

RESUMEN DE BENEFICIOS



Administrado por: Cigna Health and Life Insurance Co.
Para: County of Boulder, State of Colorado
LocalPlus Plan
LocalPlus Hybrid Plan
Fecha de entrada en vigor: 1 de enero de 2024

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

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

Aspectos principales del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
Máximo de por vida	Ilimitado	Ilimitado
Acumulación por año del plan	Los deducibles, desembolsos máximos y límites de niveles de beneficios de su plan se acumulan por año calendario, a menos que se indique lo contrario. Además, todas las cantidades máximas del plan y las cantidades máximas por servicios específicos (costo e incidencia) 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 60%
Cargo máximo reembolsable	No corresponde	110%
Deducible del plan	Individual: \$1,500 Individual - En un grupo familiar: \$1,500 Grupo familiar: \$3,000	Individual: \$3,000 Individual - En un grupo familiar: \$3,000 Grupo familiar: \$6,000
<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 del deducible individual de un miembro, sus reclamos se pagarán de acuerdo 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: \$4,000 Individual - En un grupo familiar: \$4,000 Grupo familiar: \$8,000	Individual: \$8,000 Individual - En un grupo familiar: \$8,000 Grupo familiar: \$16,000
<ul style="list-style-type: none"> Solo la cantidad que pague por gastos cubiertos dentro de la red cuenta para su desembolso máximo dentro de la red. Solo la cantidad que pague por gastos cubiertos fuera de la red cuenta para su desembolso máximo fuera de la red. El deducible del plan cuenta para su desembolso máximo. Todos los copagos/deducibles de los beneficios cuentan para su desembolso máximo. Los gastos cubiertos que cuentan para su desembolso máximo incluyen el coseguro pagado por el cliente y los cargos por servicios de salud mental y para trastornos de consumo de sustancias. Las multas por falta de cumplimiento fuera de la red o los cargos que exceden el Cargo máximo reembolsable no cuentan para el desembolso máximo. Una vez que cada miembro de la familia que cumpla con los requisitos alcance su desembolso máximo individual, el plan pagará el 100% de sus gastos cubiertos. O bien, una vez que se haya alcanzado el desembolso máximo del grupo familiar, el plan pagará el 100% de los gastos cubiertos de cada miembro de la familia que cumpla con los requisitos. Este plan incluye un desembolso máximo combinado del plan médico y de farmacia. 		
Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.		
Servicios del médico: visitas al consultorio		
Servicios del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)/Visita al consultorio	Copago de \$30, y el plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^
Servicios del médico especialista/Visita al consultorio	Copago de \$50, y el plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^
NOTA: Las visitas a obstetras y ginecólogos están sujetas al costo compartido que corresponda a un PCP.		
Cirugía hecha en el consultorio del médico	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Tratamiento/inyecciones para alergias y suero para las alergias Suero para las alergias administrado por el médico en el consultorio	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
Nota: El copago del consultorio no se aplica si solo se proporciona suero para las alergias.		
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
<ul style="list-style-type: none"> El costo compartido del cuidado primario se aplica al cuidado de rutina. Los exámenes de bienestar virtuales son pagaderos en virtud del beneficio de cuidado preventivo. Para los servicios de salud del comportamiento de MDLIVE, consulte la sección Trastornos de salud mental y de consumo de sustancias (más adelante). Los servicios de laboratorio relacionados con una visita virtual deben obtenerse a través de laboratorios exclusivos. Incluye cargos por la prestación de servicios médicos y relacionados con la salud y por consultas a proveedores virtuales exclusivos que sean médicamente apropiadas, mediante el uso de tecnologías de audio, video y tecnologías basadas en Internet seguras. 		

