

RESUMEN DE BENEFICIOS



Cigna Health and Life Insurance Co.
Para: Blue Bottle Coffee, LLC
Open Access Plus
OAP 500

Fecha de entrada en vigor: 1 de enero de 2026

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

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

Aviso para residentes de Missouri exigido por RSMo 376.1199.6: Este plan ha adquirido una cláusula adicional opcional para cubrir los abortos provocados. La persona inscrita tiene derecho a excluirse de la cobertura de abortos provocados y no pagar por ella si dicha cobertura es contraria a la moral, la ética o las creencias religiosas de dicha persona.

Aviso para residentes de Texas según el Cód. de Seguros de Texas §1218.001 y otros: Este plan ha adquirido una cláusula adicional opcional para cubrir los abortos provocados. La persona inscrita tiene derecho a excluirse del plan y no pagar la cobertura de abortos provocados.

Aspectos principales del plan

Dentro de la red

Fuera de la red

Aspectos principales del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
Máximo de por vida	Ilimitado	Ilimitado
Acumulación por año del plan	Los deducibles, desembolsos máximos y límites de niveles de beneficios de su plan se acumulan por año calendario, a menos que se indique lo contrario. Además, todas las cantidades máximas del plan y las cantidades máximas por servicios específicos (costo e incidencia) dentro y fuera de la red se acumulan entre sí, a menos que se indique lo contrario.	
Coseguro del plan	El plan paga el 80%	El plan paga el 50%
Cargo máximo reembolsable	No corresponde	110%
Deducible del plan	Individual: \$500 Grupo familiar: \$1,500	Individual: \$1,500 Grupo familiar: \$3,000
<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 (^).		

01/01/2026

CA

Open Access Plus - OAP 500

Aspectos principales del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
Desembolso máximo del plan	Individual: \$1,500 Grupo familiar: \$3,000	Individual: \$4,500 Grupo familiar: \$9,000
<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 \$30, y el plan paga el 100%	El plan paga el 50% ^
NOTA: Las visitas a obstetras y ginecólogos están sujetas al costo compartido que corresponda a un PCP o Especialista según el contrato que el proveedor tenga con Cigna (es decir, como PCP o como Especialista).		
Cirugía hecha en el consultorio del médico	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Tratamiento/inyecciones para alergias y suero para las alergias Suero para las alergias administrado por el médico en el consultorio	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	Copago de \$15, y el plan paga el 100%	Sin cobertura
<ul style="list-style-type: none"> Es posible que los proveedores virtuales exclusivos presten servicios pagaderos en virtud de otros beneficios (por ejemplo, cuidado preventivo, médico de cuidado primario, salud del comportamiento; dermatología/médico especialista). 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 \$15, y el plan paga el 100%	El plan paga el 50% ^
Servicios del médico especialista/Visita al consultorio	Copago de \$30, 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. 		
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).		
Cuidado preventivo		
Cuidado preventivo Desde el nacimiento hasta los 16 años	El plan paga el 100%	PCP: El plan paga el 50% ^ Especialista: El plan paga el 50% ^
A partir de los 17 años	El plan paga el 100%	Sin cobertura
<ul style="list-style-type: none"> Incluye la cobertura de servicios adicionales, como análisis de orina, ECG y otros análisis de laboratorio, que suplementan el beneficio de Cuidado preventivo estándar cuando se facturen como parte de la visita al consultorio. Límite anual: Ilimitado. 		
Vacunas Desde el nacimiento hasta los 16 años	El plan paga el 100%	PCP: El plan paga el 50% ^ Especialista: El plan paga el 50% ^
A partir de los 17 años	El plan paga el 100%	Sin cobertura
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. El examen de bienestar asociado está cubierto únicamente dentro de la red. 		
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 productos farmacéuticos 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. 		

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.		
Servicios de 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 \$250, y el plan paga el 100%	Copago de \$250, 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 \$50, y el plan paga el 100%	El plan paga el 50% ^
Ambulancia Los servicios de ambulancia utilizados como transporte que no sea de emergencia (p. ej., regreso del hospital al hogar) generalmente no están cubiertos.	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 80% ^
Ambulancia – Trastornos de salud mental y de consumo de sustancias Los servicios de ambulancia utilizados como transporte que no sea de emergencia (p. ej., regreso del hospital al hogar) generalmente no están cubiertos.	El plan paga el 100%	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: 100 días. 	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^
Servicios de laboratorio		
Servicios del médico/Visita al consultorio	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^
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	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^
Centro para pacientes ambulatorios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^
Imágenes radiológicas avanzadas (ARI, por sus siglas en inglés)	Incluye resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés), angiografías por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), tomografías computarizadas (CAT, por sus siglas en inglés) y tomografías por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés), etc.	
Centro para pacientes ambulatorios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^
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

