Cigna Health and Life Insurance Company ("Cigna")
Cigna Connect Flex Silver 3000-150 Plan

PROGRAMA DE BENEFICIOS (QUIÉN PAGA CADA CONCEPTO)

El siguiente es un Programa de beneficios de la Póliza, que incluye beneficios médicos, de medicamentos que requieren receta médica y de atención de la vista pediátrica. La Póliza establece, con más detalle, los derechos y las obligaciones que tienen Usted, el (los) Miembro(s) de su familia y Cigna. Por lo tanto, es importante que todas las Personas aseguradas **¡LEAN ATENTAMENTE TODA LA PÓLIZA!**

NOTA:
Los beneficios que figuran en la siguiente tabla muestran el pago de los Gastos cubiertos. Las cantidades de Co-seguro que se indican a continuación son Su responsabilidad una vez que se ha cumplido con cualquier deducible o copago aplicable, a menos que se indique lo contrario. Las cantidades de Copago indicadas también son Su responsabilidad.

Recuerde que los servicios de Proveedores fuera de la red no están cubiertos, salvo la atención inicial para tratar y estabilizar una afección médica de emergencia. Para obtener más detalles, consulte la sección "Cómo funciona el plan" de Su Póliza.

PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS

INFORMACIÓN SOBRE EL BENEFICIO Nota: Los Servicios cubiertos se encuentran sujetos al Deducible anual y a cualquier deducible adicional que resulte aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.	PROVEEDOR DENTRO DE LA RED (Basado en la Tarifa negociada) USTED PAGA:
Beneficios médicos	
Deducible anual del plan *Individual* *Grupo familiar*	**Deducible** $900 $1,800
Desembolso máximo *Individual* *Grupo familiar*	**Desembolso máximo** $2,350 $4,700 Los siguientes conceptos no se acumulan para el Desembolso máximo dentro de la red: Multas y máximos de la Póliza.
Co-seguro	Usted y los Miembros de su familia pagan el 10% de los Cargos después de cualquier Deducible de la Póliza.

INFORMACIÓN SOBRE EL BENEFICIO Nota: Los Servicios cubiertos se encuentran sujetos al Deducible anual y a cualquier deducible adicional que resulte aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.	PROVEEDOR DENTRO DE LA RED (Basado en la Tarifa negociada) USTED PAGA:
Programa de Autorización previa	
Autorización previa – Servicios para pacientes internados	**Su Proveedor participante debe obtener aprobación** para admisiones como paciente internado. Los servicios sin la referencia o autorización requerida No están cubiertos.
Autorización previa – Servicios para pacientes en consulta externa NOTA: Consulte la sección anterior sobre Autorización previa de servicios para pacientes internados y en consulta externa para obtener información más detallada. Puede obtener una lista completa de admisiones, servicios y procedimientos que requieren Autorización previa llamando a Cigna al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o en www.mycigna.com, en la sección "View Medical Benefit Details" (Ver detalles de los beneficios médicos).	**Su Proveedor participante debe obtener aprobación** para determinados procedimientos y servicios para pacientes en consulta externa. Los servicios sin la referencia o autorización requerida No están cubiertos.
Todos los Servicios de atención preventiva para pacientes sanos Consulte la sección "Beneficios/Cobertura (Conceptos cubiertos)" de esta Póliza para obtener más detalles.	0%, no se aplica el Deducible
Atención de la vista pediátrica proporcionada por un Oftalmólogo u Optometrista para Personas aseguradas menores de 19 años. ***La red de Atención de la vista pediátrica es diferente de la red de sus beneficios médicos**	
Examen de la vista completo y refracción para niños Limitado a un examen por año	0%, no se aplica el Deducible
Marcos pediátricos para niños Limitado a un par cada 2 años	0%, no se aplica el Deducible
Lentes de anteojos para niños Limitado a un par cada 2 años Monofocales, bifocales con línea, trifocales con línea, lenticulares y marcos	0%, no se aplica el Deducible
Lentes de contacto y servicios profesionales para niños (limitado a un par cada 2 años) Opcionales Terapéuticas	0%, no se aplica el Deducible

INFORMACIÓN SOBRE EL BENEFICIO Nota: Los Servicios cubiertos se encuentran sujetos al Deducible anual y a cualquier deducible adicional que resulte aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.	PROVEEDOR DENTRO DE LA RED (Basado en la Tarifa negociada) USTED PAGA:
Nota: El examen de la vista de rutina realizado por un médico primario (PCP, por sus siglas en inglés) o pediatra está cubierto en virtud del beneficio de Servicios preventivos.	
Servicios médicos **Visita al consultorio o visita a domicilio** (no incluye pruebas y tratamiento/inyecciones para alergias, análisis de laboratorio y radiografías ni cirugía realizada en el consultorio) (para estos servicios, consulte Servicios médicos, continuación)	
Médico primario (PCP)	Copago de $10 por visita, no se aplica el Deducible
Especialista (incluidos servicios de consulta, referencia y segunda opinión)	Copago de $25 por visita, no se aplica el Deducible
Nota: si se aplica un Copago por visitas al obstetra/ginecólogo (OB/GYN, por sus siglas en inglés): Si Su médico aparece como PCP en el directorio de proveedores, Usted o el Miembro de su familia pagará un Copago de PCP. Si Su médico aparece como especialista, Usted o el Miembro de su familia pagará el Copago de especialista.	
Servicio de telesalud de acceso ampliado Visita electrónica con un Médico de telesalud de acceso ampliado **Nota: si un Médico de telesalud de acceso ampliado expide una Receta, esa Receta está sujeta a todos los beneficios, limitaciones y exclusiones del Plan para Medicamentos que requieren receta médica.**	Se aplica el beneficio de visita al consultorio del PCP
Servicios médicos, continuación	
Cirugía en el consultorio del Médico	10%
Honorarios profesionales para pacientes en consulta externa por Cirugía	10%
Cirugía, anestesia, radioterapia para pacientes internados.	10%
Visitas hospitalarias	10%
Pruebas y tratamiento/inyecciones para alergias	10%

INFORMACIÓN SOBRE EL BENEFICIO Nota: Los Servicios cubiertos se encuentran sujetos al Deducible anual y a cualquier deducible adicional que resulte aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.	PROVEEDOR DENTRO DE LA RED (Basado en la Tarifa negociada) USTED PAGA:
Servicios hospitalarios Servicios hospitalarios para pacientes internados	10%
Admisiones de emergencia	Consulte el Programa de beneficios de servicios de emergencia respecto de beneficios sobre servicios específicos.
Tratamiento para pacientes internados en un programa de rehabilitación multidisciplinaria Máximo de 60 días por afección por año calendario	10%
Servicios anticonceptivos para mujeres, planificación familiar y esterilización	0%, no se aplica el Deducible
Esterilización masculina	10%
Maternidad (Embarazo y parto)/Complicaciones del embarazo Visita inicial para confirmar el Embarazo Médico primario (PCP) Especialista NOTA: si se aplica un Copago por visitas al OB/GYN: Si Su médico aparece como PCP en el directorio de proveedores, Usted o el Miembro de su familia pagará un Copago de PCP. Si su médico aparece como especialista, Usted o el Miembro de su familia pagará el Copago de especialista.	Copago de $10 por visita, no se aplica el Deducible Copago de $25 por visita, no se aplica el Deducible
Todas las Visitas prenatales siguientes, las Visitas postnatales y los Cargos de parto del médico (es decir, tarifa total por maternidad)	10%
Visitas al consultorio del médico además de la tarifa global por maternidad Médico primario (PCP) Especialista	Copago de $10 por visita, no se aplica el Deducible Copago de $25 por visita, no se aplica el Deducible
Parto: Instalación (Hospital para pacientes internados, Centro de maternidad)	10%
Servicios de instalaciones para pacientes en consulta externa que incluyen Instalaciones de diagnóstico e instalaciones quirúrgicas independientes para pacientes en consulta externa, e Instalaciones hospitalarias para pacientes en consulta externa	10%

INFORMACIÓN SOBRE EL BENEFICIO Nota: Los Servicios cubiertos se encuentran sujetos al Deducible anual y a cualquier deducible adicional que resulte aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.	PROVEEDOR DENTRO DE LA RED (Basado en la Tarifa negociada) USTED PAGA:
Imágenes radiológicas avanzadas (incluye resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés), angiografía por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), tomografía axial computarizada (CAT, por sus siglas en inglés), tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés) y Medicina nuclear) Cargos de la instalación y de interpretación	10%
Todos los demás Servicios de laboratorio y radiología Cargos de la instalación y de interpretación	
Consultorio del médico	10%
Centro independiente de radiografías y/o laboratorio	10%
Servicios de laboratorio o radiografías en hospital para pacientes en consulta externa	10%
Servicios de rehabilitación a corto plazo Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla Máximo de 20 visitas por cada terapia por Persona asegurada, por año calendario **<u>Nota: El máximo no se aplica a servicios para tratamiento de Trastornos de espectro autista</u>**	10%
Terapias de rehabilitación para Personas aseguradas con defectos congénitos y anomalías de nacimiento Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla Máximo de 20 visitas por cada terapia por Persona asegurada, por año calendario.	10%
Servicios de habilitación Máximo de 20 visitas por cada terapia, por Persona asegurada, por año calendario.	10%
Servicios de audición Exámenes y pruebas de audición Servicios y suministros de audición Aparatos auditivos (límite de 1 par por hijo hasta los 18 años cada 3 Años)	10%
Atención dental (que no sea pediátrica) Tratamiento de lesiones accidentales de los dientes naturales en el término de 6 meses de producida la lesión accidental	10%
Anestesia para procedimientos dentales	10%

INFORMACIÓN SOBRE EL BENEFICIO Nota: Los Servicios cubiertos se encuentran sujetos al Deducible anual y a cualquier deducible adicional que resulte aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.	PROVEEDOR DENTRO DE LA RED (Basado en la Tarifa negociada) USTED PAGA:
Rehabilitación cardíaca y pulmonar	10%
Servicios quiroprácticos Máximo de 20 visitas por Persona asegurada, por Año calendario	10%
Tratamiento de la Disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ/TMD, por sus siglas en inglés)	10%
Alimentos médicos para tratar trastornos metabólicos hereditarios	10%
Fórmula a base de aminoácidos para tratar el trastorno gastrointestinal eosinofílico	10%
Trastornos de espectro autista (consulte la sección "**Beneficios/Cobertura (Conceptos cubiertos)**" para obtener información específica sobre qué servicios están cubiertos)	10%
Servicios para pacientes internados en Otros centros médicos Incluye Instalaciones de enfermería especializada, Hospital de rehabilitación e Instalación de cuidados subagudos Máximo de 100 días por Persona asegurada, por año calendario, combinado para todas las instalaciones enumeradas.	10%
Servicios de salud en el hogar Máximo de 28 horas por semana	10%
Equipo médico duradero	10%
Dispositivos ortopédicos	10%
Equipos y suministros para la lactancia **Nota:** **Incluye el alquiler de un sacaleches por nacimiento según lo indique o recete un médico. Incluye los suministros relacionados.**	0%, no se aplica el Deducible
Dispositivos protésicos externos	10%, no se aplica el Deducible
Aparatos ortopédicos	10%
Hospicio Atención en el hogar de rutina	10% 10%

INFORMACIÓN SOBRE EL BENEFICIO Nota: Los Servicios cubiertos se encuentran sujetos al Deducible anual y a cualquier deducible adicional que resulte aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.	PROVEEDOR DENTRO DE LA RED (Basado en la Tarifa negociada) USTED PAGA:
Pacientes internados Pacientes en consulta externa	10%
Diálisis Pacientes internados Pacientes en consulta externa	 Se aplica el beneficio de Servicios hospitalarios para pacientes internados 10%
Trastornos nerviosos mentales, emocionales o funcionales (incluidos enfermedades o trastornos mentales de naturaleza biológica) y de consumo de sustancias Pacientes internados (incluye Tratamiento agudo y residencial) Pacientes en consulta externa (incluye terapia individual, terapia grupal y servicios intensivos para pacientes en consulta externa y hospitalización parcial) Visitas al consultorio Todos los demás servicios para pacientes en consulta externa	 10% Copago de $25 por visita, no se aplica el Deducible 10%
Dejar de fumar **Tratamiento médico** (Los Medicamentos que requieren receta médica para el tratamiento para dejar de fumar están cubiertos en virtud del beneficio de Medicamentos que requieren receta médica)	10%
Trasplantes de órganos y tejidos (consulte el detalle de beneficios en la sección "**Beneficios/Cobertura (Conceptos cubiertos)"** para conocer los procedimientos cubiertos y otros límites a los beneficios que puedan aplicarse). Instalación de Cigna LIFESOURCE Transplant Network® Beneficio de viaje (disponible únicamente a través de una Instalación de Cigna Lifesource Transplant Network®) Pago máximo de por vida del beneficio de viaje de $10,000 Otra instalación de la red de Cigna	 0% 10% 10%

INFORMACIÓN SOBRE EL BENEFICIO Nota: Los Servicios cubiertos se encuentran sujetos al Deducible anual y a cualquier deducible adicional que resulte aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.	PROVEEDOR DENTRO DE LA RED (Basado en la Tarifa negociada) USTED PAGA:
Infertilidad **(consulte la sección "Beneficios/Cobertura (Conceptos cubiertos)" para obtener información específica sobre qué servicios están cubiertos y límites a los beneficios que puedan aplicarse)** **Pacientes internados** **Pacientes en consulta externa**	Se aplica el beneficio de Servicios hospitalarios para pacientes internados 10%
Cirugía bariátrica (Sujeta a la necesidad médica) **Pacientes internados** **Pacientes en consulta externa**	Se aplica el beneficio de Servicios hospitalarios para pacientes internados 10%
Medicamentos de especialidad para infusión e inyectables que requieren receta médica y servicios o suministros relacionados administrados por un profesional médico en un consultorio o instalación para pacientes en consulta externa.	10%

PROGRAMA DE BENEFICIOS DE SERVICIOS DE EMERGENCIA

INFORMACIÓN SOBRE EL BENEFICIO Nota: Los Servicios cubiertos se encuentran sujetos al Deducible anual y a cualquier deducible adicional que resulte aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.	PROVEEDOR DENTRO DE LA RED (Basado en la Tarifa negociada) USTED PAGA:	PROVEEDOR FUERA DE LA RED (Según la Cantidad máxima reembolsable) USTED PAGA:
Beneficios de Servicios de emergencia **Nota: Este Plan cubre Servicios de emergencia de Proveedores dentro de la red y fuera de la red como se indica:**		
Servicios de emergencia - Sala de emergencias del hospital	10%	Nivel de beneficios Dentro de la red para una Afección médica de emergencia; de lo contrario, No tiene cobertura
Servicios de atención de urgencia	Copago de $75 por visita, no se aplica el Deducible	Nivel de beneficios Dentro de la red para una Afección médica de emergencia; de lo contrario, No tiene cobertura
Servicios de ambulancia (Transporte de emergencia si la afección requiere el uso de servicios médicos que solo una ambulancia con licencia puede proporcionar).		
Transporte de emergencia	10% para transporte Terrestre o Aéreo	Nivel de beneficios Dentro de la red para una Afección médica de emergencia; de lo contrario, No tiene cobertura
Transporte que no sea de emergencia	No tiene cobertura	No tiene cobertura
Servicios hospitalarios para pacientes internados (para admisión de emergencia en un Hospital de atención aguda) Cargos de instalaciones hospitalarias	10%	Nivel de beneficios Dentro de la red hasta que pueda transferirse a un Hospital Dentro de la red; si no se lo transfiere, No tiene cobertura
Servicios profesionales	10%	Nivel de beneficios Dentro de la red hasta que pueda transferirse a un Hospital Dentro de la red; si no se lo transfiere, No tiene cobertura