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 virtuales: visitas al consultorio		
Servicios del médico de cuidado primario (PCP)/Visita al consultorio	Copago de \$30, y el plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^
Servicios del médico especialista/Visita al consultorio	Copago de \$50, y el plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^
<ul style="list-style-type: none"> Los médicos pueden prestar servicios en forma virtual que son pagaderos en virtud de otros beneficios (por ejemplo, cuidado preventivo, servicios de terapia para pacientes ambulatorios). Incluye cargos por la prestación de servicios médicos y relacionados con la salud y por consultas que sean médicamente apropiadas, mediante el uso de tecnologías de audio, video y tecnologías basadas en Internet seguras, que son similares a los servicios de las visitas al consultorio que se brindan en persona. 		
NOTA: Las visitas a obstetras y ginecólogos están sujetas al costo compartido que corresponda a un PCP o Especialista según el contrato que el proveedor tenga con Cigna (es decir, como PCP o como Especialista).		
Clínica de acceso fácil		
Clínica de acceso fácil	Copago de \$30, y el plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^
Cuidado preventivo		
Cuidado preventivo	El plan paga el 100%	PCP: El plan paga el 60% ^ Especialista: El plan paga el 60% ^
<ul style="list-style-type: none"> Incluye la cobertura de servicios adicionales, como análisis de orina, ECG y otros análisis de laboratorio, que suplementan el beneficio de Cuidado preventivo estándar cuando se facturen como parte de la visita al consultorio. Límite anual: Ilimitado. Incluye exámenes físicos para asistir a campamentos y exámenes de aptitud deportiva. 		
Vacunas	El plan paga el 100%	PCP: El plan paga el 60% ^ Especialista: El plan paga el 60% ^
Mamografías, exámenes de Papanicolaou y pruebas de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés)	El plan paga el 100%	Misma cobertura que la de otros servicios de radiografías y laboratorio, según el lugar del servicio
<ul style="list-style-type: none"> La cobertura incluye los servicios profesionales para pacientes ambulatorios preventivos asociados. Los servicios relacionados con el diagnóstico están cubiertos en el mismo nivel de beneficios que otros servicios de radiografías y laboratorio, según el lugar del servicio. 		
Pacientes hospitalizados		
Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
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 60% ^
Servicios profesionales para pacientes internados	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
<ul style="list-style-type: none"> Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y 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 (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.		
Pacientes ambulatorios		
Servicios en centros para pacientes ambulatorios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios profesionales para pacientes ambulatorios	Para servicios prestados por cirujanos y anestesistas, el plan paga el 80% ^ Para servicios prestados por radiólogos y patólogos, el plan paga el 100%.	El plan paga el 60% ^
Servicios de emergencia		
Sala de emergencias <ul style="list-style-type: none"> Incluye servicios profesionales, y servicios de radiografías y/o laboratorio realizados en la Sala de emergencias y facturados por el centro como parte de la visita por una emergencia. El copago por visita no se aplica si es admitido. 	Copago de \$400, y el plan paga el 100%	Copago de \$400, y el plan paga el 100%
Centro de cuidado de urgencia <ul style="list-style-type: none"> Incluye servicios profesionales, y servicios de radiografías y/o laboratorio realizados en el Centro de cuidado de urgencia y facturados por el centro como parte de la visita de cuidado de urgencia. 	Copago de \$75, y el plan paga el 100%	Copago de \$75, y 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 80%	El plan paga el 80%
Servicios para pacientes internados en otros centros de cuidado de la salud		
Centro de cuidados especiales, hospital de rehabilitación, centros para afecciones subagudas <ul style="list-style-type: none"> Límite anual: 60 días. 	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios de laboratorio		
Servicios del médico/Visita al consultorio	El plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^
Laboratorio independiente	El plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^
Centro para pacientes ambulatorios	El plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^
Servicios de radiología		
Servicios del médico/Visita al consultorio	El plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^
Centro para pacientes ambulatorios	El plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^
Imágenes radiológicas avanzadas (ARI, por sus siglas en inglés)	Incluye resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés), angiografías por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), tomografías computarizadas (CAT, por sus siglas en inglés) y tomografías por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés), etc.	
Centro para pacientes ambulatorios	Copago de \$200 por tipo de imagen radiológica por día, y el plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.		
Servicios del médico/Visita al consultorio	Copago de \$200 por tipo de imagen radiológica por día; después tiene la misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico - Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Servicios de terapia para pacientes ambulatorios		
Servicios de terapia para pacientes ambulatorios	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Límites anuales: <ul style="list-style-type: none"> Todas las terapias combinadas; incluye terapia cognitiva, terapia ocupacional, fisioterapia, rehabilitación pulmonar y terapia del habla: 60 días. Los límites no se aplican a afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Nota: Los días de terapia, proporcionados como parte de un plan de cuidado de la salud en el hogar aprobado, se acumulan para el máximo de servicios de tratamiento ambulatorio aplicable.		
Servicios quiroprácticos	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Límite anual: <ul style="list-style-type: none"> Atención quiropráctica: Sin límite de días. 		
Servicios de rehabilitación cardíaca	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Límite anual: <ul style="list-style-type: none"> Rehabilitación cardíaca: 36 días. 		
Atención de enfermos terminales		
Centros para pacientes internados	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios para pacientes ambulatorios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Nota: Incluye la asesoría por duelo cuando forma parte de un programa para enfermos terminales.		
Asesoría por duelo (para servicios no prestados como parte de un programa para enfermos terminales)		
Servicios proporcionados por un profesional de la salud mental	Cubiertos por el beneficio de salud mental	Cubiertos por el beneficio de salud mental
Medicamentos o productos farmacéuticos médicos		
Productos farmacéuticos médicos de Cigna Pathwell SpecialtySM	Red de Cigna Pathwell SpecialtySM: El plan paga el 80% ^	Sin cobertura
	Proveedores de todas las demás redes médicas: Sin cobertura	
Otros productos farmacéuticos médicos	El plan paga el 80% ^	Sin cobertura
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.		