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>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.</p>		
<p>Servicios de terapia para pacientes ambulatorios</p>		
<p>Servicios de terapia para pacientes ambulatorios</p>	<p>Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio</p>	<p>Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio</p>
<p>Límites anuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Todas las terapias combinadas; incluye terapia cognitiva, terapia ocupacional, fisioterapia, rehabilitación pulmonar y terapia del habla: Sin límite de días. 		
<p>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.</p>		
<p>Servicios quiroprácticos</p>	<p>Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio</p>	<p>Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio</p>
<p>Límite anual:</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención quiropráctica: 25 días. 		
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p>	<p>Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio</p>	<p>Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio</p>
<p>Límite anual:</p> <ul style="list-style-type: none"> Rehabilitación cardíaca: 36 días. 		
<p>Atención de enfermos terminales</p>		
<p>Centros para pacientes internados</p>	<p>El plan paga el 80% ^</p>	<p>El plan paga el 50% ^</p>
<p>Servicios para pacientes ambulatorios</p>	<p>El plan paga el 80% ^</p>	<p>El plan paga el 50% ^</p>
<p>Nota: Incluye la asesoría por duelo cuando forma parte de un programa para enfermos terminales.</p>		
<p>Asesoría por duelo (para servicios no prestados como parte de un programa para enfermos terminales)</p>		
<p>Servicios proporcionados por un profesional de la salud mental</p>	<p>Cubiertos por el beneficio de salud mental</p>	<p>Cubiertos por el beneficio de salud mental</p>
<p>Medicamentos o productos farmacéuticos médicos</p>		
<p>Centro para pacientes ambulatorios</p>	<p>El plan paga el 80% ^</p>	<p>El plan paga el 50% ^</p>
<p>Consultorio del médico</p>	<p>El plan paga el 100%</p>	<p>El plan paga el 50% ^</p>
<p>En el hogar</p>	<p>El plan paga el 80% ^</p>	<p>El plan paga el 50% ^</p>
<p>Nota: Este beneficio se aplica únicamente al costo de los medicamentos de terapia de infusión que se administren. Este beneficio no cubre los cargos relacionados del centro, la visita al consultorio o el profesional.</p>		

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>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.</p>		
<p>Maternidad</p>		
<p>Visita inicial para confirmar el embarazo</p>	<p>Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio</p>	<p>Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio</p>
<p>Todas las visitas prenatales posteriores, visitas posnatales y los cargos de parto del médico (tarifa total de maternidad)</p>	<p>El plan paga el 80% ^</p>	<p>El plan paga el 50% ^</p>
<p>Visitas al consultorio además de la tarifa total de maternidad (prestadas por un obstetra/ginecólogo o Especialista)</p>	<p>Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio</p>	<p>Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio</p>
<p>Parto: Centro (Hospital para pacientes internados, Centro de maternidad)</p>	<p>Misma cobertura que la del beneficio de Hospital para pacientes internados del plan</p>	<p>Misma cobertura que la del beneficio de Hospital para pacientes internados del plan</p>
<p>Aborto</p>		
<p>Servicios relacionados con un aborto Nota: Procedimientos provocados y no provocados.</p>	<p>El plan paga el 100%</p>	<p>El plan paga el 100%</p>
<p>Planificación familiar</p>		
<p>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).</p>	<p>El plan paga el 100%</p>	<p>La cobertura varía según el lugar del servicio</p>
<p>Servicios para hombres Incluye servicios de esterilización quirúrgica, como la vasectomía (no incluye la reversión).</p>	<p>El plan paga el 100%</p>	<p>La cobertura varía según el lugar del servicio</p>
<p>Infertilidad</p>		
<p>Fertilidad y concepción</p>	<p>La cobertura varía según el lugar del servicio</p>	<p>La cobertura varía según el lugar del servicio</p>
<p>Servicios de infertilidad cubiertos: exámenes de laboratorio y radiología, asesoría, tratamiento quirúrgico, incluye inseminación artificial, fertilización <i>in vitro</i>, transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés), transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> Máximo de por vida: Ilimitado. 		
<p>Otros centros/servicios de cuidado de la salud</p>		
<p>Cuidado de la salud en el hogar</p> <ul style="list-style-type: none"> Límite anual: 100 días (el límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias). Máximo de 16 horas por día. <p>Nota: Incluye los servicios de una enfermera privada para pacientes ambulatorios cuando se aprueban como médicamente necesarios.</p>	<p>El plan paga el 80% ^</p>	<p>El plan paga el 50% ^</p>

