona dentro de la familia) Para proveedores fuera de la red : \$5,000/persona - empleado únicamente o \$10,000/máximo familiar (no más de \$5,000 por persona dentro de la familia) Deducible médico/de salud del comportamiento y de farmacia combinado.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros miembros de la familia en el plan , cada uno deberá alcanzar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos de deducible que hayan pagado todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. La atención preventiva y las vacunas dentro de la red, las vacunas hasta los 5 años fuera de la red y los medicamentos preventivos genéricos dentro de la red.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el límite a los gastos directos del bolsillo de este plan ?	Para proveedores dentro de la red : \$6,000/persona - empleado únicamente o \$12,000/máximo familiar (no más de \$6,000 por persona dentro de la familia) Para proveedores fuera de la red : \$10,000/persona - empleado únicamente o \$20,000/máximo familiar (no más de \$10,000 por persona dentro de la familia). Límite a los gastos directos del bolsillo médico/de salud del comportamiento y de farmacia combinado.	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de la familia en este plan , ellos tienen que alcanzar sus propios límites a los gastos directos del bolsillo hasta que se alcance el límite a los gastos directos del bolsillo general familiar.
¿Qué no incluye el límite a los gastos directos del bolsillo ?	Las multas por falta de autorización previa de los servicios, las primas , los cargos por facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite a los gastos directos del bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí. Vea www.cigna.com o llame al 1-866-494-2111 para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan usa una lista de proveedores dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido .



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 (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo/visita	Coseguro del 30%	Ninguna
	Visita al especialista	Sin cargo/visita	Coseguro del 30%	Ninguna
	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	Sin cargo/visita** Sin cargo/otros servicios**	Coseguro del 30%/visita Coseguro del 30%/otros servicios	Ninguna Ninguna
		Sin cargo/vacunas** Sin cargo/vacunas** **No se aplica ningún deducible	Sin cargo/vacunas** Coseguro del 30%/vacunas **No se aplica ningún deducible	Cobertura desde el nacimiento hasta los 5 años Cobertura a partir de los 6 años Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su plan .
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	Coseguro del 30%	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Sin cargo en instalaciones para pacientes en consulta externa Sin cargo en el consultorio	Coseguro del 30% en instalaciones para pacientes en consulta externa Coseguro del 30% en el consultorio	Multa de \$250 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 (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.cigna.com	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Copago de \$10/receta (farmacia minorista, 30 días); copago de \$25/receta (farmacia minorista, 90 días); copago de \$25/receta (entrega a domicilio, 90 días)	Coseguro del 50%/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio)	La cobertura se limita a un suministro para un máximo de 90 días (farmacia minorista y entrega a domicilio); y un suministro para un máximo de 30 días (farmacia minorista) y de 90 días (entrega a domicilio) para los medicamentos especializados . Es posible que se apliquen algunas limitaciones, como por ejemplo, autorización previa, tratamiento escalonado y límites de cantidad. Para los medicamentos del programa Clinical Day Supply, es posible que pague menos que el costo compartido indicado para ciertos medicamentos especializados. 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)	Copago de \$35/receta (farmacia minorista, 30 días); copago de \$88/receta (farmacia minorista, 90 días); copago de \$88/receta (entrega a domicilio, 90 días)	Coseguro del 50%/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio)	
	Medicamentos de marcas no preferidas (nivel 3)	Copago de \$60/receta (farmacia minorista, 30 días); copago de \$150/receta (farmacia minorista, 90 días); copago de \$150/receta (entrega a domicilio, 90 días)	Coseguro del 50%/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio)	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	Coseguro del 30%	Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Coseguro del 30%	Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Sin cargo	Sin cargo	Los servicios fuera de la red se pagan al costo compartido y el deducible dentro de la red.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	Los servicios de ambulancia aérea fuera de la red se pagan al costo compartido y el deducible dentro de la red.
	Atención de urgencia	Sin cargo	Sin cargo	Ninguna