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.		
Maternidad		
Visita inicial para confirmar el embarazo	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Todas las visitas prenatales posteriores, visitas posnatales y los cargos de parto del médico (tarifa total de maternidad)	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Visitas al consultorio además de la tarifa total de maternidad (prestadas por un obstetra/ginecólogo o Especialista)	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Parto: Centro (Hospital para pacientes internados, Centro de maternidad)	Misma cobertura que la del beneficio de Hospital para pacientes internados del plan	Misma cobertura que la del beneficio de Hospital para pacientes internados del plan
Aborto		
Servicios relacionados con un aborto Nota: Procedimientos provocados y no provocados.	La cobertura varía según el lugar del servicio.	La cobertura varía según el lugar del servicio.
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). • Las visitas al consultorio, los análisis de laboratorio y las radiografías dentro de la red están cubiertos al 100%, sin deducible.	La cobertura varía según el lugar del servicio.	La cobertura varía según el lugar del servicio.
Infertilidad		
Tratamiento para la infertilidad		
Progyny le proporciona orientación y apoyo ilimitados a través de un representante de atención al paciente exclusivo a lo largo de todo su recorrido para lograr la fertilidad. Progyny ofrece un cómodo acceso a la red de expertos en fertilidad más grande del país.		
Servicios de diálisis para pacientes ambulatorios		
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
Diálisis a domicilio Nota: Las visitas de diálisis no se acumularán para el máximo de servicios de cuidado de la salud en el hogar.	Misma cobertura que la del beneficio de servicios de cuidado de la salud en el hogar del plan	Misma cobertura que la del beneficio de servicios de cuidado de la salud en el hogar del plan
Servicios en centros para pacientes ambulatorios	Misma cobertura que la del beneficio de servicios en centros para pacientes ambulatorios del plan	Misma cobertura que la del beneficio de servicios en centros para pacientes ambulatorios del plan
Servicios profesionales para pacientes ambulatorios	Misma cobertura que la del beneficio de servicios profesionales para pacientes ambulatorios del plan	Misma cobertura que la del beneficio de servicios profesionales para pacientes ambulatorios del plan