PROGRAMA DE BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA

INFORMACIÓN SOBRE EL BENEFICIO	FARMACIA MINORISTA USTED PAGA	FARMACIA CON ENTREGA A DOMICILIO DE CIGNA USTED PAGA
	LAS CANTIDADES QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN SON SU RESPONSABILIDAD UNA VEZ QUE SE HA CUMPLIDO CON CUALQUIER DEDUCIBLE APLICABLE	
Beneficios de medicamentos que requieren receta médica		
En caso de que Usted solicite un medicamento de Marca que tenga un equivalente Genérico, Usted deberá pagar la diferencia de costo entre el medicamento de Marca y el medicamento Genérico, más el Copago o Co-seguro del genérico que se indica en el Programa de Beneficios		
Deducible para Medicamentos que requieren receta médica	Deducible integrado médico y para medicamentos que requieren receta médica	
	Programa de medicamentos de farmacia minorista de Cigna USTED PAGA POR RECETA O RENOVACIÓN:	**Programa de medicamentos de farmacia de pedido por correo de Cigna** USTED PAGA POR RECETA O RENOVACIÓN:
Nivel 1: Genérico preferido	Copago de $5, no se aplica el Deducible, por Receta o renovación (Hasta un suministro máximo para 90 días para planes de Copago, Usted paga un Copago por cada suministro para 30 días).	Copago de $12, no se aplica el Deducible, por Receta o renovación (Hasta un suministro máximo para 90 días)
Nivel 2: Genérico no preferido	Copago de $10, no se aplica el Deducible, por Receta o renovación (Hasta un suministro máximo para 90 días para planes de Copago, Usted paga un Copago por cada suministro para 30 días).	Copago de $25, no se aplica el Deducible, por Receta o renovación (Hasta un suministro máximo para 90 días)
Nivel 3: Marca preferida	Copago de $50, no se aplica el Deducible, por Receta o renovación (Hasta un suministro máximo para 90 días)	Copago de $125, no se aplica el Deducible, por Receta o renovación (Hasta un suministro máximo para 90 días)
Nivel 4: Marca no preferida	50% por Receta o renovación (Hasta un suministro máximo para 90 días)	50% por Receta o renovación (Hasta un suministro máximo para 90 días)
Nivel 5: Medicamentos de especialidad genéricos y de marca que cumplen los criterios de medicamentos de especialidad	40% por Receta o renovación (Hasta un suministro máximo para 30 días)	30% por Receta o renovación (Hasta un suministro máximo para 30 días)
Medicamentos preventivos independientemente del Nivel Medicamentos designados como Preventivos en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010 (incluidos anticonceptivos para mujeres) que: • Están recetados por un Médico • Son Genéricos o de Marca sin alternativa genérica	0%, no se aplica el Deducible, por Receta o renovación (Hasta un suministro máximo para 90 días)	0%, no se aplica el Deducible, por Receta o renovación (Hasta un suministro máximo para 90 días)

Cigna Health and Life Insurance Company puede modificar las primas de esta Póliza mediante notificación cursada por escrito a la Persona asegurada con 60 días de anticipación. No obstante, no modificaremos la tabla de primas de esta Póliza en forma individual, sino para todas las Personas aseguradas de la misma clase que estén cubiertas en virtud del mismo plan que Usted.

Cigna Health and Life Insurance Company ("Cigna")
Cigna Connect Flex Silver 3000-150 Plan

Si desea cancelar la cobertura o tiene preguntas

Si por algún motivo no está satisfecho con los términos de esta Póliza, podrá enviarla de vuelta dentro de los 10 días de haberla recibido. En ese caso, cancelaremos Su cobertura a partir de la Fecha de vigencia original y le reembolsaremos de inmediato cualquier prima que haya pagado. A partir de ese momento, esta Póliza será nula. Si desea comunicarse con Nosotros por este o cualquier otro motivo, escríbanos a:

Cigna
Individual Services
P.O. Box 30365
Tampa, FL 33630-3365

Incluya Su número de identificación de Cigna en la correspondencia. Este número se encuentra en Su tarjeta de identificación de Cigna.

¡ES POSIBLE QUE ESTA PÓLIZA NO SE APLIQUE CUANDO TENGA UN RECLAMO! ¡LEA ESTE AVISO! La presente Póliza fue emitida para Usted por Cigna Health and Life Insurance Company (en este documento denominada Cigna) sobre la base de la información que Usted proporcionó en Su solicitud, cuya copia se adjunta a la Póliza. Si tiene conocimiento de que Su solicitud contiene información incorrecta, debe avisar a la Compañía de inmediato acerca de la información incorrecta; de lo contrario, es posible que Su Póliza no sea un contrato válido.

ÉSTA NO ES UNA PÓLIZA COMPLEMENTARIA DE MEDICARE Y NO DUPLICARÁ LOS BENEFICIOS DE MEDICARE.

Renovación garantizada

Esta Póliza brinda cobertura médica mensual o trimestral siempre que la Persona asegurada continúe efectuando los pagos correspondientes. Cigna renovará esta Póliza salvo por los supuestos específicos previstos en ella. **La cobertura en virtud de esta Póliza entrará en vigencia a las 12:01 a.m., hora del Este, de la Fecha de vigencia que figura en la página de especificaciones de la Póliza.**

Firmado en nombre de Cigna por:

Matthew G. Manders, President

Anna Krishtul, Secretaria Corporativa

CONTÁCTENOS

Puede comunicarse con Cigna llamando al número de teléfono que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación, o al 1-800-Cigna24.

También puede comunicarse con Cigna en:

Cigna
Individual Services
P.O. Box 30365
Tampa, FL 33630-3365

También puede obtener información en www.mycigna.com, entre otras cosas:

- Buscar proveedores participantes en Su área
- Ver saldos de Su Deducible y del Desembolso máximo
- Imprimir una tarjeta de identificación
- Ver Su historial de reclamos

AVISOS IMPORTANTES

Acceso directo a obstetras y ginecólogos

No se necesita autorización previa del plan ni de ninguna otra persona (como así tampoco de un médico primario) para acceder a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de atención médica de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de servicios de 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 servicios de salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, visite www.mycigna.com o comuníquese con Servicio al cliente al número de teléfono que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

Selección de un Médico primario

Este plan puede requerir o permitir que se designe un médico primario. Usted tiene derecho a designar cualquier médico primario que participe en la red y se encuentre disponible para aceptarle a usted o a los miembros de su familia. Si su plan requiere la designación de un médico primario, Cigna podrá designarle uno hasta tanto usted haga su elección. Para obtener información sobre cómo seleccionar un médico primario y acceder a una lista de los médicos primarios participantes, visite www.mycigna.com o comuníquese con Servicio al cliente al número de teléfono que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

Para sus hijos, puede designar a un pediatra como el proveedor primario.

Índice

PROGRAMA DE BENEFICIOS (QUIÉN PAGA CADA CONCEPTO) **1**

PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS 1
PROGRAMA DE BENEFICIOS DE SERVICIOS DE EMERGENCIA 9
PROGRAMA DE BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA 10

CUBIERTA (PORTADA) **11**

CONTÁCTENOS **12**

ÍNDICE **14**

QUIÉNES PUEDEN PARTICIPAR **16**

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD 16
¿CUÁNDO PUEDO PRESENTAR LA SOLICITUD? 17

CÓMO ACCEDER A SUS SERVICIOS Y OBTENER APROBACIÓN DE LOS BENEFICIOS **19**

ACERCA DE ESTA PÓLIZA 19
ESTE ES UN PLAN DENTRO DE LA RED ÚNICAMENTE 19
ELECCIÓN DE UN MÉDICO PRIMARIO 20
CAMBIO DE MÉDICO PRIMARIO 20
SI SU PCP ABANDONA LA RED 20
REFERENCIAS A ESPECIALISTAS 20
EXCEPCIONES AL PROCESO DE REFERENCIAS: 20
REFERENCIA PERMANENTE A UN ESPECIALISTA 21
EXCEPCIÓN A LA RED 21
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN 21
NOTA RESPECTO DE LAS CUENTAS DE AHORROS PARA LA SALUD 22
PROGRAMA DE AUTORIZACIÓN PREVIA 22
CÓMO FUNCIONA EL PLAN 24
DEDUCIBLES 24
DESEMBOLSOS MÁXIMOS 24
MULTAS 24
PROCESO DE EXCEPCIÓN PARA FORMULARIOS DE 25
FARMACIA/AUTORIZACIÓN PREVIA – COBERTURA DE MEDICAMENTOS NUEVOS 25
PROCESO DE EXCEPCIÓN PARA FORMULARIOS DE FARMACIA/AUTORIZACIÓN PREVIA 25

BENEFICIOS/COBERTURA (CONCEPTOS CUBIERTOS) **27**

BENEFICIOS MÉDICOS (POR ORDEN ALFABÉTICO) 27
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA 43
BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE LA VISTA PEDIÁTRICA 44

LIMITACIONES/EXCLUSIONES (LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO) **46**

SERVICIOS EXCLUIDOS 46
EXCLUSIONES DE BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA 50
LIMITACIONES DE BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA 51
EXCLUSIONES DE BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE LA VISTA PEDIÁTRICA 51
LIMITACIONES DE BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE LA VISTA PEDIÁTRICA 52

RESPONSABILIDAD DE PAGO DE LOS MIEMBROS **53**

PROGRAMA DE BENEFICIOS 53
HOSPITALES PARTICIPANTES, MÉDICOS PARTICIPANTES Y OTROS PROVEEDORES PARTICIPANTES 53
CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES 53
DISPOSICIONES GENERALES 53
PAGOS DE FARMACIA 54

PROCEDIMIENTO DE RECLAMOS (CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO) **55**

RECLAMOS MÉDICOS 55
PROCEDIMIENTOS PARA LA DETERMINACIÓN DE RECLAMOS EN VIRTUD DE LA LEY FEDERAL (ES POSIBLE QUE LAS DISPOSICIONES DE LAS LEYES DE COLORADO LOS REEMPLACEN) 57
RECLAMOS PARA MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA 59
RECLAMOS DE ATENCIÓN DE LA VISTA PEDIÁTRICA 59

DISPOSICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA 61

RESPONSABILIDAD DE TERCEROS 61
DISPOSICIÓN SOBRE CONTENCIÓN DE COSTOS ALTERNATIVA 61
OTRO SEGURO CON ESTA ASEGURADORA 61
PERSONAS QUE CUMPLEN CON LOS REQUISITOS PARA RECIBIR COBERTURA EN VIRTUD DE MEDICARE 62
TÉRMINOS DE LA PÓLIZA 62

FINALIZACIÓN/NO RENOVACIÓN/CONTINUACIÓN 66

CAUSAS ESPECÍFICAS QUE IMPIDEN CUMPLIR CON LOS REQUISITOS PARA RECIBIR COBERTURA: 66
CANCELACIÓN 66
CONTINUACIÓN 67

APELACIONES Y QUEJAS 68

SI TIENE UNA QUEJA O APELACIÓN POR DETERMINACIÓN ADVERSA 68
PROCEDIMIENTO DE APELACIÓN 68
PROCESO DE REVISIÓN EXTERNA ESTÁNDAR PARA DECISIONES ADVERSAS SOBRE NECESIDAD MÉDICA 69
PROCESO DE REVISIÓN EXTERNA ACELERADA PARA DECISIONES ADVERSAS SOBRE NECESIDAD MÉDICA 71
APELACIÓN ANTE EL ESTADO DE COLORADO 71
NOTIFICACIÓN DE DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS EN CASO DE APELACIÓN 72
INFORMACIÓN RELEVANTE 72

INFORMACIÓN SOBRE CAMBIOS EN LA PÓLIZA Y EN LAS TARIFAS 73

PRIMAS 73

DEFINICIONES 74

QUIÉNES PUEDEN PARTICIPAR

Requisitos de elegibilidad

La presente Póliza es para residentes del estado de Colorado. El Titular de la póliza deberá notificarnos acerca de todos los cambios que puedan incidir en el hecho de que cualquier Persona asegurada cumpla o no con los requisitos de la presente Póliza.

Usted cumplirá con los requisitos para recibir cobertura en virtud de esta Póliza, si al momento de la solicitud:

- Es ciudadano estadounidense o tiene nacionalidad estadounidense, o no es ciudadano pero está en los EE. UU. en forma legal, y se prevé razonablemente que sea ciudadano, tenga la nacionalidad o no sea ciudadano pero tenga presencia legal durante todo el período para el cual se procura la inscripción; y
- Es residente del estado de CO; y
- Vive en el Área de cobertura en la que Usted está presentando la solicitud, y tiene intenciones de continuar viviendo allí durante todo el período para el cual se procura la inscripción; y
- No está en prisión, salvo prisión preventiva hasta la resolución de los cargos;
- Usted no reside en una Institución; y
- Usted ha presentado una solicitud de cobertura completada y firmada, y Nosotros la hemos aceptado por escrito.

Otras Personas aseguradas pueden incluir a los siguientes Miembros de su familia:

- Su cónyuge legal, incluida una pareja en una unión civil, que viva en el Área de servicio.
- Sus hijos que vivan en el Área de servicio y no hayan cumplido 26 años.
- Sus hijastros que vivan en el Área de servicio y no hayan cumplido 26 años.
- Sus propios hijos o los de Su cónyuge, independientemente de la edad, que vivan en el Área de servicio y sean dependientes del Asegurado para su manutención debido a una incapacidad intelectual o física continua médicamente certificada. Cigna exigirá que se presente un comprobante por escrito de dicha incapacidad y dependencia. Periódicamente, con posterioridad, pero con una frecuencia no mayor a la anual, Cigna puede requerir que se presente un comprobante por escrito de dicha incapacidad o dependencia.
- Sus hijos Recién nacidos y los hijos Recién nacidos de Su cónyuge estarán automáticamente cubiertos durante los primeros 31 días de vida. Para que el niño continúe teniendo cobertura después de ese tiempo, Usted debe inscribirlo como un Miembro de su familia asegurado solicitando a Cigna su inscripción como dependiente en el término de 61 días a partir de la fecha de nacimiento y pagando las primas adicionales que sean necesarias. La cobertura para un hijo dependiente recién nacido inscrito en el término de 61 días del nacimiento será retroactiva a la fecha de nacimiento del niño.
- Los hijos adoptados, incluidos los que se encuentren en tutela para la adopción, estarán automáticamente cubiertos durante 31 días a partir de la fecha de adopción o del inicio de un juicio de adopción. Para que el niño continúe teniendo cobertura después de ese tiempo, Usted debe inscribirlo como un Miembro de su familia asegurado solicitando a Cigna su inscripción como dependiente en el término de 61 días a partir de la fecha de adopción y pagando las primas adicionales que sean necesarias. La cobertura para un hijo dependiente adoptado inscrito en el término de 61 días de la adopción será retroactiva a la fecha de tutela para la adopción del niño, el inicio de un juicio de adopción o después de la fecha en que lo haya recibido en tutela para la adopción y pagando las primas adicionales que sean necesarias.
- Un niño que usted haya recibido en guarda estará automáticamente cubierto durante 31 días a partir de la fecha en que lo haya recibido en guarda. Para que el niño continúe teniendo cobertura después de ese tiempo, Usted debe inscribirlo como un Miembro de su familia asegurado solicitando a Cigna su inscripción como dependiente en el término de 61 días a partir de la fecha en que lo reciba en guarda y pagando las primas adicionales que sean necesarias. La cobertura para un niño que haya recibido en guarda inscrito en el término de 61 días de que usted lo haya recibido en guarda será retroactiva a la fecha en que haya recibido inicialmente al niño en guarda y pagando las primas adicionales que sean necesarias.
- Si un tribunal resuelve que un Asegurado debe brindar cobertura a un hijo que cumple con los requisitos (según se definió anteriormente), la cobertura será automática durante los primeros 31 días a partir de la fecha en que se dicte dicha orden judicial. Para que el niño continúe teniendo cobertura después de ese tiempo, Usted debe inscribirlo como un Miembro de su familia asegurado solicitando a Cigna su inscripción como dependiente en el término de 61 días a partir de la fecha de la orden judicial y pagando las primas adicionales que sean necesarias. La cobertura ordenada judicialmente para un hijo dependiente inscrito en el término de 61 días de la orden judicial será retroactiva a la fecha de la orden judicial.

¿Cuándo puedo presentar la solicitud?

Solicitud para inscribirse o cambiar de cobertura
La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010 (PPACA, por sus siglas en inglés) especifica que una persona que cumple con los requisitos debe inscribirse en la cobertura o cambiar de planes durante el Período de inscripción abierta anual. Las personas que no se inscriben o no cambian de planes durante el Período de inscripción abierta anual deben esperar hasta el siguiente Período de inscripción abierta anual para inscribirse en un plan o cambiar de planes. Sin embargo, si se produce un hecho habilitante, como se describe a continuación, en la vida de una persona, el hecho habilitante da comienzo a un Período de inscripción especial de 60 días durante el cual una persona que cumple con los requisitos puede inscribirse y una Persona asegurada puede agregar dependientes y cambiar de cobertura.
El Período de inscripción abierta anual y el Período de inscripción especial se explican a continuación.