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Sin cargo	Coseguro del 30%	Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Coseguro del 30%	Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Sin cargo/visita al consultorio Sin cargo/todos los demás servicios	Coseguro del 30%/visita al consultorio Coseguro del 30%/todos los demás servicios	Multa de \$250 si no se precertifican los servicios fuera de la red que no son de rutina (por ejemplo, hospitalización parcial, etc.).
	Servicios internos	Sin cargo/admisión	Coseguro del 30%	Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Coseguro del 30%	Se aplican los niveles de beneficios de la atención primaria o de especialistas a la visita inicial para confirmar el embarazo. El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Según el tipo de servicio, es posible que se aplique un copago , coseguro o deducible . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios que están descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, sonogramas).
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo	Coseguro del 30%	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Sin cargo	Coseguro del 30%	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención de la salud en el hogar	Sin cargo	Coseguro del 30%	Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 60 visitas por año. (El límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Servicios de rehabilitación	<p>Sin cargo/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición</p> <p>Sin cargo/visita para servicios de atención quiropráctica</p>	<p>Coseguro del 30%/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición</p> <p>Coseguro del 30%/visita para atención quiropráctica</p>	<p>Multa de \$250 por no precertificar terapia del habla fuera de la red.</p> <p>La cobertura tiene un límite máximo de 20 visitas por año para fisioterapia, de 20 visitas por año para terapia del habla, de la audición y ocupacional y de 20 visitas por año para servicios de atención quiropráctica.</p> <p>No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.</p>
	Servicios de habilitación	<p>Sin cargo/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición</p>	<p>Coseguro del 30%/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición</p>	<p>Multa de \$250 por no precertificar terapia del habla fuera de la red.</p> <p>Los servicios están cubiertos cuando son médicamente necesarios para tratar una afección mental (p. ej., autismo) o para niños con retrasos en el desarrollo.</p> <p>No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.</p>
	Cuidado de enfermería especializada	<p>Sin cargo</p>	<p>Coseguro del 30%</p>	<p>Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.</p> <p>La cobertura tiene un límite máximo de 60 días por año.</p>
	Equipo médico duradero	<p>Sin cargo</p>	<p>Coseguro del 30%</p>	<p>Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.</p>
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	<p>Sin cargo/servicios para pacientes internados</p> <p>Sin cargo/servicios para pacientes en consulta externa</p>	<p>Coseguro del 30%/servicios para pacientes internados</p> <p>Coseguro del 30%/servicios para pacientes en consulta externa</p>	<p>Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.</p>

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	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](#)).

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Cirugía estética • Atención dental (adultos) • Atención dental (niños) | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para la infertilidad • Atención a largo plazo • Atención que no sea de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos • Enfermería de práctica privada | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de la vista de rutina (adultos) • Atención de la vista de rutina (niños) • Atención de los pies de rutina • Programas para bajar de peso |
|--|--|--|

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

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica (20 visitas) | <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos auditivos (2 dispositivos [uno por oído] cada 36 meses, hasta los 18 años) |
|---|---|

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: Departamento de Seguros de Texas al 1-800-578-4677 y Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. 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 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 1-866-494-2111. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o ingresando en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con el Departamento de Seguros de Texas llamando al 1-800-578-4677. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su [apelación](#). Comuníquese con: Programa de Asistencia de Salud para el Consumidor de Texas al (800) 252-3439.

¿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 1-866-494-2111.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-494-2111.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-494-2111.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-494-2111.

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

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$5,000
- [Coseguro de especialista](#) 0%
- [Coseguro de hospital](#) (instalaciones) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
[Pruebas diagnósticas](#) (sonogramas y análisis de sangre)
 Visita al [especialista](#) (anestesia)

Costo total hipotético \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$5,000
Copagos	\$10
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es	\$5,030

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$5,000
- [Coseguro de especialista](#) 0%
- [Coseguro de hospital](#) (instalaciones) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico primario](#)
 (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
[Pruebas diagnósticas](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos por recetas](#)
[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

Costo total hipotético \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$5,000
Copagos	\$20
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$40
El total que Joe pagaría es	\$5,060

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$5,000
- [Coseguro de especialista](#) 0%
- [Coseguro de hospital](#) (instalaciones) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Sala de emergencias](#)
 (incluye materiales médicos)
[Prueba diagnóstica](#) (radiografía)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo total hipotético \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$2,800
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
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: OAP HDHPQ HDHPQ Ben Ver: 28 Plan ID: 18397607 HP-POL/HP-APP 9/23/12

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO DE MANERA INTENCIONAL.