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.		
Otros centros/servicios de cuidado de la salud		
Cuidado de la salud en el hogar	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
<ul style="list-style-type: none"> Límite anual: 60 días (el límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias). Máximo de 16 horas por día. 		
Nota: Incluye los servicios de una enfermera privada para pacientes ambulatorios cuando se aprueban como médicamente necesarios.		
Trasplantes de órganos		
Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados		
Centro de LifeSOURCE	El plan paga el 100%	No corresponde
Centro que no sea de LifeSOURCE	Misma cobertura que la del beneficio de Hospital para pacientes internados del plan	Sin cobertura
Servicios profesionales para pacientes internados		
Centro de LifeSOURCE	El plan paga el 100%	No corresponde
Centro que no sea de LifeSOURCE	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios profesionales para pacientes internados del plan	Sin cobertura
<ul style="list-style-type: none"> Máximo para viajes - Centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network® únicamente: máximo de \$10,000 por trasplante de por vida. 		
Equipo médico duradero	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
<ul style="list-style-type: none"> Límite anual: Ilimitado. 		
Suministros para el asma y la diabetes	El plan paga el 80%	El plan paga el 60% ^
<ul style="list-style-type: none"> Límite anual: Ilimitado. 		
Equipos y suministros para la lactancia	El plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^
<ul style="list-style-type: none"> Limitados al alquiler de un sacaleches por nacimiento según lo indique o recete un médico. Incluye los suministros relacionados. 		
Aparatos protésicos externos (EPA, por sus siglas en inglés)	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
<ul style="list-style-type: none"> Límite anual: Ilimitado. 		
Trastorno de la articulación temporomandibular (ATM)	La cobertura varía según el lugar del servicio.	La cobertura varía según el lugar del servicio.
<ul style="list-style-type: none"> Máximo de por vida ilimitado para tratamiento no quirúrgico 		
Nota: El tratamiento se proporciona en forma limitada, según el caso. Excluye aparatos y tratamiento de ortodoncia.		
Cuidado de rutina de los pies	Sin cobertura	Sin cobertura
Nota: Los servicios asociados con el cuidado de los pies en los casos de diabetes y enfermedad vascular periférica están cubiertos cuando se aprueban como servicios médicamente necesarios.		
Aparatos auditivos	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 80% ^
<ul style="list-style-type: none"> Incluye pruebas y ajustes de dispositivos auditivos por el costo compartido de la visita al consultorio del médico. 		
Acupuntura	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
<ul style="list-style-type: none"> Límite anual: \$1,500. 		

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.		
Biorretroalimentación	Copago de \$50, y el plan paga el 100% Servicios hospitalarios para pacientes internados y para pacientes ambulatorios: El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
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 60% ^
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios – Consultorio del médico	Copago de \$50, y el plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios – Servicios de salud del comportamiento de MDLIVE	Copago de \$50, y el plan paga el 100%	Sin cobertura
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios	El plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes internados	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios – Consultorio del médico	Copago de \$50, y el plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios – Servicios de salud del comportamiento de MDLIVE	Copago de \$50, y el plan paga el 100%	Sin cobertura
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios	El plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^
Límites anuales: <ul style="list-style-type: none"> Máximo ilimitado. 		
Notas: <ul style="list-style-type: none"> “Pacientes internados” incluye el tratamiento residencial y agudo para pacientes internados. “Pacientes ambulatorios – Consultorio del médico y Servicios de salud del comportamiento de MDLIVE” puede incluir terapia individual, familiar y grupal, psicoterapia, manejo de medicamentos, etc. “Pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios” puede incluir hospitalización parcial, servicios intensivos para pacientes ambulatorios, terapia de análisis conductual aplicado (ABA, por sus siglas en inglés), etc. Los servicios se pagan en un 100% una vez que alcance su desembolso máximo. 		
Nota importante sobre la cobertura para trastornos de salud mental y de consumo de sustancias: Los servicios médicos cubiertos mencionados arriba, que se reciben para diagnosticar o tratar una afección mental o un trastorno de consumo de sustancias, se pagarán de acuerdo con la sección titulada “Trastornos de salud mental y de consumo de sustancias”.		
Revisión de la utilización, administración de casos y programas para trastornos de salud mental y de consumo de sustancias		
Cigna Total Behavioral Health – Administración para pacientes internados y ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> Revisión de la utilización y administración de casos para pacientes internados Revisión de la utilización y administración de casos para pacientes ambulatorios Hospitalización parcial Programas intensivos para pacientes ambulatorios Programa Changing Lives by Integrating Mind and Body (Cambiando vidas a través de la integración de la mente y el cuerpo) Programas de control del estilo de vida: de control del estrés, para dejar el tabaco y de control del peso 		

01/01/2024

ASO

LocalPlus - LocalPlus Hybrid Plan

Farmacia

Los beneficios no son proporcionados por Cigna. Consulte el Resumen de beneficios (SBC, por sus siglas en inglés) para ver información limitada sobre los beneficios de farmacia. Para ver los detalles completos, consulte los documentos suministrados por el administrador de beneficios de farmacia.

Información adicional

Administración de Casos

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

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

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

Programa de oncología integral

- Asistencia para administración de la atención
- Administración de Casos

Incluido

Healthy Pregnancies/Healthy Babies

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

\$150 (1^{er} trimestre) / \$75 (2^o trimestre) – Opción 3

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.

01/01/2024

ASO

LocalPlus - LocalPlus Hybrid Plan

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.**

Reducción por cirugía múltiple

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

One Guide

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

Precertificación – Revisión de estadía continua – Preferred Care Management para pacientes internados: se requiere para todas las admisiones de pacientes internados.