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.		
Trasplantes de órganos		
Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados		
Centro de LifeSOURCE Transplant Network®	El plan paga el 100%	No corresponde
Otro centro	El plan paga el 80% ^	Sin cobertura
Servicios profesionales para pacientes internados		
Centro de LifeSOURCE Transplant Network®	El plan paga el 100%	No corresponde
Otro centro	El plan paga el 80% ^	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 <ul style="list-style-type: none"> Límite anual: Ilimitado. 	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^
Equipos y suministros para la lactancia <ul style="list-style-type: none"> Limitados al alquiler de un sacaleches por nacimiento según lo indique o recete un médico. Incluye los suministros relacionados. 	El plan paga el 100%	Sin cobertura
Aparatos protésicos externos (EPA, por sus siglas en inglés) <ul style="list-style-type: none"> Límite anual: Ilimitado. 	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 50% ^
Trastorno de la articulación temporomandibular (ATM) <ul style="list-style-type: none"> Máximo ilimitado de por vida. 	La cobertura varía según el lugar del servicio	La cobertura varía según el lugar del servicio
Nota: El tratamiento se proporciona en forma limitada, según el caso. Excluye aparatos y tratamiento de ortodoncia.		
Cirugía bariátrica <ul style="list-style-type: none"> Sin límite de por vida. 	La cobertura varía según el lugar del servicio	Sin cobertura
El tratamiento de la obesidad clínicamente grave, según lo definido por el índice de masa corporal (IMC), está cubierto. No incluye lo siguiente:		
<ul style="list-style-type: none"> servicios médicos y quirúrgicos para alterar la apariencia o cambios físicos que sean el resultado de una cirugía realizada para el control de la obesidad o la obesidad clínicamente grave (patológica); programas o tratamientos para bajar de peso, ya sean recetados o recomendados por un médico o que se realicen bajo supervisión médica. 		
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 50% ^
<ul style="list-style-type: none"> Máximo de \$2,500 cada 36 meses. Máximo de 2 dispositivos cada 36 meses. Incluye pruebas y ajustes de dispositivos auditivos por el costo compartido de la visita al consultorio del médico. 		

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>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.</p>		
<p>Acupuntura</p> <ul style="list-style-type: none"> Límite anual: 20 días. 	<p>Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio</p>	<p>Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio</p>
<p>Servicios de viajes</p> <ul style="list-style-type: none"> Gastos elegibles de viaje y alojamiento autorizados cuando no hay un centro/proveedor de la red disponible dentro de un radio de 60 millas de su residencia principal. Cobertura únicamente para servicios designados: servicios con limitaciones en el acceso impuestas por la legislación estatal (por ejemplo, abortos, servicios de reasignación de sexo), y servicios para trastornos de la salud mental y de consumo de sustancias para pacientes internados y ambulatorios. Cobertura únicamente cuando viaja a un proveedor/centro de la red. Máximo de por vida para atención médica: \$10,000. Máximo para trastornos de salud mental y de consumo de sustancias: Ilimitado. 	<p>El plan paga el 100%</p>	<p>Sin cobertura</p>

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.

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.
- Los servicios se pagan en un 100% una vez que alcance su desembolso máximo.

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

Revisión de la utilización, administración de casos y programas para trastornos de salud mental y de consumo de sustancias**Administración para pacientes internados y ambulatorios**

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

Parte del costo que le corresponde y suministro**Parte del costo por Cigna Pharmacy**

- Farmacia minorista: suministro para un máximo de 90 días (salvo medicamentos de especialidad, que tienen un suministro máximo de 30 días).
- Entrega a domicilio: suministro para un máximo de 90 días (salvo medicamentos de especialidad, que tienen un suministro máximo de 30 días).