Período de inscripción abierta anual
El Período de inscripción abierta anual es un período especificado, indicado en virtud de las leyes federales y de Colorado, cada Año durante el cual las personas que cumplen con los requisitos según lo descrito anteriormente pueden solicitar inscribirse en una cobertura o cambiar de cobertura de un plan a otro.

Para inscribirse en la cobertura en virtud de este Plan, Usted debe presentar una solicitud de cobertura completada y firmada en virtud de esta Póliza para Usted mismo y cualquier Dependiente que cumpla con los requisitos, y Nosotros debemos recibir esa solicitud durante el Período de inscripción abierta anual.

Su cobertura en virtud de esta Póliza entrará en vigor el primer día permitido en virtud de las normas federales para el Período de inscripción abierta anual de ese Año. **Nota: Si Usted no solicita obtener o cambiar de cobertura durante el Período de inscripción abierta anual, no podrá volver a solicitarlo hasta el siguiente Período de inscripción abierta anual**, a menos que reúna los requisitos para un período de inscripción especial como se describe a continuación.

Períodos de inscripción especial

Un período de inscripción especial ocurre cuando se produce un hecho habilitante en la vida de una persona.

Cuando a Usted se le notifica o toma conocimiento de un hecho habilitante que ocurrirá en el futuro, puede solicitar la inscripción en un nuevo plan de beneficios de salud durante los sesenta (60) días calendario anteriores a la fecha de vigencia del hecho habilitante, y la cobertura comenzará no antes del día en que se produzca el hecho habilitante para evitar una brecha en la cobertura. Usted debe poder proporcionar documentación por escrito para respaldar la fecha de vigencia del hecho habilitante al momento de la solicitud.

Si se produce uno de los hechos habilitantes indicados a continuación en su vida, puede inscribirse en la cobertura e inscribir a Su(s) Dependiente(s) que cumpla(n) con los requisitos durante un período de inscripción especial en lugar de esperar al siguiente Período de inscripción abierta anual.

Los hechos habilitantes para un período de inscripción especial son los siguientes:

Un período de inscripción especial ocurre cuando se produce un hecho habilitante, como la pérdida de cobertura o la incorporación de un dependiente, en la vida de una persona inscrita en un plan de salud calificado, según la definición de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010 (PPACA). Si Usted está cubierto en virtud de un plan de salud calificado, y se produce uno de los hechos habilitantes descritos a continuación en su vida, puede inscribirse en una cobertura durante un período de inscripción especial en lugar de esperar al siguiente Período de inscripción abierta anual. Los hechos habilitantes para un período de inscripción especial son los siguientes:

- Una persona que cumple con los requisitos pierde involuntariamente la cobertura acreditable existente por cualquier motivo que no sea fraude, tergiversación o falta de pago de una prima.
- Una persona que cumple con los requisitos, y cualquier dependiente, pierde su cobertura esencial mínima; o
- Una persona que cumple con los requisitos y su(s) dependiente(s) pierden la cobertura de un plan de salud patrocinado por el empleador debido a la finalización voluntaria o involuntaria de la relación laboral por motivos que no sean una falta de conducta o debido a la reducción de las horas de trabajo; o
- Una persona que cumple con los requisitos incorpora a un dependiente o se convierte en dependiente por matrimonio, unión civil, nacimiento, adopción, tutela para la adopción o guarda o mediante la celebración de un acuerdo de designación de beneficiario de conformidad con la ley de Colorado.

- Un cónyuge o hijo dependiente que cumple con los requisitos pierde la cobertura en virtud de un plan de salud patrocinado por el empleador debido a un divorcio o una separación legal, o porque su cónyuge o padre adquiere el derecho de recibir Medicare, o debido a la muerte de su cónyuge o padre; o
- Una persona que cumple con los requisitos pierde su condición de hijo dependiente en virtud de un plan de salud patrocinado por el empleador de uno de sus padres; o
- Un padre o tutor legal cancela la inscripción de un dependiente, o un dependiente deja de cumplir con los requisitos para el Plan de salud infantil básico;
- Una persona deja de cumplir con los requisitos en virtud de la Ley de Asistencia Médica de Colorado;
- Una persona que anteriormente no era ciudadana, no tenía la nacionalidad o no era una persona con presencia legal adquirió dicho estado; o
- La inscripción o falta de inscripción en un plan de salud calificado de una persona que cumple con los requisitos no es intencional, es involuntaria o errónea y resultado del error, tergiversación o inacción de parte nuestra, de un productor o un funcionario, empleado o agente del Mercado estatal, o del Departamento de Servicios Humanos y de Salud (HHS, por sus siglas en inglés), o sus dependencias según lo determinado por el Mercado. En dichos casos, el Mercado puede tomar la medida que sea necesaria para corregir o eliminar los efectos de dicho error, tergiversación o acción; o
- Una persona que cumple con los requisitos demuestra adecuadamente al Mercado o al Comisionado de seguros de Colorado que el plan de salud calificado en el que está inscrito violó sustancialmente una disposición esencial de su contrato en relación con esa persona; o
- Se determina que una persona que cumple con los requisitos empieza a cumplir o ha dejado de cumplir recientemente con los requisitos para recibir pagos adelantados del crédito fiscal por las primas o experimenta un cambio en el cumplimiento de los requisitos para las reducciones en los costos compartidos, independientemente de que dicha persona ya esté inscrita en un plan de salud calificado. El Mercado debe permitir que las personas cuya cobertura existente a través de un plan patrocinado por el empleador que cumple con los requisitos dejará de ser asequible o de proporcionar valor mínimo para el siguiente año del plan de su empleador tenga acceso a este período de inscripción especial antes de que finalice su cobertura a través de dicho plan patrocinado por el empleador que cumple con los requisitos; o
- Una persona que cumple con los requisitos accede a nuevos planes de salud calificados como resultado de una mudanza permanente (incluida una mudanza fuera del área de servicio del plan actual de la persona); o
- Un Indígena, según la definición del artículo 4 de la Ley de Mejoramiento de la Atención Médica de la Población Indígena, puede inscribirse en un plan de salud calificado o cambiar de un plan de salud calificado a otro una vez por mes (no se aplica a Planes “fuera del mercado”, es decir, cuando Usted no compró Su plan en un mercado estatal).
- Una persona que cumple con los requisitos o persona inscrita demuestra al Mercado, de conformidad con las pautas emitidas por el HHS, que cumple con otras circunstancias extraordinarias que el Mercado puede disponer.

Los hechos habilitantes no incluyen la pérdida de cobertura por falta de pago de las primas en forma oportuna, incluidas las primas de COBRA antes del vencimiento de la cobertura en virtud de COBRA; ni las situaciones que justifiquen una rescisión según lo establecido en 45 CFR 147.128.

El período de inscripción especial comienza en la fecha en que se produce el hecho habilitante, y finaliza el día 61 tras el hecho habilitante. Las fechas de vigencia de la cobertura de las personas que se inscriben durante un período de inscripción especial se determinarán de la siguiente manera:

- En caso de nacimiento, adopción o tutela para la adopción, la fecha de vigencia será la fecha de nacimiento, adopción o tutela para la adopción;
- En caso de matrimonio o en caso de que una persona calificada pierda la cobertura esencial mínima, la cobertura entra en vigencia el primer día del mes siguiente;

Para todos los demás hechos habilitantes, las fechas de vigencia son las siguientes:

- En el caso de una solicitud presentada entre el día 1 y el día 15 de cualquier mes, la fecha de vigencia de la cobertura será el primer día del mes siguiente;
- En el caso de una solicitud presentada entre el día 16 y el último día del mes, la fecha de vigencia de la cobertura será el primer día del segundo mes siguiente.

CÓMO ACCEDER A SUS SERVICIOS Y OBTENER APROBACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Acerca de esta Póliza

Su cobertura médica se brinda en virtud de una Póliza emitida por Cigna Health and Life Insurance Company ("Cigna"). Esta Póliza constituye un contrato legal entre Usted y Nosotros.

En virtud de esta Póliza, "Nosotros", "Nos" y "Nuestro" se refieren a Cigna. "Usted" o "Su" se refieren al Titular de la póliza cuya solicitud haya sido aceptada por Nosotros en virtud de la Póliza emitida. Cuando en la presente Póliza utilicemos el término "Persona asegurada", nos referiremos a Usted y a cualquier Miembro de su familia que cumpla con los requisitos y se encuentre cubierto en virtud de esta Póliza. La cobertura de esta Póliza se extiende a Usted y a todos los Miembros de su familia que se encuentran mencionados en la página de especificaciones de la Póliza.

Los beneficios de la presente Póliza se brindan únicamente para los servicios que se consideren Médicamente necesarios conforme se define en esta Póliza, siempre que a la Persona asegurada le correspondan tales beneficios. El hecho de que un Médico recete o indique un servicio no significa, de por sí, que el servicio sea Médicamente necesario o que sea un Servicio cubierto. Consulte la presente Póliza o llámenos al número que figura en Su tarjeta de identificación de Cigna si tiene alguna pregunta respecto de la cobertura de los servicios.

Esta Póliza contiene muchos términos importantes (tales como "Médicamente necesario" y "Servicio cubierto") que se encuentran definidos en la sección titulada "Definiciones". Antes de leer la totalidad de la Póliza, asegúrese de comprender el significado de estos términos en el contexto de esta Póliza.

Le brindamos cobertura en virtud de esta Póliza en función de las respuestas que Usted y los Miembros de su familia proporcionaron en Su solicitud individual firmada. En contraprestación por el pago de las primas que se establecen en esta Póliza, les brindaremos a Usted y a los Miembros de su familia que tengan cobertura en virtud de la Póliza los servicios y beneficios que aquí se enumeran.

SI, EN EL TÉRMINO DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE VIGENCIA DE SU PARTICIPACIÓN EN LA PÓLIZA, DESCUBRIMOS UN ACTO FRAUDULENTO O LA TERGIVERSACIÓN INTENCIONAL DE INFORMACIÓN SUSTANCIAL EN SU SOLICITUD, PODREMOS RESCINDIR LA PRESENTE COBERTURA A PARTIR DE LA FECHA DE VIGENCIA ORIGINAL. ADEMÁS, SI EN EL TÉRMINO DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA INCORPORACIÓN DE NUEVOS MIEMBROS DE SU FAMILIA (SALVO HIJOS RECIÉN NACIDOS DE LA PERSONA ASEGURADA INCORPORADOS DENTRO DE LOS 61 DÍAS DEL NACIMIENTO), DESCUBRIMOS UN ACTO FRAUDULENTO O LA TERGIVERSACIÓN INTENCIONAL DE INFORMACIÓN SUSTANCIAL EN SU SOLICITUD, PODREMOS RESCINDIR LA COBERTURA PARA LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA ADICIONALES DESDE LA FECHA DE VIGENCIA ORIGINAL DE LA COBERTURA DE DICHAS PERSONAS. EN EL CASO DE QUE RESCINDAMOS SU COBERTURA, SE LO NOTIFICAREMOS CON 60 DÍAS DE ANTICIPACIÓN Y LE REEMBOLSAREMOS TODAS LAS PRIMAS QUE HAYA PAGADO POR SU PÓLIZA, MENOS LA CANTIDAD CORRESPONDIENTE A CUALQUIER RECLAMO PAGADO POR CIGNA. LA RESCISIÓN DE SU COBERTURA TENDRÁ COMO CONSECUENCIA LA DENEGACIÓN DE TODOS LOS RECLAMOS QUE SE ENCUENTREN PENDIENTES Y, EN EL CASO DE QUE LOS PAGOS DE RECLAMOS SUPEREN EL TOTAL DE LAS PRIMAS PAGADAS, LOS RECLAMOS PAGADOS ANTERIORMENTE POR CIGNA SE RECHAZARÁN EN FORMA RETROACTIVA, LO CUAL LE OBLIGARÁ A USTED A PAGAR AL PROVEEDOR LA TOTALIDAD DE LOS SERVICIOS BRINDADOS A LA TARIFA QUE FACTURA HABITUALMENTE EL PROVEEDOR, NO A LA TARIFA NEGOCIADA POR CIGNA.

ELECCIÓN DEL HOSPITAL Y DEL MÉDICO: El contenido de la presente Póliza no restringirá ni afectará en modo alguno el derecho de una Persona asegurada a seleccionar el Hospital o el Médico de su preferencia. Sin embargo, los servicios que no sean de emergencia proporcionados por un Proveedor no participante no están cubiertos por este Plan.

ESTE ES UN PLAN DENTRO DE LA RED ÚNICAMENTE

Esto significa que este Plan no brinda beneficios para ningún servicio que Usted reciba de un Proveedor fuera de la red, salvo:

- Servicios para Estabilización y tratamiento inicial de una Emergencia médica, o
- Servicios Médicamente necesarios que no están disponibles a través de un Proveedor dentro de la red.

Los Proveedores dentro de la red incluyen Médicos, Hospitales y otros centros médicos. Consulte el directorio de proveedores, disponible en www.mycigna.com, o llame al número que figura en Su tarjeta de identificación para determinar si un Proveedor está dentro de la red.

Elección de un Médico primario

Cuando Usted se inscribe como Persona asegurada, debe elegir un Médico primario (PCP). Cada Miembro de su familia cubierto también debe elegir un PCP. Si no selecciona un PCP, le asignaremos uno. Si Su PCP deja de ser un Médico participante, Usted podrá elegir un nuevo PCP. Usted puede cambiar voluntariamente Su PCP por otros motivos, pero no más de una vez en cualquier mes calendario. Nos reservamos el derecho de determinar la cantidad de veces durante un Año del plan en que se le permitirá cambiar Su PCP. Si selecciona un nuevo PCP antes del día quince del mes, la designación entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a Su selección. Si selecciona un nuevo PCP el día quince del mes o con posterioridad, la designación entrará en vigencia el primer día del mes siguiente al próximo mes completo. Por ejemplo, si Usted nos notifica el 10 de junio, el cambio entrará en vigencia el 1 de julio. Si Usted nos notifica el 15 de junio, el cambio entrará en vigencia el 1 de agosto.

El PCP que elija puede influir en los especialistas y los centros médicos que pueden brindarle servicios. Es posible que los especialistas entre los que pueda elegir se limiten a aquellos que pertenezcan al grupo médico o a la red de Su PCP, incluida una Red limitada. Por lo tanto, es posible que no tenga acceso a todos los especialistas o Proveedores participantes en su Área de servicio. Antes de seleccionar a un PCP, debe verificar si ese PCP está asociado con el especialista o centro médico que prefiere usar. Si la Referencia no es posible, debe preguntar al especialista o al centro qué PCP puede referirlo a ellos, y luego verificar la información con el PCP antes de hacer su elección.

Cambio de Médico primario

La Persona asegurada puede solicitar el traspaso de un Médico primario a otro, comunicándose con Nosotros por teléfono, al número de Servicio al cliente que figura en la tarjeta de identificación. Dichos traspasos entran en vigor el primer día del mes siguiente al mes en el cual se completa el procesamiento del cambio solicitado.
Además, si en algún momento el Médico primario deja de ser un Proveedor participante, le notificaremos con 30 días de antelación, a fin de que seleccione un nuevo Médico primario, si así lo desea.

Si Su PCP abandona la red

Si Su PCP o Especialista de la red deja de ser un Médico participante, le notificaremos por escrito de su finalización inminente al menos 30 días antes de la fecha en que el PCP abandonará la red y le brindaremos ayuda para seleccionar un nuevo PCP o identificar un nuevo Especialista de la red que continúe prestando los Servicios cubiertos. Si Usted está recibiendo tratamiento de un Proveedor participante al momento en que se rescinde el acuerdo del Proveedor participante, por motivos distintos de incompetencia médica o falta de conducta profesional, es posible que Usted cumpla con los requisitos para recibir atención continua de ese Proveedor.

Referencias a especialistas

Usted debe obtener una Referencia de Su PCP antes de visitar a cualquier Proveedor que no sea su PCP para que la visita esté cubierta. La Referencia autoriza la cantidad específica de visitas que puede hacer a un proveedor dentro de un período especificado. Si Usted recibe tratamiento de un Proveedor que no sea Su PCP sin una Referencia de Su PCP, el tratamiento no está cubierto y Usted será responsable del pago del 100% de los costos asociados.

Excepciones al proceso de Referencias:

Si Usted es una Persona asegurada y es mujer, puede visitar a un Proveedor participante para obtener servicios obstétricos y ginecológicos cubiertos, según se define en “Beneficios/Cobertura (Conceptos cubiertos)” sin una Referencia de Su PCP.