Dentro de la red: coordinado por su médico.

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

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

Certificación previa – Preferred Care Management – Autorización previa para pacientes ambulatorios: se requiere para determinados procedimientos y pruebas de diagnóstico de pacientes ambulatorios.

Dentro de la red: coordinado por su médico.

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

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

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

Información adicional

Your Health First - 200

Es posible que las personas con una o más de las afecciones crónicas identificadas a la derecha cumplan con los requisitos para recibir el siguiente tipo de apoyo:

- Control de afecciones
- Cumplimiento con la medicación
- Control de factores de riesgo
- Problemas relacionados con el estilo de vida
- Problemas relacionados con la salud y el bienestar
- Antes y después de la admisión
- Apoyo para tomar decisiones con respecto a un tratamiento
- Brechas en la atención

Apoyo holístico para las siguientes afecciones médicas crónicas:

- Enfermedad cardíaca
- Arteriopatía coronaria
- Angina de pecho
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Infarto de miocardio agudo
- Arteriopatía periférica
- Asma
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (enfisema y bronquitis crónica)
- Diabetes tipo 1
- Diabetes tipo 2
- Síndrome metabólico/complicaciones con el peso
- Artrosis
- Dolor lumbar
- Ansiedad
- Trastorno bipolar
- Depresión

Definiciones

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

Conceptos no cubiertos (la lista no es exhaustiva):

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

- Atención para afecciones médicas que deben tratarse en un centro público según lo exigido por la ley estatal o local.
- Cuidado que debe ser brindado por un sistema escolar o un distrito escolar público, según lo exigido por la ley estatal o federal.
- Atención de incapacidades relativas al servicio militar que puedan tratarse a través de servicios gubernamentales si usted tiene derecho a recibir dicho tratamiento en virtud de la ley y hay centros disponibles desde un punto de vista razonable.
- Tratamiento de una Enfermedad o Lesión como consecuencia de una guerra, declarada o no declarada.

Exclusiones

- Cargos que no tiene la obligación de pagar, por los que no recibirá una factura o por los que no le habrían facturado, salvo que estuvieran cubiertos por este plan. Por ejemplo, si Cigna determina que un proveedor o Farmacia le han eximido del pago de una parte de sus cargos y/o una parte de las cantidades del Copago, Deducible y/o Coseguro que usted debe pagar por un Gasto cubierto (como se muestra en el Programa) sin el consentimiento expreso de Cigna, o las ha reducido o perdonado, Cigna tendrá derecho, a su entera discreción, a denegar el pago de beneficios en relación con el Gasto cubierto, o reducir los beneficios en proporción a las cantidades del Copago, Deducible y/o Coseguro que se hayan eximido, perdonado o reducido, sin importar si el proveedor o la Farmacia manifiestan que usted sigue siendo responsable de las cantidades que su plan no cubra. En ejercicio de esa discreción, Cigna tendrá derecho a exigirle que proporcione a Cigna prueba suficiente de que usted ha realizado el pago requerido de su parte del costo compartido antes del pago de cualquier beneficio por parte de Cigna. Esta exclusión incluye, a modo de ejemplo, los cargos de un Proveedor no participante que ha aceptado cobrarle o le ha cobrado según un nivel de beneficios dentro de la red u otro nivel de beneficios que, de lo contrario, no se aplicaría a los servicios recibidos.
- Los cargos que surjan de cualquier violación de una ley estatal o federal relacionada con el cuidado de la salud o que guarden relación con una violación de esta naturaleza, o que sean en sí mismos una violación de una ley estatal o federal relacionada con el cuidado de la salud.
- Asistencia con las actividades cotidianas entre las que se incluyen, a modo de ejemplo, comer, bañarse, vestirse u otras actividades de Servicio de custodia o de cuidado personal, servicios domésticos y servicios que sean principalmente para descanso, cuidado en el hogar o de convalecencia.
- Gastos relacionados con servicios que estén en etapa experimental o en investigación o no hayan sido comprobados.
- Los servicios experimentales, en investigación y no comprobados son: tecnologías, suministros, tratamientos, procedimientos, o tratamientos o dispositivos farmacológicos o biológicos para fines médicos, quirúrgicos, de diagnóstico, psiquiátricos, para trastornos de consumo de sustancias, u otros fines relacionados con el cuidado de la salud que el Médico de revisión de la utilización determine que:
 - o no han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos u otra agencia reguladora pertinente para su comercialización legal;
 - o su seguridad y eficacia para el tratamiento o diagnóstico de la afección o Enfermedad para la cual se proponen no han sido probadas mediante la literatura científica existente basada en evidencias y revisada por colegas médicos;
 - o están sujetos a revisión o aprobación por una Junta de Revisión Institucional para el uso propuesto, a excepción de lo dispuesto en la sección “Estudios clínicos” de este plan; o
 - o están sujetos a un estudio clínico de fase I, II o III en curso, a excepción de los costos de cuidado de rutina de los pacientes relacionados con estudios clínicos calificados, según lo dispuesto en la sección “Estudios clínicos” de este plan.