Farmacia minorista (por suministro para 30 días):

Genéricos: Usted paga \$10
 De marca preferida: Usted paga \$35
 De marca no preferida: Usted paga \$70

Farmacia minorista (por suministro para 90 días):

Genéricos: Usted paga \$25
 De marca preferida: Usted paga \$88
 De marca no preferida: Usted paga \$175

Entrega a domicilio (por suministro para 90 días):

Genéricos: Usted paga \$25
 De marca preferida: Usted paga \$88
 De marca no preferida: Usted paga \$175

- **Cigna 90 Now Walgreens:** 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. CVS se considerará una farmacia fuera de la red para suministros para 90 días.
- 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.
- Este plan no cubrirá beneficios de farmacia fuera de la red.
- Los medicamentos de especialidad son medicamentos que se usan para tratar una enfermedad subyacente que se considera poco frecuente y crónica, como por ejemplo, la esclerosis múltiple, la hepatitis C o la artritis reumatoide. Los medicamentos de especialidad pueden incluir medicamentos de alto costo, además de medicamentos que pueden requerir una manipulación especial y una minuciosa supervisión durante su administración.
- Si el paciente solicita un medicamento de marca, paga el costo compartido del medicamento de marca más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico, hasta cubrir el costo del medicamento de marca (a menos que el médico indique "Dispense As Written", DAW, que significa "Despachar según lo indicado").
- Sus beneficios de farmacia comparten un desembolso máximo con los beneficios médicos/de salud del comportamiento.
- Se proporcionan medicamentos de especialidad dentro del programa de entrega a domicilio al costo compartido de la farmacia minorista (por suministro para 30 días).

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

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

Algunas características importantes:

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

Información sobre el programa de farmacia

Revisión clínica de servicios de farmacia: Essential

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

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

Patient Assurance Program

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

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

Información adicional

Administración de Casos

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

Programa de oncología integral

- Asistencia para administración de la atención
- Administración de Casos

Incluido

Healthy Pregnancies/Healthy Babies

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

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

Información adicional

Cargo máximo reembolsable

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

Cargos por servicios de emergencia fuera de la red

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

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

Coordinación con Medicare

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

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

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

Reducción por cirugía múltiple

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

One Guide

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

Información adicional

Precertificación – Revisión de estadía continua – Basic Care Standard 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 y no certificada.
- Los beneficios se denegarán por cualquier día adicional no certificado por Cigna Healthcare.

Precertificación – Basic Care Standard 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 de pacientes ambulatorios si no se comunica con Cigna Healthcare para precertificar la admisión.
- Los beneficios se denegarán por cualquier procedimiento de pacientes ambulatorios que revise Cigna Healthcare y no certifique.

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

Solución de bienestar: Core

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

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 anestesiastas.

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

Exclusiones

Conceptos no cubiertos (la lista no es exhaustiva):