Si Su plan cubre Servicio de telesalud de acceso ampliado, no necesita una referencia de un PCP para visitas electrónicas con un Médico de telesalud de acceso ampliado.

Si Usted es una Persona asegurada menor de 19 años, puede visitar a un Dentista de la red para obtener Beneficios dentales pediátricos o a un Proveedor de atención de la vista de la red para obtener Beneficios de atención de la vista pediátrica sin una Referencia de Su PCP.

No necesita una Referencia de Su PCP para Servicios de emergencia según lo establecido en la sección "Definiciones". En caso de una emergencia, obtenga ayuda de inmediato. Diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano o llame o pida a alguien que llame al 911 o a Su servicio de emergencias local, la policía o al departamento de bomberos para pedir ayuda. Usted no necesita una Referencia de Su PCP para Servicios de emergencia, pero sí debe llamar a Su PCP tan pronto como sea posible para obtener mayor asistencia y asesoramiento sobre la atención de seguimiento.

En caso de emergencia, usted debe buscar atención médica inmediata y luego, tan pronto como sea posible, debe llamar a Su PCP para obtener mayor asistencia y asesoramiento sobre la atención de seguimiento.

En una situación de Atención de urgencia, no se requiere Referencia, pero, cuando sea posible, Usted debe comunicarse con su PCP para obtener instrucciones antes de recibir servicios.

Usted también puede visitar a un Proveedor participante calificado para obtener Servicios de atención de la vista pediátrica y Servicios de atención dental pediátrica cubiertos, según se definen en "Servicios y suministros cubiertos", sin una referencia de Su PCP.

Referencia permanente a un especialista

Usted puede solicitar una referencia permanente a un proveedor distinto de Su PCP cuando se apliquen todas las siguientes condiciones:

1. Está inscrito en la cobertura en virtud de este Plan;
2. Tiene una enfermedad o afección con riesgo de vida, degenerativa, crónica o discapacitante,
3. Su PCP junto con un Especialista de la red determinan que Su atención requiere de los conocimientos de otro Proveedor;
4. Su PCP determina que Su enfermedad o afección requerirá atención médica continua por un período prolongado;
5. La referencia permanente es realizada por Su PCP a un especialista de la red que será responsable de proporcionar y coordinar Su atención especializada; y
6. El especialista de la red está autorizado por Cigna para brindar los servicios en virtud de la referencia permanente.

Podremos limitar la cantidad de visitas y el tiempo durante el cual Usted puede recibir una referencia permanente. Si recibe una referencia permanente u otra referencia de Su PCP, esa referencia permanece vigente incluso si el PCP deja de ser un Médico participante. Si el especialista a cargo del tratamiento abandona la red de Cigna o Usted deja de ser una Persona asegurada, la referencia permanente vence.

Excepción a la red

Si no hay Servicios cubiertos Médicamente necesarios disponibles a través de Médicos participantes o Proveedores participantes, Cigna, a solicitud de un PCP o Proveedor de la red, hará lo siguiente:

- Permitirá una Referencia a un Proveedor fuera de la red (no participante); y
- Reembolsará por completo al Proveedor fuera de la red (no participante) a la tarifa Usual y habitual o a una tarifa acordada.

Antes de denegar una solicitud de referencia a un Proveedor fuera de la red (no participante), Cigna debe disponer que se realice una revisión por parte de un Especialista que tenga una especialidad igual o similar a la del Médico o Proveedor para el cual se solicita la Referencia.

Continuidad de la atención

Puede haber casos en los cuales su PCP o especialista de la red deje de ser un Médico participante. En tales casos, se lo notificaremos y le brindaremos ayuda para seleccionar un nuevo PCP o identificar un nuevo especialista de la red que continúe prestando los Servicios cubiertos. No obstante, en circunstancias especiales, es posible que pueda continuar consultando a su PCP o especialista de la red, aunque este ya no esté afiliado a Cigna.

La Continuidad de la atención le permite recibir servicios en los niveles de cobertura dentro de la red si su PCP está dejando la red y Usted (i) está recibiendo un tratamiento continuo para una enfermedad o afección con riesgo de vida, o una enfermedad o afección degenerativa o discapacitante, o (ii) ha entrado en el segundo trimestre de embarazo a partir de la fecha de vigencia de Su inscripción. Es posible que usted cumpla con los requisitos para recibir continuidad de la atención de ese proveedor no participante durante un período de transición de hasta noventa (90) días, o durante el período posparto directamente relacionado con el nacimiento de Su hijo. Esta continuidad de la atención debe ser aprobada por adelantado por Cigna, y Su médico debe acordar aceptar nuestra tarifa de reembolso y atenerse a las políticas y procedimientos de Cigna y a sus requisitos de aseguramiento de calidad. Puede haber circunstancias

adicionales en donde no esté disponible la atención continua por parte de un proveedor que deja de ser un Proveedor participante, por ejemplo cuando el proveedor pierde su licencia para ejercer o se jubila.

Nota respecto de las Cuentas de ahorros para la salud

Cigna ofrece algunos planes destinados a reunir los requisitos de "planes de salud con deducible alto" (según la definición del Título 26, § 223(c)(2) del Código de los Estados Unidos (U.S.C., por sus siglas en inglés)). Los planes que reúnen los requisitos de planes de salud con deducible alto pueden permitirle, si Usted es una "persona que cumple con los requisitos" (según la definición del Título 26, § 223(c)(1) del U.S.C.), aprovechar los beneficios vinculados con el impuesto sobre el ingreso que se encuentran disponibles cuando Usted abre una Cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés) y utiliza el dinero que deposita en la HSA para pagar gastos médicos calificados, conforme lo autoriza la legislación federal en materia de impuestos.

AVISO: Cigna no brinda asesoramiento en materia de impuestos. **Es Su responsabilidad consultar a Su asesor fiscal o abogado si un plan reúne los requisitos como plan de salud con deducible alto y si Usted cumple con los requisitos para aprovechar los beneficios impositivos de las HSA.**

Programa de Autorización previa

Cigna le proporciona un programa integral personal de administración médica de soluciones de salud, que se concentra en mejorar resultados de calidad y maximiza el valor para Usted.

Autorización previa para servicios para Pacientes internados

Se requiere Autorización previa para todas las admisiones de pacientes internados que no sean de emergencia, y para algunas otras admisiones, a fin de poder recibir los beneficios. SI NO OBTIENE LA AUTORIZACIÓN PREVIA ANTES DE UNA ADMISIÓN OPCIONAL en un Hospital o en alguna otra instalación, ES POSIBLE QUE DEBA PAGAR UNA MULTA O QUE NO TENGA COBERTURA PARA LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS. Para obtener la Autorización previa, Usted, un Miembro de su familia o el Proveedor deben llamar al número que figura en la parte de atrás de Su tarjeta de identificación.

Para conocer los requisitos de Autorización previa que se aplican a los servicios para pacientes internados, incluso para qué otros tipos de admisiones a las instalaciones se necesita una Autorización previa, Usted puede:

- llamar a Cigna al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o
- consultar www.mycigna.com, en la sección "View Medical Benefit Details" (Ver detalles de los beneficios médicos).

Tenga en cuenta que las admisiones de emergencia se analizarán después de la admisión.

La Autorización previa para pacientes internados revisa la necesidad de la admisión así como la necesidad de la estadía prolongada en el hospital.

Autorización previa para servicios para Pacientes en consulta externa

También se requiere Autorización previa para determinados procedimientos y servicios para pacientes en consulta externa para poder recibir los beneficios. SI NO OBTIENE LA AUTORIZACIÓN PREVIA ANTES DE RECIBIR DETERMINADOS PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS OPCIONALES PARA PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA, ES POSIBLE QUE DEBA PAGAR UNA MULTA O QUE NO TENGA COBERTURA PARA LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS.

Para obtener la Autorización previa, Usted, un Miembro de su familia o el Proveedor deben llamar al número que figura en la parte de atrás de Su tarjeta de identificación. La Autorización previa para pacientes en consulta externa sólo debe solicitarse para procedimientos o servicios que no sean de emergencia, por lo menos cuatro días hábiles (de lunes a viernes) antes de que se realice el procedimiento o se brinde el servicio.

Para conocer los requisitos de Autorización previa que se aplican a los procedimientos y servicios para pacientes en consulta externa, incluso para qué procedimientos y servicios se necesita una Autorización previa, Usted puede:

- llamar a Cigna al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o
- consultar mycigna.com, en la sección "View Medical Benefit Details" (Ver detalles de los beneficios médicos).

LA AUTORIZACIÓN PREVIA NO CONSTITUYE UNA GARANTÍA DE PAGO. La Autorización previa no garantiza el pago de beneficios. La cobertura siempre está sujeta a los demás requisitos de esta Póliza, como limitaciones y exclusiones, pago de prima y otros requisitos que se deben cumplir al momento de brindar la atención y los servicios.

Revisión retrospectiva

Si no se realizó el procedimiento de Autorización previa, Cigna realizará una revisión retrospectiva para determinar si una admisión programada o de Emergencia era Médicamente necesaria. En caso de que se determine que los servicios son Médicamente necesarios, se brindarán los beneficios conforme se establece en la presente Póliza. Si se determina que un servicio no era Médicamente necesario, la Persona asegurada será responsable de pagar los cargos de dichos servicios.

Autorización previa—Medicamentos que requieren receta médica:

Es posible que algunos Medicamentos que requieren receta médica también requieran Autorización previa por parte de Cigna. La cobertura de determinados Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados requiere que el Médico obtenga la Autorización previa de Cigna antes de recetarlos. La Autorización previa puede incluir, por ejemplo, una determinación de terapia escalonada. La terapia escalonada determina la progresión de uso específica de los productos o suministros farmacológicos equivalentes desde el punto de vista terapéutico para el tratamiento de una afección específica. Si el Médico considera que son necesarios Medicamentos que requieren receta médica o Suministros relacionados que no están en la Lista de medicamentos de Cigna, o desea solicitar cobertura para Medicamentos que requieren receta médica o Suministros relacionados para los cuales se requiere Autorización previa, podrá llamar a Cigna o completar el formulario de Autorización previa correspondiente y enviarlo por fax a Cigna para solicitar una excepción a la Lista de medicamentos que requieren receta médica o una Autorización previa para la cobertura de dichos Medicamentos que requieren receta médica o Suministros relacionados. El Médico puede certificar por escrito que la Persona asegurada ha utilizado anteriormente un Medicamento que requiere receta médica o Suministro relacionado que está en la Lista de medicamentos que requieren receta médica de Cigna o en un Protocolo de terapia escalonada, y que el Medicamento que requiere receta médica o el Suministro relacionado ha sido perjudicial para la salud de la Persona asegurada o no ha resultado eficaz para tratar la afección y que, a criterio del Médico que receta el medicamento, es probable que nuevamente sea perjudicial para la salud de la Persona asegurada o no resulte eficaz para tratar la afección. La Autorización previa o la excepción a la Lista de medicamentos que requieren receta médica será revisada y completada por Cigna en el término de 72 horas de recibir la solicitud. El Médico debe efectuar esta solicitud antes de escribir la receta.

Cómo funciona el plan

La presente sección describe los Deducibles y los Copagos/el Co-seguro y analiza las medidas que debe tomar la Persona asegurada para recibir el mayor nivel de beneficios disponible en virtud de esta Póliza. Consulte la sección "Definiciones" de la Póliza para comprender el significado de Gastos cubiertos y Servicios cubiertos.

Los beneficios descritos en las siguientes secciones se ofrecen para los Gastos cubiertos incurridos durante la cobertura de la presente Póliza. **Los servicios para los que Usted no tiene una Referencia de un PCP no están cubiertos. Los servicios proporcionados por un Proveedor fuera de la red (no participante) no están cubiertos en virtud de este Plan, salvo los Servicios de emergencia.** Un gasto se incurre en la fecha en que la Persona asegurada recibe el servicio o suministro respecto del cual se cobra el cargo. Estos beneficios se encuentran sujetos a todas las disposiciones de esta Póliza, algunas de las cuales pueden limitar los beneficios o hacer que éstos no resulten pagaderos.

La Persona asegurada o el proveedor del servicio debe reclamar los beneficios enviándonos formularios de reclamos debidamente completados en los cuales se detallen los servicios o suministros recibidos y los cargos cobrados. Para obtener más información, consulte las secciones "Disposiciones generales", "Cómo presentar un reclamo de beneficios".

Deducibles

Los Deducibles son cantidades establecidas de Gastos cubiertos que la Persona asegurada debe pagar antes de que estén disponibles los beneficios. Los Deducibles se aplican a todos los Gastos cubiertos según se indica en la sección Definiciones de esta Póliza, salvo que en el Programa de beneficios se indique expresamente lo contrario. Los Deducibles no incluyen ninguna cantidad que supere los Cargos máximos reembolsables, el Co-seguro, los Copagos por medicamentos que requieran receta médica, los Copagos, ninguna multa ni ningún gasto incurrido además de los Gastos cubiertos.
Los Deducibles se aplicarán en el orden en el cual Nosotros recibamos y procesemos los reclamos de una Persona asegurada, no necesariamente en el orden en el cual la Persona asegurada recibió el servicio o el suministro.

Deducible

El Deducible se establece en el Programa de beneficios. El Deducible es la cantidad de Gastos cubiertos que Usted debe pagar por **cualquier** Servicio cubierto (salvo que se indique específicamente lo contrario en el Programa de beneficios) recibido de Proveedores participantes cada Año antes de que esté disponible cualquier beneficio.

- Si Usted cubre a otro(s) Miembro(s) de su familia, se aplicará el Deducible familiar. Cada Persona asegurada puede aportar, como máximo, la cantidad del Deducible individual al Deducible familiar. Una vez que se cumpla con este Deducible familiar, no se requerirá ningún otro Deducible familiar durante el resto de ese Año.

Desembolsos máximos

Los Desembolsos máximos son la cantidad de Co-seguro, Deducible y Copago en la que incurre cada Persona asegurada por los Gastos Cubiertos en un Año. Los Desembolsos máximos **no** incluyen ninguna cantidad que supere los Cargos máximos reembolsables, ninguna multa ni ninguna cantidad que supere otros límites de beneficios de esta Póliza.

- Una vez que una Persona asegurada alcanza el Desembolso máximo en un Año calendario, la Persona asegurada ya no será responsable de pagar ningún Co-seguro por los Gastos cubiertos incurridos durante el resto de ese Año.
- Si Usted cubre a otro(s) Miembro(s) de su familia, los Servicios cubiertos de cada Persona asegurada se acumulan para el Desembolso máximo familiar. Una vez que se alcanza el Desembolso, la Familia ya no será responsable de pagar ningún Co-seguro por los Gastos cubiertos incurridos durante el resto de ese Año.

Multas

Una Multa es una cantidad de Gastos cubiertos que:

- No cuenta para ningún Deducible;
- No cuenta para los Desembolsos máximos; y
- No cumple con los requisitos para el pago de beneficios una vez que se cumple con el Deducible

Las Multas se aplicarán en las siguientes circunstancias:

- Las Admisiones hospitalarias de Pacientes internados pueden estar sujetas a una Multa si Su Proveedor no obtiene la Autorización previa.
- Los Servicios de instalación quirúrgica independiente para pacientes en consulta externa pueden estar sujetos a una Multa por cada admisión si Su Proveedor no obtiene la Autorización previa.
- Determinadas cirugías y procedimientos de diagnóstico para pacientes en consulta externa requieren Autorización previa. Si Su Proveedor no obtiene la Autorización previa para dicha cirugía o procedimiento de diagnóstico para pacientes en consulta externa, Su Proveedor puede ser responsable del pago de una Multa, por cada admisión o procedimiento.
- Se requiere autorización antes de otras admisiones específicas y antes de recibir otros servicios y procedimientos determinados. Si no obtiene Autorización antes de estas admisiones o de recibir estos servicios o procedimientos, es posible que deba pagar una Multa.

Las Multas se aplican antes de que estén disponibles los beneficios.