Para determinar si dichas tecnologías, suministros, tratamientos, o tratamientos o dispositivos farmacológicos o biológicos son experimentales, se encuentran en investigación o no están comprobados, el Médico de revisión de la utilización podrá basarse en las políticas de cobertura clínica mantenidas por Cigna o la Organización de Revisión. Las políticas de cobertura clínica pueden incorporar, sin limitación y según corresponda, criterios relacionados con el etiquetado aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, compendios de referencia médica estándar o en la literatura médica o las pautas basadas en evidencias y revisadas por colegas médicos.

- Cirugía y tratamientos estéticos. Se designa cirugía o tratamiento estético a la cirugía o el tratamiento realizados para mejorar o alterar la apariencia o la autoestima.
- Los siguientes servicios se excluyen de la cobertura, sin importar las indicaciones clínicas: cirugía de la pared abdominal; paniculectomía; acupresión; terapia craneosacral/craneal; danzaterapia y terapia del movimiento; kinesiología aplicada; *rolfing* (masaje de tejido conectivo); proloterapia; y litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL, por sus siglas en inglés) para afecciones musculoesqueléticas y ortopédicas.
- Tratamiento dental de los dientes, las encías o las estructuras que soportan directamente los dientes, que incluye radiografías dentales, exámenes, reparaciones, ortodoncia, periodoncia, moldes, férulas y servicios para maloclusión dental, por cualquier afección. Los cargos cobrados por servicios o suministros brindados por una Lesión accidental de una pieza dental o en relación con dicha Lesión están cubiertos siempre que se inicie un plan continuo de tratamiento dental dentro de los seis meses del accidente.
- Por servicios médicos y quirúrgicos destinados principalmente al tratamiento o el control de la obesidad. No obstante, el tratamiento de la obesidad clínicamente grave, según lo definido por las clasificaciones del índice de masa corporal (IMC) de las pautas del Instituto Nacional de Estudio del Corazón, los Pulmones y la Sangre cuenta con cobertura si se demuestra, mediante la literatura médica revisada por colegas médicos y las pautas científicas, que los servicios son seguros y eficaces para el tratamiento de la afección.