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

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

Exclusiones

- 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 dispositivos farmacológicos o biológicos son experimentales, se encuentran en investigación o no están comprobados, el Médico de revisión de la utilización podrá basarse en las políticas de cobertura clínica mantenidas por Cigna o la Organización de Revisión. Las políticas de cobertura clínica pueden incorporar, sin limitación y según corresponda, criterios relacionados con el etiquetado aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, compendios de referencia médica estándar y literatura o pautas científicas basadas en evidencias y revisadas por colegas médicos. El plan o la póliza no deben denegar la cobertura de un tratamiento farmacológico o biológico por ser experimental, encontrarse en investigación o no estar comprobado si el tratamiento farmacológico o biológico está aprobado por la FDA para su comercialización legal, no ha sido contraindicado por la FDA para el uso para el que se indicó el medicamento o el tratamiento biológico, y está reconocido como seguro y efectivo para el tratamiento del cáncer en cualquiera de los compendios de referencia estándar: (A) la base de datos American Hospital Formulary Service Drug Information, (B) uno de los siguientes compendios si están reconocidos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, una agencia federal, como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer: (i) Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology; (ii) The National Comprehensive Cancer Network Drug and Biologics Compendium; (iii) Thomson Micromedex DrugDex, (C) dos artículos de algunas de las principales revistas médicas profesionales revisadas por colegas médicos que presenten datos que respalden el uso o usos propuestos no aprobados como seguros y efectivos, a menos que exista evidencia contradictoria, clara y convincente en alguna revista médica profesional revisada por colegas médicos.
- Cirugía y tratamientos estéticos. Se designa cirugía o tratamiento estético a la cirugía o el tratamiento realizados para mejorar o alterar la apariencia o la autoestima, o con el fin de tratar una sintomatología psicológica o quejas psicosociales relacionadas con la apariencia de una persona. La cirugía y el tratamiento estéticos no incluyen los servicios de reasignación de sexo.
- Los siguientes servicios se excluyen de la cobertura, sin importar las indicaciones clínicas: cirugías en caso de macromastia o ginecomastia; tratamiento quirúrgico de várices; cirugía de la pared abdominal; paniclectomía; rinoplastia; blefaroplastia; cirugías ortognáticas; cirugía para retirar piel sobrante; extirpación de papilomas cutáneos; acupresión; terapia craneosacral/craneal; danzaterapia; terapia del movimiento; kinesiología aplicada; *rolfing* (masaje de tejido conectivo); proloterapia; y litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL, por sus siglas en inglés) para afecciones musculoesqueléticas y ortopédicas.
- Tratamiento dental de los dientes, las encías o las estructuras que soportan directamente los dientes, que incluye radiografías dentales, exámenes, reparaciones, ortodoncia (a menos que los servicios formen parte integral de una cirugía reconstructiva de paladar leporino), periodoncia, moldes, férulas y servicios para maloclusión dental, por cualquier afección. Sin embargo, los cargos de los centros y los cargos de anestesia general o sedación profunda que no pueda administrarse en un consultorio dental están cubiertos cuando son Medicamento necesarios. Los cargos cobrados por servicios o suministros brindados por una lesión de una pieza dental o en relación con dicha lesión están cubiertos.
- Servicios médicos y quirúrgicos, iniciales y repetidos, que sirvan para el tratamiento o control de la obesidad, excepto para la obesidad clínicamente grave (patológica) según se describe en los Gastos cubiertos, que incluyen: servicios médicos y quirúrgicos para alterar la apariencia o cambios físicos que sean el resultado de cualquier cirugía realizada para el control de la obesidad o la obesidad clínicamente grave (patológica); y programas o tratamientos para bajar de peso, ya sean recetados o recomendados por un Médico o que se realicen bajo supervisión médica.
- A menos que este plan los cubra de otra manera, por informes, evaluaciones, exámenes físicos u hospitalizaciones que no sean necesarios por razones de salud, que incluyen, a modo de ejemplo, las licencias de empleo, seguro o gubernamentales, y evaluaciones ordenadas por un juez, forenses o de custodia.
- Tratamiento u hospitalización ordenados por un juez, a menos que el tratamiento sea indicado por un Médico y se encuentre en la lista de servicios cubiertos por este plan.
- Reversión de los procedimientos de esterilización voluntarios masculinos o femeninos.
- Cualquier medicación, medicamento, servicio o suministro para el tratamiento de la disfunción sexual masculina o femenina, que incluye, a modo de ejemplo, el tratamiento de la disfunción eréctil (incluye implantes peneanos), anorgasmia y eyaculación precoz.
- El cuidado y los costos médicos y hospitalarios para el bebé de un dependiente, a menos que el bebé cumpla con los requisitos exigidos por este plan.
- Asesoría y/o servicios auxiliares no médicos, que incluyen, a modo de ejemplo, los Servicios de custodia, servicios educativos, asesoría vocacional, servicios de capacitación y rehabilitación, entrenamiento del comportamiento (que no sean servicios de entrenamiento del comportamiento para un trastorno generalizado del desarrollo o autismo), biorretroalimentación, neuroretroalimentación, hipnosis, terapia del sueño, servicios de retorno al trabajo, programas de reentrenamiento para el trabajo y cursos de seguridad vial.