Proceso de excepción para Formularios de farmacia/Autorización previa – Cobertura de medicamentos nuevos

Proceso de excepción para Formularios de farmacia/Autorización previa

Se requiere Autorización previa o Terapia escalonada para determinados Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados. La cobertura de determinados Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados requiere que el Médico obtenga la Autorización previa de Cigna antes de recetarlos. La Autorización previa puede incluir, por ejemplo, una determinación de terapia escalonada. La terapia escalonada determina la progresión de uso específica de los productos o suministros farmacológicos equivalentes desde el punto de vista terapéutico para el tratamiento de una afección específica. Si Su Médico considera que son necesarios Medicamentos que requieren receta médica o Suministros relacionados que no están en la Lista de medicamentos de Cigna, o desea solicitar cobertura para Medicamentos que requieren receta médica o Suministros relacionados para los cuales se requiere Autorización previa, podrá llamar a Cigna o completar el formulario de Autorización previa correspondiente y enviarlo por fax a Cigna para solicitar una excepción a la Lista de medicamentos que requieren receta médica o una Autorización previa para la cobertura de dichos Medicamentos que requieren receta médica o Suministros relacionados. El Médico puede certificar por escrito que la Persona asegurada ha utilizado anteriormente un Medicamento que requiere receta médica o Suministro relacionado que está en la Lista de medicamentos que requieren receta médica de Cigna o en un Protocolo de terapia escalonada, y que el Medicamento que requiere receta médica o el Suministro relacionado ha sido perjudicial para la salud de la Persona asegurada o no ha resultado eficaz para tratar la afección y que, a criterio del Médico que receta el medicamento, es probable que nuevamente sea perjudicial para la salud de la Persona asegurada o no resulte eficaz para tratar la afección. La Autorización previa o la excepción a la Lista de medicamentos que requieren receta médica será revisada y completada por Cigna en el término de 72 horas de recibir la solicitud. El Médico debe efectuar esta solicitud antes de escribir la receta.

El Médico que receta el medicamento puede solicitar una revisión acelerada cuando una Persona asegurada tiene una afección médica que puede poner en grave peligro la vida o la salud de la Persona asegurada, o su capacidad para recuperar su funcionamiento pleno o cuando una Persona asegurada está recibiendo un tratamiento que utiliza un medicamento que no se encuentra en la Lista de medicamentos que requieren receta médica de Cigna. La revisión acelerada será considerada y completada por Cigna en el término de 24 horas de recibir la solicitud. El Médico debe efectuar esta solicitud antes de escribir la receta.

Si la solicitud es aprobada, Su Médico recibirá una confirmación. La Autorización previa será procesada en el sistema de reclamos de farmacia de Cigna para permitirle tener cobertura para dichos Medicamentos que requieren receta médica o Suministros relacionados. La duración de la Autorización previa dependerá del diagnóstico y de los Medicamentos que requieren receta médica o los Suministros relacionados. Cuando Su Médico le notifique que se ha aprobado la cobertura para los Medicamentos que requieren receta médica o los Suministros relacionados, Usted deberá comunicarse con la Farmacia para que le despachen la(s) receta(s).

Si no se aprueba la solicitud, se les notificará a Usted y a Su Médico que la cobertura para los Medicamentos que requieren receta médica o los Suministros relacionados no fue autorizada.

Si no está de acuerdo con una decisión con respecto a la cobertura, puede apelar dicha decisión de conformidad con las disposiciones de la Póliza, para lo cual deberá presentar una solicitud por escrito en la que indique por qué deberían cubrirse los Medicamentos que requieren receta médica o los Suministros relacionados. Consulte la sección de esta Póliza titulada "Procedimientos para la determinación del reclamo y qué hacer cuando Usted tiene una Queja, Apelación o Reclamo" respecto de las Revisiones externas. La Revisión externa relacionada con la denegación de un Medicamento que requiere receta médica puede solicitarse sin haber cumplido los demás niveles de revisión; esto cumple con la ley federal.

Si tiene alguna pregunta acerca de excepciones específicas a la Lista de medicamentos que requieren receta médica o a una Autorización previa específica, debe llamar a Servicios a los asegurados al número gratuito que figura en Su tarjeta de identificación.

Todos los productos farmacológicos nuevos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) (o indicaciones nuevas aprobadas por la FDA) se designan como medicamentos fuera de la Lista de medicamentos que requieren receta médica hasta que el equipo de decisiones de negocios de Cigna tome una decisión respecto de la inclusión del medicamento nuevo (o indicación nueva); esta decisión se basará, en parte, en la revisión clínica del medicamento por parte del Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés). El equipo de decisiones de negocios hará todo lo que esté razonablemente a su alcance para tomar una decisión respecto de la inclusión de todos los medicamentos nuevos aprobados por la FDA (o indicaciones nuevas) en el término de 180 días de la salida del producto al mercado. Las Listas de medicamentos que requieren receta médica (formularios) son elaboradas en forma conjunta por el Comité de P&T y el equipo de decisiones de negocios de Cigna.

BENEFICIOS/COBERTURA (CONCEPTOS CUBIERTOS)

Beneficios médicos (por orden alfabético)

Consulte el Programa de beneficios para conocer las disposiciones adicionales sobre beneficios que pueden aplicarse a la información consignada a continuación.

Para poder recibir los beneficios en virtud de esta Póliza, el Proveedor debe contar con la debida licencia, de conformidad con las leyes estatales y locales, y estar acreditado para prestar servicios dentro del alcance de la licencia y acreditación del Proveedor.

Antes de que esta Póliza de Proveedores participantes pague cualquier beneficio, Usted y los Miembros de su familia deben cumplir con cualquier Deducible que pueda corresponder. Después de haber cumplido con los Deducibles correspondientes, comenzaremos a pagar los Servicios cubiertos que se describen en esta sección.

Los beneficios que se describen en esta sección se pagarán por Gastos cubiertos incurridos en la fecha en que Usted y los Miembros de su familia reciban el servicio o suministro respecto del cual se cobra el cargo. Estos beneficios se encuentran sujetos a todos los términos, condiciones, Deducibles, multas, exclusiones y limitaciones de esta Póliza. Todos los servicios se pagarán conforme a los porcentajes estipulados en el Programa de beneficios, con sujeción a los límites establecidos en la sección titulada “Cómo acceder a sus servicios y obtener aprobación de los beneficios”.

A continuación se incluye una descripción general de los suministros y servicios por los cuales la Póliza pagará beneficios, siempre que dichos servicios y suministros sean Médicamente necesarios y que usted cumpla con los requisitos para recibirlos conforme se establece en esta Póliza.

Nota: Los servicios proporcionados por un Proveedor fuera de la red (no participante) no están cubiertos, salvo los Servicios de emergencia.

Si Usted es un paciente internado en un Hospital, Instalación de enfermería especializada o instalación de rehabilitación para pacientes internados el día en que comienza Su cobertura, pagaremos beneficios por Servicios cubiertos que Usted reciba en Su primer día de cobertura o con posterioridad relacionados con esa estadía como paciente internado siempre que reciba Servicios cubiertos de conformidad con los términos de esta Póliza. Estos beneficios están sujetos a cualquier obligación previa de la aseguradora en virtud de la ley estatal o por contrato.

Servicios de ambulancia

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte Su Programa de beneficios).
La presente Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos incurridos por los siguientes servicios de ambulancia:

- Cargo básico, millaje y suministros no reutilizables de una compañía de ambulancias con licencia para servicio terrestre o aéreo de transporte de ida y vuelta a un Hospital o Instalación de enfermería especializada.
- Monitoreo, electrocardiogramas (ECG), desfibrilación cardíaca, reanimación cardiopulmonar (RCP) y administración de oxígeno y soluciones intravenosas (IV) en relación con el servicio de ambulancia. Los servicios deben ser prestados por una persona idónea con licencia.

El transporte en ambulancia está cubierto solo para situaciones de emergencia si la afección requiere el uso de servicios médicos que solo una ambulancia con licencia puede proporcionar.

Anestesia para procedimientos dentales

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte el Programa de beneficios).

Los cargos por anestesia general y los cargos vinculados cobrados por la instalación o el Hospital por atención dental para Personas aseguradas están cubiertos si se aplica lo siguiente: (a) la Persona asegurada tiene una afección física, mental o médicamente comprometida; (b) la anestesia local no es eficaz para la Persona asegurada debido a infección aguda, variaciones anatómicas o alergia; (c) la Persona asegurada está muy poco dispuesta a colaborar, es difícil de controlar, ansiosa o es poco comunicativa con las exigencias dentales, y se considera suficientemente importante no postergar la atención dental; o (d) la Persona asegurada ha sufrido un traumatismo orofacial y dental extenso.

Tratamiento de trastornos de espectro autista

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte el Programa de beneficios).

Se pagarán beneficios para el tratamiento de Trastornos de espectro autista.
Los siguientes servicios están cubiertos:

- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla para pacientes en consulta externa en un consultorio médico cuando sean indicadas por un médico como médicamente necesarias.
- Terapia de análisis conductual aplicado, incluidas consultas, atención directa, supervisión o tratamiento o cualquier combinación de estos por parte de proveedores de servicios para autismo.

Cirugía bariátrica

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte el Programa de beneficios).
Se proporciona cobertura para cirugía bariátrica Médicamente necesaria, con sujeción a todos los requisitos de referencia y Autorización del Plan.

Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte Su Programa de beneficios).
La presente Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos incurridos por rehabilitación cardíaca y por:

- Rehabilitación cardíaca de Fase II, en forma ambulatoria, después de que el paciente reciba un diagnóstico de una afección cardíaca que cumple con los requisitos, cuando sea Médicamente necesario. Fase II es un programa hospitalario para pacientes en consulta externa, que se implementa después del alta hospitalaria de los pacientes internados.
- El programa de Fase II debe ser dirigido por un Médico, con monitoreo activo del tratamiento y del ECG.

Nota: La rehabilitación cardíaca de Fase III y Fase IV no está cubierta. La Fase III sigue a la Fase II y, en general, se lleva a cabo en una instalación recreativa, principalmente para mantener el estado que el paciente alcanzó a través de las Fases I y II. La Fase IV es una modalidad avanzada de la Fase III que incluye una participación más activa y entrenamiento con peso.

Labio o paladar leporino

Se pagarán beneficios para labio/paladar leporino o en relación con esta afección para recién nacidos y, cuando corresponda, a niños mayores y adultos cuando se considere Médicamente necesario. Los beneficios incluirán: (a) cirugía bucofacial, tratamiento quirúrgico y atención de seguimiento por cirujanos plásticos y bucales; (b) tratamientos protésicos como obturadores, aparatos fonatorios y aparatos para alimentación; (c) tratamiento de ortodoncia médicamente necesario; (d) tratamiento con prótesis médicamente necesario; (e) terapia del habla de habilitación; (f) tratamiento de otorrinolaringología y (g) evaluaciones y tratamientos audiológicos.

Estudios clínicos

Se pagarán beneficios para todos los costos de atención de rutina de los pacientes relacionados con un estudio clínico aprobado proporcionado por un Proveedor participante, incluidas las Fases I a IV, para el cáncer, afecciones que incapacitan, progresivas o con riesgo de vida para un Asegurado que satisface los siguientes requisitos:

(1) cumple con los requisitos para participar en un estudio clínico aprobado de acuerdo con el protocolo del estudio con respecto a la prevención, detección y tratamiento del cáncer u otra enfermedad o afección con riesgo de vida; y
(2) O bien:
    (A) el profesional de servicios de salud que brinda la referencia es un proveedor de servicios de salud participante y ha llegado a la conclusión de que la participación de la persona en dicho estudio sería apropiada en función de que esta reúne las condiciones descritas en el párrafo (1); o bien
    (B) el asegurado proporciona información médica y científica que establece que su participación en dicho estudio sería apropiada en función de que este reúne las condiciones descritas en el párrafo (1).

A los fines de los estudios clínicos, el término “enfermedad o afección con riesgo de vida” significa cualquier enfermedad o afección que probablemente provocaría la muerte, a menos que se interrumpa el avance de la enfermedad o afección.

El estudio clínico debe cumplir con uno de los siguientes requisitos:

1. Contar con la aprobación o la financiación de alguna de las agencias o entidades autorizadas por ley federal para llevar a cabo estudios clínicos;

i. Un instituto o centro de los Institutos Nacionales de Salud,

ii. La Administración de Alimentos y Medicamentos,

iii. El Departamento de Asuntos de Veteranos, o

iv. El Departamento de Defensa.

v. El Departamento de Energía

vi. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

vii. La Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica.

viii. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

ix. Un grupo o centro cooperativo de las entidades descritas en las cláusulas (i) a (vi) o el Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de Veteranos.

x. Una entidad de investigación no gubernamental calificada según lo identificado en las pautas expedidas por los Institutos Nacionales de Salud para subvenciones de apoyo a centros.

2. Llevarse a cabo en virtud de una solicitud de medicamento nuevo en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos; o

3. Involucrar el estudio de un medicamento que esté exento del requisito de contar con dicha solicitud de medicamento nuevo en investigación.

Los costos de atención de rutina de los pacientes son costos asociados con la provisión de artículos y servicios de salud, incluidos medicamentos, artículos, dispositivos y servicios que Cigna cubriría generalmente para un Asegurado que no está inscrito en un estudio clínico, incluidos los siguientes:

- Servicios que suelen brindarse sin que haya un estudio clínico.
- Servicios que se requieren únicamente para suministrar el medicamento, elemento, dispositivo o servicio en investigación.
- Servicios que se requieren para efectuar un control clínicamente apropiado del medicamento, dispositivo, elemento o servicio en investigación.
- Servicios brindados para la prevención de complicaciones que puedan producirse como consecuencia del suministro del medicamento, dispositivo, elemento o servicio en investigación.
- Atención razonable y necesaria como consecuencia del suministro del medicamento, dispositivo, elemento o servicio en investigación, que incluye el diagnóstico o tratamiento de complicaciones.

Para los estudios clínicos, los costos de rutina de los pacientes no incluyen:

1. El artículo, dispositivo o servicio en investigación en sí mismo;
2. Artículos y servicios que se brinden únicamente para satisfacer necesidades de recopilación y análisis de datos, y que no se usen en el tratamiento clínico directo del paciente;
3. Costos para la administración de la investigación en relación con el estudio o ensayo clínico;
4. Cualquier parte del estudio o ensayo clínico que sea pagada por un gobierno o una industria biotécnica, farmacéutica o médica;
5. Cobertura para cualquier medicamento o dispositivo que sea pagado por el fabricante, distribuidor o proveedor del medicamento o dispositivo;
6. Gastos externos relacionados con la participación en el estudio o ensayo clínico, que incluyen, a modo de ejemplo, gastos de viaje, alojamiento y otros gastos en los puede incurrir un participante o su acompañante.

Atención dental

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte el Programa de beneficios).
La presente Póliza brinda beneficios para atención dental por una Lesión accidental de los dientes naturales, con sujeción a las siguientes condiciones:

- los servicios deben recibirse en el término de 6 meses a partir de la fecha de la Lesión;
- no se brindan beneficios para reemplazar ni reparar prótesis dentales existentes, aun cuando éstas hayan sufrido daños debido a una Lesión accidental que cumpla con los requisitos; y
- los daños a los dientes naturales causados por masticar o morder no se consideran una Lesión accidental en virtud de la presente Póliza.

Tratamiento de la diabetes

Se pagarán beneficios para Equipos para la diabetes, Capacitación para el autocontrol de la diabetes y Productos farmacéuticos y suministros para la diabetes para personas diabéticas insulinodependientes y no insulinodependientes y para personas cubiertas que tienen niveles elevados de azúcar en sangre debido a embarazo u otras afecciones médicas:

- Cargos por Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés), incluidos aparatos podológicos, relacionados con la diabetes; ningún límite del plan sobre DME se aplicará a DME relacionado con la diabetes. Bombas de insulina y accesorios
- Los cargos por capacitación brindada por un Médico, incluido un podólogo con formación reciente en control de la diabetes, pero limitados a lo siguiente:
  (a) Visitas Médicamente necesarias cuando se diagnostica la diabetes;
  (b) Visitas tras un diagnóstico de un cambio significativo en los síntomas o afecciones que justifican un cambio en el autocontrol;
  (c) Visitas cuando un Médico indica la necesidad de reeducación o capacitación de actualización; y
  (d) Terapia de nutrición médica relacionada con el control de la diabetes.

Equipo médico duradero

Su plan proporciona beneficios para Gastos cubiertos por cargos por la compra o el alquiler de equipo médico duradero indicado o recetado por un Médico y suministrado por un proveedor aprobado por Cigna para su uso fuera de un Hospital u otro centro médico.

A los fines de este beneficio, el Equipo médico duradero se define como los objetos diseñados para poder soportar el uso de más de una persona; que suelen tener un propósito médico; que generalmente no son útiles en ausencia de una Lesión o Enfermedad; que son adecuados para su uso en el hogar; y que no son desechables.