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura médica

Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Cigna no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Cigna:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades 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 a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación y pídale a un asociado de Servicio al Cliente que le ayude.

Si considera que Cigna no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja escribiendo un mensaje de correo electrónico a

ACAGrievance@Cigna.com o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar una queja escrita, llame al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o envíe un mensaje de correo electrónico a ACAGrievance@Cigna.com. 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:

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
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation y Cigna Dental Health, Inc. El nombre y los logos de Cigna, así como las demás marcas de Cigna, son propiedad de Cigna Intellectual Property, 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. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: 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).

Spanish – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Chinese – 注意：我們可為您免費提供語言協助服務。對於 Cigna 的現有客戶，請致電您的 ID 卡背面的號碼。其他客戶請致電 1.800.244.6224（聽障專線：請撥 711）。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên của quý vị. Các trường hợp khác, xin gọi số 1.800.244.6224 (TTY: Quay số 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 현재 Cigna 가입자님들께서는 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락해주시십시오. 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주시십시오.

Tagalog – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna, tawagan ang numero sa likuran ng iyong ID card. O kaya, tumawag sa 1.800.244.6224 (TTY: I-dial ang 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Если вы уже участвуете в плане Cigna, позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки участника плана. Если вы не являетесь участником одного из наших планов, позвоните по номеру 1.800.244.6224 (TTY: 711).

Arabic – برجاء الانتباه خدمات الترجمة المجانية متاحة لكم. لعلماء Cigna الحاليين برجاء الاتصال بالرقم المدون علي ظهر بطاقتكم الشخصية. او اتصل ب 1.800.244.6224 (TTY: اتصل ب 711).

French Creole – ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Pou kliyan Cigna yo, rele nimewo ki deyè kat ID ou. Sinon, rele nimewo 1.800.244.6224 (TTY: Rele 711).

French – ATTENTION : Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Si vous êtes un client actuel de Cigna, veuillez appeler le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité. Sinon, veuillez appeler le numéro 1.800.244.6224 (ATS : composez le numéro 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Tem ao seu dispor serviços de assistência linguística, totalmente gratuitos. Para clientes Cigna atuais, ligue para o número que se encontra no verso do seu cartão de identificação. Caso contrário, ligue para 1.800.244.6224 (Dispositivos TTY: marque 711).

Polish – UWAGA: w celu skorzystania z dostępnej, bezpłatnej pomocy językowej, obecni klienci firmy Cigna mogą dzwonić pod numer podany na odwrocie karty identyfikacyjnej. Wszystkie inne osoby prosimy o skorzystanie z numeru 1 800 244 6224 (TTY: wybierz 711).

Japanese – 注意事項:日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。現在のCignaのお客様は、IDカード裏面の電話番号まで、お電話にてご連絡ください。その他の方は、1.800.244.6224 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

Italian – ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per i clienti Cigna attuali, chiamare il numero sul retro della tessera di identificazione. In caso contrario, chiamare il numero 1.800.244.6224 (utenti TTY: chiamare il numero 711).

German – ACHTUNG: Die Leistungen der Sprachunterstützung stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie gegenwärtiger Cigna-Kunde sind, rufen Sie bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Krankenversicherungskarte an. Andernfalls rufen Sie 1.800.244.6224 an (TTY: Wählen Sie 711).

Persian (Farsi) – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می‌شود. برای مشتریان فعلی Cigna، لطفاً با شماره‌ای که در پشت کارت شناسایی شماست تماس بگیرید. در غیر اینصورت با شماره 1.800.244.6224 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنویان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).