01/01/2026

CA

Open Access Plus - OAP 500

Exclusiones

- Suministros médicos de consumo distintos a los suministros para estoma y catéteres urinarios. Los suministros no cubiertos incluyen, a modo de ejemplo, vendajes y otros artículos médicos desechables, preparaciones cutáneas y tiras reactivas, excepto según se especifica en las secciones “Servicios de cuidado de la salud en el hogar” o “Reconstrucción y prótesis de senos” de este plan.
- Habitaciones privadas en un Hospital y/o los servicios de una enfermera privada, a excepción de lo que se especifica en la cláusula Servicios de cuidado de la salud en el hogar.
- Artículos personales o para hacer la vida más cómoda, como los juegos de cuidado personal que se ofrecen al ser admitido en un Hospital, televisión, teléfono, fotografías de recién nacidos, comidas de cortesía, avisos de nacimiento y otros artículos que no se utilizan para el tratamiento específico de una Enfermedad o Lesión.
- Elementos artificiales de asistencia, que incluyen, a modo de ejemplo, calzado ortopédico, plantillas anatómicas, medias elásticas, 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.
- Lentes correctivos y servicios asociados (exámenes y ajustes recetados), incluidos cristales y marcos de anteojos y lentes de contacto, excepto por el primer par de lentes correctivos o el primer juego de cristales y marcos para anteojos, y servicios asociados para el tratamiento de queratocono o luego de una cirugía de cataratas.
- Refracciones de rutina, ejercicios oculares y tratamiento quirúrgico para la corrección de un error de refracción, incluida una queratotomía radial.
- Todos los medicamentos con receta no inyectables, a menos que se necesite la supervisión de un Médico o que un Médico los administre, los medicamentos con receta inyectables en la medida que no necesiten la supervisión de un Médico y se consideren comúnmente medicamentos autoadministrados, los medicamentos sin receta, y los medicamentos de carácter experimental o en investigación, a excepción de lo que se especifica en este plan.
- Cuidado de rutina de los pies, que incluye el emparejamiento y la eliminación de callos y durezas, y el mantenimiento de las uñas de los pies. Sin embargo, los servicios de cuidado de los pies para diabetes, neuropatías periféricas y enfermedad vascular periférica están cubiertos.
- Costos o cuotas de membresías relacionadas con clubes deportivos, programas para bajar de peso y programas para dejar de fumar. Esto no se aplica a la asesoría conductual para dejar de consumir tabaco proporcionada en persona o telefónicamente.
- Para un diagnóstico que no sea trastorno generalizado del desarrollo o autismo, se aplican las siguientes exclusiones: exámenes genéticos o exámenes genéticos de preimplantación. El diagnóstico genético general basado en la población es un método de prueba que se realiza cuando no hay ningún síntoma o ningún factor de riesgo significativo comprobado de enfermedades hereditarias de transmisión genética.
- Implantes dentales por cualquier afección, a menos que los servicios formen parte integral de una cirugía reconstructiva de paladar leporino.
- Pagos relacionados con la obtención o donación de sangre o derivados hematológicos, excepto para la donación autóloga cuando se prevén con anticipación ciertos servicios programados, cuando a criterio del Médico de revisión de la utilización la probabilidad de la pérdida de sangre en exceso es tal que se espera que la cirugía traiga aparejada una transfusión.
- Administración de sangre con el propósito de mejorar la condición física general.
- Costos de sustancias biológicas, ya sean vacunas o medicamentos para viajes o para protegerse de riesgos y peligros ocupacionales.
- Cosméticos, suplementos alimenticios, y productos para la salud y belleza.
- Alimentos y suministros para alimentación por sonda, y alimentos médicos especialmente formulados, con receta y sin receta, excepto la fórmula para lactantes necesaria para el tratamiento de errores innatos del metabolismo.
- Para servicios relacionados con una Lesión o Enfermedad pagados en virtud de una ley de seguro de accidentes de trabajo, ley de enfermedades laborales o similar.
- Terapia de masajes.
- Determinados Productos farmacéuticos médicos que sean un Equivalente terapéutico o una Alternativa terapéutica a otro Producto farmacéutico médico cubierto y que se administren en relación con un servicio cubierto que se preste en un establecimiento para pacientes internados, un establecimiento para pacientes ambulatorios, el consultorio de un Médico o un entorno de cuidado de la salud en el hogar. Dichas determinaciones podrán efectuarse periódicamente, y los beneficios para un Producto farmacéutico médico que anteriormente estaba excluido conforme a esta disposición pueden restablecerse en cualquier momento.

Estos son solo los puntos más destacados

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

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

EHB Estado: CA

La discriminación es ilegal.

Cobertura médica

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

Cigna Healthcare:

- 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 aparece en su tarjeta de ID y pídale a un asociado de Servicio al Cliente que le ayude.



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

Si considera que Cigna Healthcare 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 Healthcare

Nondiscrimination Complaint Coordinator
P.O. Box 188016
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar un reclamo escrito, llame al número que figura en la parte posterior de su tarjeta de identificación o envíe un 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 un reclamo están disponibles en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. For current Cigna Healthcare 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 Healthcare, 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 Healthcare 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 Healthcare, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên. 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 Healthcare 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 Healthcare, tawagan ang numero sa likuran ng iyong ID card. O kaya, tumawag sa 1.800.244.6224 (TTY: l-dial ang 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Если вы уже участвуете в плане Cigna Healthcare, 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 Healthcare 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 Healthcare 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 Healthcare, 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 Healthcare 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 Healthcare 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 Healthcare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 Healthcare 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 Healthcare-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 می شود. برای مشتریان فعلی Cigna Healthcare، لطفاً با شماره ای 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 شماره گیری کنید).