Los Equipos médicos duraderos incluyen, a modo de ejemplo, los siguientes:

- Objetos relacionados con las camas: bandejas para la cama, mesas para la cama, respaldares para camas, almohadas, equipamiento de recámara a medida y colchones;
- Objetos relacionados con el baño: elevadores para tina de baño, barandales para tina de baño, barandales para inodoro, asientos elevados para inodoros, bancos y taburetes para baño, duchadores de mano y tapetes de baño;
- Sillas, elevadores y dispositivos para mantenerse de pie: sistemas de movilidad computarizados o giroscópicos, sillas portátiles, sillas geriátricas, sillas de cadera, elevadores de asientos (mecánicos o motorizados), elevadores de pacientes (mecánicos o motorizados; los elevadores hidráulicos manuales están cubiertos si se requieren dos personas para trasladar al paciente) y sillas autorreclinables.
- Instalaciones permanentes en inmuebles: elevadores montados en el techo y rampas para sillas de ruedas;
- Modificaciones en vehículos y camionetas;
- Equipos relacionados con hematología/inyecciones: brazaletes para medir la presión arterial, lapiceras de insulina e inyectores sin agujas;
- Otros equipos: lámparas de calor, máquinas de crioterapia, unidades de terapia de control electrónico, cabinas de rayos ultravioleta, almohadillas y botas de piel de cordero, tablero para el drenaje postural, alarmas de enuresis, equipos magnéticos, balanzas (para bebés y adultos) y deslizador para escaleras.
- El alquiler o la compra de equipos y/o suministros médicos que cumplen con la totalidad de los requisitos que figuran a continuación:
  - Están indicados por un Médico;
  - Su uso finalizará cuando deje de existir la necesidad médica;
  - No tienen como finalidad principal la comodidad ni la higiene;
  - No tienen como finalidad la protección ambiental;
  - No son para hacer ejercicio;
  - Han sido específicamente fabricados para uso médico.

Nota: Los equipos y suministros médicos deben cumplir con la **totalidad** de las pautas anteriores para poder recibir beneficios en virtud de la presente Póliza. El hecho de que un Médico indique la necesidad del equipo o suministro no necesariamente implica que se pagará por dicho equipo o suministro.

Cigna determina si el equipo o suministro en cuestión cumple con estas condiciones y si el equipo está dentro de una categoría de alquiler o compra.

La cobertura del Equipo médico duradero se limita a la alternativa de menor costo de acuerdo con el criterio del Médico de revisión de la utilización. Los cargos por alquiler que superen el precio de compra razonable del equipo no están cubiertos, salvo que Cigna haya determinado previamente que el equipo está dentro de una categoría de alquiler continuo y requiere mantenimiento y servicio frecuente.

Se proporciona cobertura para la reparación, el reemplazo o la duplicación de equipos solo cuando se requiera debido a cambios anatómicos y/o el desgaste natural razonable. Todo mantenimiento y reparación debido al uso inadecuado estará a cargo del usuario. La cobertura del Equipo médico duradero se limita a la alternativa de menor costo de acuerdo con el criterio del Médico de revisión de la utilización.

Servicios de intervención temprana

Su Plan proporciona cobertura para Servicios de intervención temprana Médicamente necesarios brindados por un Proveedor de servicios de intervención temprana calificado a una persona que cumple con los requisitos. Los servicios de intervención temprana especificados en un Plan de servicios familiares individualizados (IFSP, por sus siglas en inglés) deberán reunir los requisitos para el estándar de servicios de atención médica Médicamente necesarios tal como lo utilizan los planes de seguro de salud privados. Para cumplir con los requisitos para este programa, la persona debe residir en Colorado.

Un "IFSP**"** hace referencia a un Plan de servicios familiares individualizados por escrito que autoriza los servicios de intervención temprana a una persona que cumple con los requisitos y a la familia de la persona. Un "Proveedor de servicios de intervención temprana calificado" o "Proveedor calificado" hace referencia a una persona o agencia que brinda servicios de intervención temprana y está incluido en el Registro de servicios de intervención temprana.

La cobertura estará disponible en forma anual para una persona que cumpla con los requisitos y tenga retrasos de desarrollo significativos o se le haya diagnosticado una afección física o mental que tiene una alta probabilidad de tener como resultado retrasos de desarrollo significativos.

Los Servicios de intervención temprana NO incluyen:

- Transporte médico que no sea de emergencia;
- Atención de descanso;
- Coordinación de servicios distintos de los servicios de administración de casos; y
- Tecnología de asistencia. Sin embargo, la tecnología de asistencia puede estar cubierta por las disposiciones de la póliza sobre beneficios de equipos médicos duraderos.

La cobertura no estará sujeta a Deducibles ni Copagos.

Servicio de telesalud de acceso ampliado

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte Su Programa de beneficios).

Este Plan brinda beneficios para visitas electrónicas con un Médico de telesalud de acceso ampliado. Usted puede iniciar una visita por teléfono, correo electrónico o video en línea para el tratamiento de afecciones médicas agudas menores como resfríos, gripe, dolor de garganta, sarpullido o dolor de cabeza sin una referencia de su PCP. Puede acceder a los Médicos de telesalud de acceso ampliado ingresando en www.mycigna.com y haciendo clic en *Find a Doctor, Dentist or Facility* (Buscar un médico, dentista o instalación); escriba “Telehealth/Telemedicine/eVisit" en ‘*search criteria*’ (criterios de búsqueda).

Si el Médico de telesalud de acceso ampliado considera que Su afección no puede tratarse de manera óptima mediante contacto remoto, lo referirá a Su PCP para que reciba tratamiento o para que lo refiera a otro Médico, o le aconsejará que busque atención de urgencia o vaya a una sala de emergencias.

Los siguientes servicios están cubiertos:

- Evaluación de la afección, incluida historia clínica y síntomas actuales

- Diagnóstico de la afección
- Receta de medicamentos para tratar la afección
- Instrucciones de alta por correo electrónico.

Usted tiene la opción de que se le envíen los registros de cada visita a un Médico de telesalud de acceso ampliado a Su Médico habitual.

Aparatos y dispositivos protésicos externos

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte el Programa de beneficios).

La presente Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos cobrados o indicados por un Médico para: la compra y el ajuste iniciales de los aparatos y dispositivos protésicos externos disponibles solo mediante una receta que indique que son Médicamente necesarios para aliviar o corregir una Enfermedad, Lesión o defecto congénito.
Los aparatos y dispositivos protésicos externos incluirán las prótesis/aparatos y dispositivos protésicos, aparatos ortopédicos y dispositivos ortopédicos; soportes y férulas.

Las Prótesis/aparatos y dispositivos protésicos se definen como dispositivos artificiales diseñados para reemplazar un brazo o una pierna de forma total o parcial. Las prótesis/aparatos y dispositivos protésicos incluyen, a modo de ejemplo:

- prótesis básicas para miembros;
- dispositivos terminales, tales como manos o ganchos; y
- prótesis fonatorias.

Los siguientes aparatos y dispositivos protésicos externos se encuentran específicamente **excluidos**:

- mejoras eléctricas internas y externas o controles eléctricos para prótesis de extremidades y dispositivos protésicos terminales; y
- estimuladores de los nervios periféricos mediante prótesis mioeléctricas.

Tratamiento proporcionado por Proveedores en país extranjero

La presente Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos por servicios y suministros recibidos de Proveedores en país extranjero en caso de Emergencias médicas y otras situaciones de urgencia en las que no habría sido razonable demorar el tratamiento hasta que la Persona asegurada pudiera regresar a los Estados Unidos.

Cigna no acepta la cesión de beneficios de Proveedores en país extranjero. Usted y los Miembros de su familia pueden presentar un reclamo ante Cigna por servicios y suministros recibidos de un Proveedor en país extranjero, pero el pago correspondiente se enviará a la Persona asegurada. La Persona asegurada es responsable de pagarle al Proveedor en país extranjero. La Persona asegurada es responsable de obtener, a su propio cargo, una traducción al inglés de los reclamos del Proveedor en país extranjero y de cualquier otro registro médico que pueda ser necesario. Los beneficios están sujetos a todos los términos, condiciones, limitaciones, multas y exclusiones establecidos en esta Póliza, y no podrán superar lo que se habría pagado si el servicio o suministro se hubiera recibido en los Estados Unidos.

Pruebas genéticas

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte el Programa de beneficios).
La presente Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos por cargos cobrados por pruebas genéticas que utilizan un método de prueba comprobado para la identificación de enfermedades hereditarias de transmisión genética. Las pruebas genéticas se cubren únicamente si:

- La Persona asegurada tiene síntomas o signos de enfermedades hereditarias de transmisión genética;
- Se ha determinado que la Persona asegurada se encuentra en riesgo de ser portadora, según lo demuestre la literatura científica existente basada en evidencias y revisada por colegas médicos, del desarrollo de una enfermedad hereditaria de transmisión genética, cuando los resultados afecten el desenlace clínico; o
- El fin terapéutico es identificar una mutación genética específica que, según lo demostrado por la literatura científica existente basada en evidencias y revisada por colegas médicos, tiene un impacto directo en las opciones de tratamiento.

La asesoría genética cuenta con cobertura si una Persona asegurada se realiza una prueba genética aprobada, o si la Persona asegurada tiene una enfermedad hereditaria y es una posible candidata para la realización de pruebas genéticas. La asesoría genética se limita a 3 visitas por año calendario antes y después de las pruebas genéticas.

Servicios de habilitación

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte el Programa de beneficios).
La presente Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos para servicios que ayudan a una persona a retener, aprender o mejorar habilidades y el funcionamiento para la vida diaria que son ofrecidos en paridad con los servicios de rehabilitación ofrecidos en el plan estándar de beneficios de salud esenciales (EHB, por sus siglas en inglés) de Colorado y además de estos. Paridad en este contexto significa del mismo tipo y básicamente equivalente en cuanto a alcance, cantidad y duración. Definir los beneficios de habilitación de esta manera brinda beneficios de habilitación al mismo nivel que los ofrecidos actualmente en rehabilitación y refleja la utilización actual en el área de rehabilitación. Los servicios se pagan según lo establecido en el Programa de beneficios.

Se brindarán beneficios por Gastos cubiertos para la atención o el tratamiento Médicamente necesarios en caso de pérdida o impedimento del habla, indicados en el Programa de beneficios.
La presente Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos incurridos por los siguientes servicios de rehabilitación a corto plazo:

- Uso terapéutico del calor, el frío, el ejercicio, la electricidad o la luz ultravioleta; o
- Manipulación de la columna vertebral; o
- Masajes para mejorar la circulación, fortalecer los músculos, favorecer la recuperación de la movilidad, como parte del tratamiento de una Enfermedad o Lesión; y
- Servicios para la atención o el tratamiento que resulten necesarios en caso de pérdida o impedimento del habla; y
- Servicios diseñados para ayudar a un niño a desarrollar una función física, del habla o mental que no ha desarrollado normalmente o que se ha retrasado significativamente respecto del tiempo de desarrollo normal.

Los beneficios se brindan hasta cualquier cantidad máxima de visitas indicada en el Programa de beneficios. A los fines de este beneficio, el término "visita" incluye cualquier visita de pacientes en consulta externa a un Médico, durante la cual se brindan uno o más Servicios cubiertos.

Todos los suministros y cargos adicionales cobrados junto con estos servicios se incluirán en el pago de beneficios por la visita y no se reembolsarán además de la visita.

Nota especial:
Las visitas adicionales por Servicios de habilitación, más allá de cualquier máximo indicado en el Programa de beneficios pueden estar cubiertas si Cigna determina que es probable que el tratamiento adicional provoque una mejora significativa al reducir de forma cuantificable el impedimento de la Persona asegurada. Cigna debe autorizar cualquiera de dichas visitas adicionales antes de que se brinde tratamiento.

Servicios de audición

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte el Programa de beneficios).

Este Plan proporciona beneficios para servicios de audición conforme a lo siguiente:

- Pruebas de audición y exámenes relacionados para determinar la necesidad de corregir la audición para todas las edades.
- Aparatos auditivos y servicios audiológicos para niños hasta los dieciocho (18) años que tengan pérdida de la audición verificada por un Médico con licencia y por un audiólogo con licencia.
- Los beneficios se pagarán igual que cualquier otra afección médica. Los beneficios están sujetos a Autorización previa y constituyen beneficios cubiertos solo si se consideran Médicamente necesarios.

Los aparatos auditivos para niños hasta los dieciocho (18) años serán médicamente apropiados para satisfacer las necesidades de la Persona asegurada según los estándares profesionales aceptados.

La cobertura incluirá la compra de lo siguiente:

- Un par inicial de aparatos auditivos y un par de aparatos auditivos de reemplazo con una frecuencia que no sea mayor a una vez cada 3 años;
- Un aparato auditivo nuevo cuando las alteraciones al aparato auditivo existente no satisfagan adecuadamente las necesidades del niño;
- Servicios y suministros incluidos, a modo de ejemplo, la evaluación inicial, la adaptación y los ajustes, y capacitación auditiva que se proporciona de acuerdo con los estándares profesionales aceptados.

La cobertura NO incluye:

- Pruebas para determinar un modelo de aparato auditivo adecuado
- Aparatos auditivos y pruebas para determinar su utilidad

Atención médica en el hogar

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte Su Programa de beneficios).
Los beneficios se brindan cuando los Servicios de salud en el hogar son necesarios como alternativa a la hospitalización o en lugar de la hospitalización (no se requiere hospitalización previa). Los Servicios de salud en el hogar deben prestarse de conformidad con la orden escrita del Médico que trata la Enfermedad o Lesión que requiere los Servicios de salud en el hogar y en virtud de un plan de atención establecido por el Médico en colaboración con un proveedor de Servicios de salud en el hogar. Los servicios deben estar clínicamente indicados; no pueden superar las 28 horas por semana combinadas durante cualquier cantidad de días por semana; y deben ser por menos de 8 horas por día. Según el caso, puede aprobarse tiempo adicional por hasta 35 horas por semana, pero menos de 8 horas por día.

Los siguientes servicios están cubiertos:

- Servicios profesionales de enfermería de un enfermero titulado.
- Servicios de asistente brindados por un enfermero certificado bajo la supervisión de un Enfermero titulado o terapeuta calificado.
- Servicios de un terapeuta con licencia para fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y audiología, o terapia respiratoria y de inhalación.
- Asesoría sobre nutrición brindada por un nutricionista o dietista.
- Servicios sociales médicos.
- Suministros médicos necesarios suministrados por la Agencia de salud en el hogar.
- Prótesis y aparatos ortopédicos.
- Alquiler o compra de equipo médico duradero suministrado por la Agencia de salud en el hogar.
- Fármacos, medicamentos o insulina suministrados por la Agencia de salud en el hogar.

Exclusiones y limitaciones:
Los siguientes conceptos no constituyen gastos cubiertos:

- Servicios o suministros vinculados con la comodidad o conveniencia personal, incluidos servicios domésticos.
- Servicios relacionados con la atención del bebé sano.
- Servicios de alimentos o comidas a excepción de asesoramiento sobre dieta o alimentación por sonda.

Programa de servicios especiales:
Si a una Persona asegurada se le diagnostica una enfermedad terminal con una esperanza de vida de 1 año o menos, pero no está preparada para elegir atención en hospicio, la Persona asegurada cumple con los requisitos para el Programa de servicios especiales, que permite recibir hasta 15 visitas de atención médica en el hogar de por vida. La Persona asegurada está cubierta en virtud del Programa de servicios especiales hasta que elige la cobertura de atención en hospicio. La Persona asegurada puede estar imposibilitada de salir de casa o no, o tener necesidades de atención de enfermería especializada; o puede requerir únicamente atención espiritual o emocional. Los servicios son brindados por profesionales con capacitación específica en las cuestiones de la etapa final de la vida.

Servicios de atención en hospicio

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte Su Programa de beneficios).
Los beneficios para Servicios de atención en Hospicio se proporcionarán cuando dichos servicios se brinden bajo la administración activa de un Hospicio que es responsable de coordinar todos los servicios de Atención en hospicio, independientemente de la ubicación o instalación en la que se presten esos servicios. Los beneficios se brindan solo para Personas aseguradas que tienen una enfermedad terminal y una esperanza de vida de seis meses o menos; sin embargo, si el paciente superara el pronóstico de seis meses de esperanza de vida, los beneficios continuarán en la misma medida por un Período de beneficios adicional, conforme se define en la Póliza. Después de que se agoten tres Períodos de beneficios, Nuestro personal de administración de casos trabajará con el Médico que atiende al paciente y el director médico del Hospicio para determinar si es apropiado continuar con la Atención en hospicio.