Exclusiones

- A menos que este plan los cubra de otra manera, por informes, evaluaciones, exámenes físicos u hospitalizaciones que no sean necesarios por razones de salud, que incluyen, a modo de ejemplo, las licencias de empleo, seguro o gubernamentales, y evaluaciones ordenadas por un juez, forenses o de custodia.
- Tratamiento u hospitalización ordenados por un juez, a menos que el tratamiento sea indicado por un Médico y se encuentre en la lista de servicios cubiertos por este plan.
- Cualquier servicio o suministro para el tratamiento de la disfunción sexual masculina o femenina, que incluyen, a modo de ejemplo, el tratamiento de la disfunción eréctil (incluye implantes penianos), anorgasmia y eyaculación precoz.
- El cuidado y los costos médicos y hospitalarios para el bebé de un Dependiente, a menos que el bebé cumpla con los requisitos exigidos por este plan.
- Asesoría y/o servicios auxiliares no médicos, que incluyen, a modo de ejemplo, los Servicios de custodia, servicios educativos, asesoría vocacional, servicios de capacitación y rehabilitación, entrenamiento del comportamiento, neuroretroalimentación, hipnosis, terapia del sueño, servicios de retorno al trabajo, programas de reentrenamiento para el trabajo y cursos de seguridad vial.
- Terapia o tratamiento destinado principalmente a mejorar o mantener la condición física general o con el propósito de mejorar el desempeño laboral, escolar, atlético o recreativo, que incluye, a modo de ejemplo, los cuidados de rutina, a largo plazo o de mantenimiento que se proporcionan luego de la solución de un problema médico agudo y cuando no se espera una mejora terapéutica significativa.
- Suministros médicos de consumo distintos a los suministros para estoma y catéteres urinarios. Los suministros no cubiertos incluyen, a modo de ejemplo, vendajes y otros artículos médicos desechables, preparaciones cutáneas y tiras reactivas, excepto según se especifica en las secciones “Servicios de salud en el hogar” o “Reconstrucción y prótesis de senos” de este plan.
- Habitaciones privadas en un hospital y/o los servicios de una enfermera privada, a excepción de lo que se especifica en la cláusula Servicios de salud en el hogar.
- Artículos personales o para hacer la vida más cómoda, como los juegos de cuidado personal que se ofrecen al ser admitido en un Hospital, televisión, teléfono, fotografías de recién nacidos, comidas de cortesía, avisos de nacimiento y otros artículos que no se utilizan para el tratamiento específico de una Enfermedad o Lesión.
- Elementos artificiales de asistencia, que incluyen, a modo de ejemplo, medias elásticas, portaliagas, corsés, dentaduras postizas y pelucas.
- Ayudas o dispositivos que ayudan en la comunicación no verbal, entre ellos tableros de comunicación, dispositivos para hablar pregrabados, computadoras portátiles, computadoras de escritorio, asistentes digitales personales (PDA, por sus siglas en inglés), máquinas para escribir en braille, sistemas de alerta visual para sordos y libros para la memoria.
- Cristales y marcos de anteojos y lentes de contacto (excepto por el primer par de lentes de contacto para el tratamiento de queratocono o luego de una cirugía de cataratas).
- Refracciones de rutina, ejercicios oculares y tratamiento quirúrgico para la corrección de un error de refracción, incluida una queratotomía radial.
- Todos los medicamentos con receta no inyectables, a menos que se necesite la supervisión de un Médico o que un Médico los administre, los medicamentos con receta inyectables en la medida que no necesiten la supervisión de un Médico y se consideren comúnmente medicamentos autoadministrados, los medicamentos sin receta, y los medicamentos de carácter experimental o en investigación, a excepción de lo que se especifica en este plan.
- Cuidado de rutina de los pies, que incluye el emparejamiento y la eliminación de callos y durezas o el recorte de uñas. Sin embargo, los servicios asociados con el cuidado de los pies en los casos de diabetes y enfermedad vascular periférica están cubiertos en caso de ser Medicamento necesarios.
- Costos o cuotas de membresías relacionadas con clubes deportivos, programas para bajar de peso y programas para dejar de fumar.
- Exámenes genéticos o exámenes genéticos de preimplantación. El diagnóstico genético general basado en la población es un método de prueba que se realiza cuando no hay ningún síntoma o ningún factor de riesgo significativo comprobado de enfermedades hereditarias de transmisión genética.
- Implantes dentales por cualquier afección.
- Pagos relacionados con la obtención o donación de sangre o derivados hematológicos, excepto para la donación autóloga cuando se prevén con anticipación ciertos servicios programados, cuando a criterio del Médico de revisión de la utilización la probabilidad de la pérdida de sangre en exceso es tal que se espera que la cirugía traiga aparejada una transfusión.
- Administración de sangre con el propósito de mejorar la condición física general.
- Costos de sustancias biológicas, ya sean vacunas o medicamentos para protegerse de riesgos y peligros ocupacionales.
- Cosméticos, suplementos alimenticios, y productos para la salud y belleza.
- Todos los suplementos y fórmulas nutricionales, excepto la fórmula para lactantes necesaria para el tratamiento de errores innatos del metabolismo.

01/01/2024

ASO

LocalPlus - LocalPlus Hybrid Plan

Exclusiones

- En relación con una Lesión o Enfermedad que surja con motivo de cualquier trabajo por un sueldo o ganancias, o durante su desempeño.
- Cargos por la prestación de servicios médicos y relacionados con la salud mediante tecnologías de telecomunicaciones, incluidos el teléfono e Internet, a menos que se brinden según lo descrito específicamente en la sección Gastos cubiertos.
- Terapia de masajes.

Estos son solo los puntos más destacados

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

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.

EHB Estado: UT

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 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 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).