Un Médico debe proporcionar una certificación por escrito de la Enfermedad de la Persona asegurada, que incluya un pronóstico de esperanza de vida e indique si es apropiada la Atención en hospicio. También podemos requerir una copia del plan de atención de la Persona asegurada y cualquier cambio efectuado en el Nivel de atención en Hospicio o en el plan de atención. Los servicios y cargos incurridos en conexión con una Enfermedad o Lesión no relacionada se procesarán de conformidad con las disposiciones de la Póliza aplicables a todas las demás Enfermedades y Lesiones.

Servicios de hospicio de atención en el hogar de rutina:
Se brindarán beneficios por cargos para los siguientes Servicios de hospicio de atención en el hogar de rutina en virtud del plan de atención de Hospicio:

- Servicios profesionales de enfermería intermitentes y de guardia las 24 horas brindados por un enfermero titulado o bajo su supervisión;
- Servicios sociales/de asesoramiento intermitentes y de guardia las 24 horas;
- Servicios de asistente brindados por un enfermero certificado o servicios de enfermería delegados a otras personas de conformidad con la sección 12-38-132 del Compendio de Leyes Revisado de Colorado (C.R.S., por sus siglas en inglés).

Todos los demás Servicios de atención en hospicio:
Se proporcionarán beneficios como cualquier otra afección médica para los siguientes Servicios de atención en hospicio adicionales:

- Atención en Hospicio para pacientes internados (agudos) general a corto plazo o Atención continua en el hogar que puede requerirse durante un período de crisis, para el control del dolor o de los síntomas. Se requiere Autorización previa excepto para emergencias, fines de semana o feriados o cuando el traslado al nivel de atención más alto fue necesario fuera de Nuestro horario de atención, siempre que el Hospicio obtenga autorización el primer día hábil posterior.
- Suministros médicos.
- Medicamentos y sustancias biológicas.
- Prótesis y aparatos ortopédicos.
- Suministros de oxígeno y respiratorios.
- Pruebas de diagnóstico.
- Alquiler o compra de equipo médico duradero.
- Transporte.
- Servicios de un Médico.
- Terapias, incluidas fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y respiratoria.
- Asesoría sobre nutrición brindada por un nutricionista o dietista.
- Servicios de apoyo para el duelo para la familia de la persona fallecida durante un período de 12 meses tras la muerte
- Medicamentos paliativos de acuerdo con las pautas del formulario de medicamentos
- Servicios de voluntarios

Servicios y suministros de un Hospital o Instalación quirúrgica independiente para pacientes en consulta externa

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte Su Programa de beneficios).

En el caso de cualquier afección que cumpla con los requisitos, la presente Póliza brinda los beneficios indicados sobre Gastos cubiertos por:

- Los servicios y suministros para pacientes internados proporcionados por el Hospital, excepto los cargos por habitaciones privadas que superen la tarifa de la habitación doble vigente en la instalación.
- Guardia de enfermería privada como parte de la atención hospitalaria como paciente internado, cubierta solo si se determina que es médicamente necesaria.
- La fisioterapia, terapia ocupacional y del habla están cubiertas como parte de atención hospitalaria como paciente internado si, a criterio de un médico, es posible lograr una mejora significativa en un período de 2 meses.
- Servicios y suministros para pacientes en consulta externa, incluidos aquellos vinculados con Servicios de emergencia, cirugías de pacientes en consulta externa y cirugías de pacientes en consulta externa realizadas en una Instalación quirúrgica independiente para pacientes en consulta externa.
- Laboratorio y radiografías de diagnóstico/terapéuticos
- Anestesia y terapia de inhalación

Los pagos de Gastos cubiertos para pacientes internados se encuentran sujetos a las siguientes condiciones:

- Los servicios deben ser aquellos que el Hospital o la Instalación quirúrgica independiente para pacientes en consulta externa brinden y facturen habitualmente.
- Los servicios deben brindarse únicamente durante la cantidad de días necesarios para tratar la Enfermedad o Lesión de la Persona asegurada.
- Nota: No se brindará ningún beneficio por artículos personales, por ejemplo, televisión, radio, bandejas para acompañantes, etcétera.

Servicios de infertilidad

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte Su Programa de beneficios).

La presente Póliza brinda cobertura para los siguientes Servicios, incluidas radiografías y procedimientos de laboratorio:

- Servicios para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad involuntaria; e
- Inseminación artificial, a excepción de donación de semen, donación de óvulos y Servicios relacionados con su obtención y almacenamiento.

Mastectomía y procedimientos relacionados

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte Su Programa de beneficios).
La presente Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos para servicios hospitalarios y profesionales en virtud de esta Póliza por mastectomía y disección de ganglios linfáticos para el tratamiento del cáncer de seno y para el tratamiento de las complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, como linfedema, independientemente de que la mastectomía se haya realizado mientras la Persona asegurada estaba cubierta por esta Póliza. Se proporcionarán beneficios para Gastos cubiertos por atención en un Hospital como paciente internado durante un mínimo de 48 horas después de una mastectomía y un mínimo de 24 horas después de una disección de ganglios linfáticos para el tratamiento del cáncer de seno.

Si la Persona asegurada decide realizarse una reconstrucción del seno en relación con dicha mastectomía, también se proporcionarán beneficios para Gastos cubiertos por los siguientes conceptos:

- Reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno a fin de lograr una apariencia simétrica; y
- Prótesis.

La cobertura de la cirugía reconstructiva del seno no será denegada ni reducida alegando que es de naturaleza cosmética o que no cumple por algún otro motivo con la definición de “Médicamente necesario” incluida en la Póliza. Los beneficios se pagarán como si se tratara de cualquier otra Enfermedad o Lesión en virtud de la Póliza.

Alimentos médicos

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte el Programa de beneficios).

Se pagarán beneficios para Alimentos médicos para tratar trastornos enzimáticos hereditarios, causados por defectos de un solo gen involucrados en el metabolismo de los aminoácidos, ácidos orgánicos y ácidos grasos, incluidas, a modo de ejemplo, las siguientes afecciones diagnosticadas: Fenilcetonuria; fenilcetonuria materna; enfermedad urinaria del "jarabe de arce", tirosinemia; homocistinuria; histidinemia; trastornos del ciclo de la urea, hiperlisinemia; acidemias glutáricas; acidemia metilmalónica y acidemia propiónica. "Alimentos médicos" hace referencia a fórmulas metabólicas que requieren receta médica y sus versiones modulares, obtenidas mediante una farmacia que están específicamente diseñadas y elaboradas para el tratamiento de trastornos enzimáticos hereditarios, sin incluir fibrosis quística o trastornos de intolerancia a la lactosa o intolerancia a la soja. La cobertura será la misma para los Alimentos médicos comprados dentro o fuera de la red.

Servicios para trastornos nerviosos mentales, emocionales o funcionales y de consumo de sustancias

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte el Programa de beneficios).

Para poder solicitar los beneficios, los servicios para Trastornos nerviosos mentales, emocionales o funcionales (incluidos enfermedades o trastornos mentales de naturaleza biológica), o de consumo de sustancias, deben cumplir con las siguientes condiciones:

- Los servicios deben ser para el tratamiento de un Trastorno nervioso mental, emocional o funcional, o un trastorno de consumo de sustancias que puedan mejorar a través de la práctica médica estándar.
- La Persona asegurada debe estar bajo la atención y el tratamiento directos de un Médico para la afección tratada.
- Los servicios deben ser aquellos que un Hospital o un Médico brinden y facturen habitualmente.
- Los servicios están cubiertos solo para la cantidad de días o visitas que son Médicamente necesarias para tratar la afección del Asegurado.
- Los servicios para pacientes internados deben recibirse en un Hospital o Instalación de tratamiento residencial.

Instalaciones, servicios y suministros de los servicios de rehabilitación multidisciplinaria

Cubriremos el tratamiento por hasta dos (2) meses por afección, por año, en un programa de servicios de rehabilitación multidisciplinaria, organizado, en una instalación designada o una Instalación de enfermería especializada. Cubrimos servicios de rehabilitación multidisciplinaria mientras Usted es un paciente internado en una instalación designada.

- Laboratorio y radiografías de diagnóstico/terapéuticos
- Anestesia y terapia de inhalación

Los pagos de Gastos cubiertos para pacientes internados se encuentran sujetos a las siguientes condiciones:

- Los servicios deben ser aquellos que el Hospital o la Instalación de rehabilitación multidisciplinaria brinden y facturen habitualmente.
- Los servicios deben brindarse únicamente durante la cantidad de días necesarios para tratar la Enfermedad o Lesión de la Persona asegurada.

Nota: No se brindará ningún beneficio por artículos personales, por ejemplo, televisión, radio, bandejas para acompañantes, etcétera.

Trasplantes de órganos y tejido

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte el Programa de beneficios).

Para poder recibir los beneficios, los trasplantes de órganos y tejidos deben contar con la Autorización previa de Cigna antes de la prestación de los servicios (consulte el "Programa de Autorización previa").

La Póliza brinda beneficios para servicios Hospitalarios y profesionales conforme se describe en la presente Póliza para:

- Una Persona asegurada que recibe el órgano o el tejido.

- Una Persona asegurada que dona el órgano o el tejido.
- Un donante de órganos o de tejidos que no es una Persona asegurada, si el receptor del órgano o tejido es una Persona asegurada.

Los beneficios para el donante se pagarán únicamente después de que se hayan pagado los beneficios por los gastos de la Persona asegurada, y luego, exclusivamente en la medida en que los beneficios se encuentren disponibles en virtud de la Póliza del receptor.

Cigna ha creado una red de instalaciones para trasplantes denominadas **Instalaciones de Cigna LIFESOURCE Transplant Network® (Instalaciones de Lifesource)** a fin de brindar servicios para trasplantes específicos de órganos y tejidos, entre ellos:

- corazón
- hígado
- pulmón
- corazón/pulmón
- riñón
- trasplante simultáneo de páncreas/riñón
- páncreas
- páncreas o intestino, que incluye el intestino delgado, el hígado o múltiples vísceras, obtención y trasplante de médula ósea/células madre, incluidos trasplantes autólogos y alogénicos de médula ósea/células madre

Nota: Un Proveedor participante no necesariamente es una Instalación de Cigna LIFESOURCE Transplant Network®.

Los trasplantes de córnea **no** están disponibles en las Instalaciones de Cigna LIFESOURCE Transplant Network®. Todos los demás servicios de trasplantes se encuentran cubiertos cuando son recibidos en las Instalaciones de Cigna LIFESOURCE Transplant Network®. Los servicios de trasplante, incluido el trasplante de córnea, que se reciban de instalaciones de Proveedores participantes que no sean de LIFESOURCE, que se contratan específicamente para brindar tales servicios, se pagarán según el nivel Dentro de la red.
El beneficio de las Instalaciones de Cigna LIFESOURCE Transplant Network® incluye los siguientes **beneficios para gastos de viaje** que se brindarán para:

- El receptor y 1 acompañante de viaje, cuando el receptor sea una Persona asegurada.
- El donante, si el receptor es una Persona asegurada.

El beneficio para gastos de viaje se brinda en relación con un trasplante de un órgano o de tejido cubierto **únicamente** si los Servicios cubiertos son proporcionados por una Instalación de Cigna LIFESOURCE Transplant Network® designada. Los gastos de transporte, comidas y alojamiento para el receptor y 1 acompañante y un donante se pagarán **únicamente** si no hay una Instalación de Cigna LIFESOURCE Transplant Network® que cumpla los requisitos en un radio de 100 millas del domicilio del receptor. El receptor debe utilizar los servicios de la Instalación de Cigna LIFESOURCE Transplant Network® más cercana que cumpla con los requisitos. Todos los gastos de viaje deben contar con la Autorización previa de Cigna.

Los gastos de viaje para trasplantes de órganos y tejido están limitados a un máximo combinado, según se indica en el Programa de beneficios del Plan.

Exclusiones y limitaciones de beneficios de las Instalaciones de Cigna LIFESOURCE Transplant Network®

Los beneficios pagaderos en virtud de esta disposición se encuentran sujetos a las siguientes limitaciones:

- El transporte como pasajero o en un vehículo público provisto por un medio de transporte público para servicio de pasajeros a la Instalación de Cigna LIFESOURCE Transplant Network® se encuentra limitado a la cantidad equivalente al costo de un pasaje aéreo de ida y vuelta en clase económica a la Instalación.
- El transporte a la Instalación de Cigna LIFESOURCE Transplant Network® en un vehículo automotor será pagadero de conformidad con la asignación actual del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) por milla para traslados médicos, y se encuentra limitado al costo de un pasaje aéreo de ida y vuelta en clase económica a la Instalación.

- El alojamiento en hoteles, las comidas diarias y otros servicios o suministros razonables y necesarios incurridos por una Persona asegurada y un acompañante de viaje se limitarán a una cantidad de $200 por día.

Los siguientes cargos por Trasplante de órganos y tejido están excluidos del pago en virtud del Plan:

- Cargos incurridos con anterioridad a la evaluación previa al trasplante.
- Cargos incurridos por pruebas administradas a personas distintas del donante vivo.
- Cargos correspondientes a cualquier tratamiento, suministro o dispositivo que Cigna determine que es de naturaleza Experimental, se encuentra En investigación o no constituye una práctica médica generalmente aceptada.
- Cargos por trasplante de órganos animales a un receptor humano.
- Cargos por dispositivos mecánicos diseñados para reemplazar órganos humanos, salvo el uso de un corazón mecánico para mantener vivo a un paciente hasta tanto se encuentre disponible un corazón de donante humano, o un equipo de diálisis renal.
- Cargos incurridos para mantener vivo a un donante para una operación de trasplante.
- Cargos de la Instalación de Cigna LIFESOURCE Transplant Network® por artículos vinculados con la comodidad o conveniencia personal.

Los siguientes cargos por Beneficios de viaje para trasplante de órganos y tejido están excluidos del pago en virtud del Plan:

- Gastos de transporte, alojamiento y comidas cuando la Instalación de Cigna LIFESOURCE Transplant Network® se encuentre a menos de 100 millas del domicilio de la Persona asegurada.
- Cargos incurridos por más de un acompañante de viaje.
- Cargos incurridos por la Persona asegurada y un acompañante de viaje en concepto de transporte, alojamiento y comidas que no sean los razonables y necesarios para el Plan de tratamiento.
- Cargos vinculados con el beneficio de asignación para viaje que no sean incurridos en relación con el Plan de tratamiento en una Instalación de Cigna LIFESOURCE Transplant Network®, salvo los días de viaje.
- Cargos incurridos para el transporte de un acompañante de viaje que no sea el viaje requerido para acompañar a la Persona asegurada en su viaje de ida y vuelta a la Instalación.
- Cargos resultantes de la reparación o el mantenimiento de un vehículo automotor.
- Cargos personales incurridos para mantener la residencia de la Persona asegurada y un acompañante de viaje mientras la Persona asegurada y un acompañante realizan el viaje de ida y vuelta a la Instalación y durante el tiempo de estadía de la Persona asegurada. Algunos ejemplos de estos gastos personales son, entre otros: costos del cuidado de niños, costos de cuidado del hogar o cargos de guarderías de mascotas.
- Cargos por artículos vinculados con la comodidad o la conveniencia personal.
- Cargos por alcohol, drogas o tabaco.
- Reembolso de salarios perdidos por la Persona asegurada y un compañero de viaje a causa del Plan del tratamiento.
- Gastos de viaje incurridos mientras se recibía tratamiento en una instalación no designada como Instalación de Cigna LIFESOURCE Transplant Network®.

Aparatos ortopédicos

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte el Programa de beneficios).

Un aparato ortopédico es un dispositivo rígido o semirrígido utilizado para apoyar, alinear, prevenir o ayudar a aumentar el uso de una parte del cuerpo o extremidad que no funciona bien, que limita o detiene el movimiento de una parte del cuerpo débil o con funcionamiento deficiente. Un ejemplo de un aparato ortopédico es un soporte para rodilla. Se brindan beneficios para la compra y el ajuste necesario de aparatos ortopédicos. La cobertura también incluye ajustes o reparaciones siempre que los ajustes y las reparaciones no sean resultado del uso inadecuado o la pérdida. Los beneficios cubiertos se limitan al modelo más apropiado que satisfaga adecuadamente las necesidades médicas del miembro.

Cuidado por embarazo y maternidad

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte el Programa de beneficios).

Su Plan de Proveedores participantes brinda beneficios de cuidado para el embarazo y después del parto para Usted y los Miembros de su familia.

Todos los beneficios integrales que se describen en el presente Plan se encuentran disponibles para los servicios de maternidad. Se encuentran disponibles beneficios Hospitalarios integrales para la atención de neonatología de rutina de un niño recién nacido, siempre que el niño califique como un Dependiente que cumple con los requisitos conforme se define en "Condiciones para cumplir con los requisitos", en la sección de este Plan titulada "Quiénes pueden participar".

La madre y su hijo recién nacido tendrán derecho a recibir cobertura Hospitalaria para pacientes internados durante un período de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones; si las 48 horas tras el parto se cumplen después de las 8 p.m., la cobertura continuará hasta las 8 a.m. de la mañana siguiente; y de 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones; si las 96 horas tras el parto por cesárea se cumplen después de las 8 p.m., la cobertura continuará hasta las 8 a.m. de la mañana siguiente. Si entre la madre y el médico toman la decisión de dar el alta hospitalaria a la madre o al niño recién nacido antes de transcurrido dicho período de 48 o 96 horas, dispondrán de cobertura para la atención posterior al parto que resulte oportuna, incluida una visita en el hogar para el recién nacido durante la primera semana de vida si el recién nacido es dado de alta del Hospital menos de 48 horas después del parto.

La presente Póliza brinda beneficios para complicaciones del embarazo. Hay beneficios disponibles para otros cuidados por embarazo y maternidad según lo indicado anteriormente en "Cuidado por embarazo y maternidad".

No restringiremos los beneficios de ninguna estadía en un Hospital en relación con el nacimiento, para la madre o el hijo recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea; ni exigiremos que un proveedor obtenga autorización para recetar una estadía que no supere los períodos mencionados. Sin embargo, podemos brindar beneficios para una estadía más corta si el proveedor a cargo (*p. ej.,*el Médico, la enfermera partera), después de la consulta con la madre, da el alta a la madre o al recién nacido antes.

Servicios de atención preventiva

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte Su Programa de beneficios).

El Plan brinda beneficios para servicios de atención preventiva de rutina. Se pagarán los Gastos cubiertos por servicios de atención preventiva, que incluirán los siguientes:

- Exámenes físicos de rutina
- Un examen anual de detección del cáncer de seno con mamografía, examen anual de Papanicolaou, examen anual de detección de cáncer de próstata, incluido análisis de sangre de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés), exámenes de detección de cáncer colorrectal, para todas las personas con riesgo alto y el costo total de la vacuna contra el cáncer de cuello uterino.
- Vacunas antigripal y antineumocócica
- Artículos o servicios que tengan una calificación A o B en las recomendaciones vigentes del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés);
- Inmunizaciones recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades;
- Para bebés, niños y adolescentes, atención preventiva y exámenes de detección basados en evidencias contemplados en las pautas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud; y
- Para las mujeres, la atención preventiva y los exámenes de detección adicionales que estén contemplados en las pautas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud

Podrá encontrar información detallada en: www.healthcare.gov

Nota: Los Servicios cubiertos no incluyen exámenes, atención, pruebas de detección ni inmunizaciones de rutina para fines de viajes, laborales, escolares ni deportivos.

Servicios profesionales y otros servicios

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte Su Programa de beneficios).

La Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos incurridos en concepto de:

- Servicios de un Médico;
- Servicios de un anestesiólogo o anestesista;
- Consultas a farmacéuticos clínicos

- Servicios sociales médicos
- Servicios de diagnóstico radiológicos y de laboratorio para pacientes en consulta externa;
- Tratamiento de radioterapia, quimioterapia y hemodiálisis;
- Implantes quirúrgicos, excepto los cosméticos y dentales;
- Procedimientos quirúrgicos de esterilización (es decir, vasectomía y/o ligaduras de trompas);
- Prótesis/aparatos y dispositivos protésicos, miembros u ojos artificiales;
- Los aparatos prostéticos/médicos internos que brindan soporte funcional interno permanente o transitorio para partes del cuerpo no funcionales están cubiertos. La reparación, mantenimiento o reemplazo Médicamente necesarios de un aparato cubierto también están cubiertos.
- El primer par de lentes de contacto o el primer par de anteojos, cuando se requieran como resultado de una cirugía ocular;
- Transfusiones de sangre, incluido el procesamiento de la sangre y el costo de la sangre y los derivados hematológicos no reemplazados;
- Los Medicamentos de especialidad para infusión e inyectables que requieren receta médica pueden requerir autorización previa o precertificación.

Terapia de rehabilitación para Personas aseguradas con defectos congénitos y anomalías de nacimiento

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte el Programa de beneficios).

Se pagarán beneficios para la atención y el tratamiento de defectos congénitos y anomalías de nacimiento. Se cubrirán fisioterapia, terapia ocupacional y del habla Médicamente necesarias para Personas aseguradas con defectos congénitos y anomalías de nacimiento. La terapia se proporcionará independientemente de que la afección sea aguda o crónica, y de que el fin de la terapia sea mantener o mejorar la capacidad funcional.

Servicios de terapia de rehabilitación a corto plazo (fisioterapia, terapia ocupacional y del habla)

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte el Programa de beneficios).
La presente Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos incurridos por los siguientes servicios de rehabilitación a corto plazo:

- Uso terapéutico del calor, el frío, el ejercicio, la electricidad o la luz ultravioleta; o
- Manipulación de la columna vertebral; o
- Masajes para mejorar la circulación, fortalecer los músculos, favorecer la recuperación de la movilidad, como parte del tratamiento de una Enfermedad o Lesión; y
- Servicios para la atención y el tratamiento que resulten necesarios en caso de pérdida o impedimento del habla.

Los beneficios se brindan hasta cualquier cantidad máxima de visitas indicada en el Programa de beneficios. A los fines de este beneficio, el término "visita" incluye cualquier visita de pacientes en consulta externa a un Médico, durante la cual se brindan uno o más Servicios cubiertos.

Todos los suministros y cargos adicionales cobrados junto con estos servicios se incluirán en el pago de beneficios por la visita y no se reembolsarán además de la visita.

Nota especial:
Las visitas adicionales por Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla, más allá de cualquier máximo indicado en el Programa de beneficios pueden estar cubiertas después de un traumatismo grave como:

- la hospitalización de un paciente debido a traumatismo grave, como lesión de la columna o accidente cerebrovascular; y
- si Cigna determina que es probable que el tratamiento adicional provoque una mejora significativa a través de una reducción cuantificable del impedimento de la Persona asegurada; y
- si Cigna lo autoriza previamente.

Servicios y suministros de Instalaciones de enfermería especializada

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte Su Programa de beneficios).
En el caso de cualquier afección que cumpla con los requisitos y esté Autorizada por Cigna, la presente Póliza brinda los beneficios indicados para Gastos cubiertos por:

- Los servicios y suministros para pacientes internados proporcionados por la Instalación de enfermería especializada, excepto los cargos por habitaciones privadas que superen la tarifa de la habitación doble vigente en la instalación.
- La fisioterapia, terapia ocupacional y del habla están cubiertas como parte de atención de enfermería especializada si, a criterio de un médico, es posible lograr una mejora significativa en un período de 2 meses.

El pago de los beneficios por servicios de la Instalación de enfermería especializada se encuentra sujeto a **todas** las siguientes condiciones:

- Usted y los Miembros de su familia deben ser referidos a la Instalación de enfermería especializada por un Médico.
- Los servicios deben ser aquellos que la Instalación de enfermería especializada brinda y factura habitualmente.
- Los servicios deben ser acordes con la Enfermedad, Lesión, grado de incapacidad y necesidades médicas. Los servicios se brindan únicamente durante la cantidad de días necesarios para tratar la Enfermedad o Lesión.
- Usted y los Miembros de su familia deben permanecer bajo la supervisión médica activa de un Médico que trata la Enfermedad o Lesión por la cual están internados en la Instalación de enfermería especializada.

Nota: No se brindarán beneficios por:

- Artículos personales, por ejemplo, televisión, radio, bandejas para acompañantes, etcétera.
- Admisiones a la Instalación de enfermería especializada que superen el máximo de días cubiertos por Año.

Dejar de fumar

La presente Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos para Dejar de fumar de conformidad con las recomendaciones “A” o “B” del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.

Telesalud/Telemedicina

Los beneficios para Telemedicina se pagan como si se tratara de cualquier otra afección médica.

La Telemedicina incluye la prestación de servicios médicos y cualquier diagnóstico, consulta o tratamiento a través de medios de comunicación interactivos de audio, video o datos. Para obtener una descripción completa de los servicios, consulte la sección “Definiciones” de la presente Póliza.

Nota: este beneficio no incluye Servicios de telesalud de acceso ampliado.

Tratamiento de la Disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ)

(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte Su Programa de beneficios).

Los servicios médicos para la Disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés) están cubiertos como si se tratara de cualquier otra afección médica. Los servicios dentales (p. ej., dentaduras postizas, puentes, coronas, fundas u otras Prótesis dentales, extracción de dientes o tratamiento de los dientes o encías), o los servicios de ortodoncia (p. ej., frenos y otros aparatos de ortodoncia) no se encuentran cubiertos por la presente Póliza para ningún diagnóstico, como así tampoco para la TMJ.

Beneficios de Medicamentos que requieren receta médica

Gastos cubiertos

Si la Persona asegurada, mientras cuenta con la cobertura de la presente Póliza, incurre en gastos por cargos cobrados por una Farmacia, por Medicamentos que requieren receta médica o Suministros relacionados Médicamente necesarios indicados por un Médico, Cigna brindará cobertura para dichos gastos según lo detallado en el Programa de beneficios. La cobertura también incluye Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados Médicamente necesarios despachados para una receta médica emitida a Usted o un Miembro de su familia por un dentista con licencia para prevenir una infección o el dolor en forma conjunta con un procedimiento dental.

Cuando se les expida una receta a Usted o a un Miembro de su familia por Medicamentos que requieren receta médica o Suministros relacionados Médicamente necesarios como parte de la prestación de Servicios de emergencia, y dicha receta no pueda ser razonablemente despachada por una Farmacia participante, la receta será cubierta por Cigna como si hubiese sido despachada por una Farmacia participante.

Conceptos cubiertos

- Medicamentos para pacientes en consulta externa y medicamentos que, conforme a las leyes federales y/o del estado de Colorado aplicables, se encuentran restringidos para la venta con Receta médica únicamente, excepto la Insulina que no requiere receta.
- Productos farmacéuticos para ayudar a dejar de fumar de conformidad con las recomendaciones “A” o “B” del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.
- Insulina (no se requiere receta); jeringas; adaptadores para inyecciones, monitores de glucosa en sangre, monitores de glucosa en sangre para personas legalmente ciegas; tiras reactivas para medir la glucosa; tiras de cetona para lectura visual; tiras reactivas para orina; lancetas; bombas de insulina, dispositivos y accesorios para infusión, agentes hipoglucémicos orales; botiquines de emergencia de glucagón y paños de alcohol.
- Medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA. Actualmente la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) ha aprobado 18 métodos anticonceptivos diferentes. Todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA están cubiertos en virtud de esta póliza sin costos compartidos según lo requiere la ley federal y estatal.
- Medicamentos inyectables autoadministrados y jeringas para la autoadministración de dichos Medicamentos.
- Medicamentos contra el cáncer de administración por vía oral recetados en relación con tratamientos de quimioterapia contra el cáncer.
- Uso no aprobado de medicamentos contra el cáncer si a) el medicamento está reconocido para el tratamiento de ese cáncer en los compendios de referencia acreditados según lo identificado por la secretaría del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos; y b) el tratamiento es para una afección cubierta.
- Todas las Recetas de compuestos que no se administren por infusión y contengan, al menos, un ingrediente activo que requiera receta médica cubierto.
- Los Medicamentos de especialidad están cubiertos.

Condiciones del servicio

El Medicamento o la medicación debe:

- Ser recetado por escrito, excepto la insulina, por un Médico y administrado en el término de un año a partir de haber sido recetado, con sujeción a las leyes federales o estatales.
- Contar con la aprobación de la Organización de Drogas y Alimentos para su uso.
- Ser para la atención y el tratamiento directos de la Enfermedad, Lesión o afección de la Persona asegurada; sin embargo, los suplementos alimenticios, los dispositivos auxiliares para la salud o los medicamentos para fines cosméticos no se encuentran cubiertos, aun cuando sean recetados por un Médico para la atención y el tratamiento de una enfermedad de la Persona asegurada.
- Ser comprado en una Farmacia minorista con licencia o pedido por correo a través del programa de farmacia de pedido por correo.
- El Medicamento o la medicación no debe utilizarse mientras la Persona asegurada se encuentre internada en una instalación.

- La Receta no debe superar el suministro de días indicado en la sección "Limitaciones" a continuación.
- Los Medicamentos de especialidad para infusión e inyectables que requieren receta médica pueden requerir autorización previa o precertificación.

Beneficios de atención de la vista pediátrica

Nota: El examen de la vista de rutina realizado por un PCP o pediatra está cubierto en virtud del beneficio de Servicios preventivos.

Definiciones

Colección de marcos pediátricos significa marcos designados que son adecuados para sostener lentes, y que tienen cobertura total en virtud de los beneficios de salud esenciales.

Servicios de atención de la vista pediátrica significa exámenes de atención de la vista de rutina, tratamiento preventivo y otros servicios o tratamientos descritos en la sección “Servicios de atención de la vista pediátrica” de esta Póliza brindados a una Persona asegurada menor de 19 años.

Tenga en cuenta que:
La red de Atención de la vista pediátrica es diferente de la red de sus beneficios médicos.

Los Beneficios de atención de la vista pediátrica cubiertos están sujetos a cualquier Co-seguro aplicable indicado en el Programa de beneficios.

Conceptos cubiertos

Los Beneficios cubiertos Dentro de la red para Personas aseguradas menores de 20 años incluyen:

- Exámenes: una evaluación de la salud de la vista y de los ojos realizada por un Optometrista o un Oftalmólogo que incluye, a modo de ejemplo, examen de la salud de los ojos, dilatación, refracción y recetas médicas para anteojos.
- Lentes (anteojos): un par de lentes recetados de plástico o vidrio; toda la variedad de recetas médicas (aumentos y prismas).
  - Lentes de policarbonato
  - Revestimiento contra rayaduras
  - Lentes extragrandes.
  - Colores lisos y en degradé.
- Marcos: un marco de la Colección de marcos pediátricos para lentes que requieren receta médica. Solo están cubiertos los marcos de la Colección de marcos pediátricos.
- Lentes de contacto Médicamente necesarios y Terapéuticos: un par de lentes de contacto o una compra única de un suministro de lentes de contacto, en lugar del beneficio de lentes y marcos (no pueden recibirse lentes de contacto y marcos en el mismo año de beneficios). La asignación de lentes de contacto puede aplicarse a los Materiales de los lentes de contacto, así como al costo de los servicios profesionales para lentes de contacto adicionales, incluidos el ajuste y la evaluación.
- Se brindará cobertura para lentes de contacto Terapéuticos cuando la agudeza visual no pueda corregirse a 20/70 en el ojo con mejor visión con anteojos y cuando el ajuste de los lentes de contacto obtendría este nivel de agudeza visual, y en ciertos casos de anisometropía, queratocono o afaquia, según lo determine y documente su Proveedor de beneficios de la vista. Los lentes de contacto ajustados para otros fines terapéuticos o la reducción de los campos visuales debido a una alta corrección en menos o más no están cubiertos.
- Cobertura para poca visión: Los servicios y dispositivos para poca visión profesionales y adicionales tienen cobertura total una vez cada 24 meses para una Persona Asegurada con vista parcial, o cuya vista no puede corregirse completamente con cirugía, productos farmacéuticos, lentes de contacto o anteojos. Existen diversos dispositivos para poca visión, como el telescopio bióptico, que puede ayudar a la Persona asegurada con sus necesidades específicas.

Es posible que algunos Profesionales de atención de la vista de la Red de Cigna Vision no ofrezcan estos servicios. Consulte primero a su profesional de atención de la vista antes de programar una cita.

Proveedores de Cigna Vision

Para buscar un Proveedor de Cigna Vision, o para obtener un formulario de reclamo, la Persona asegurada debe visitar myCigna.com y utilizar el enlace en la página de cobertura de la vista, o puede llamar a Servicios a los asegurados al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación.

LIMITACIONES/EXCLUSIONES (LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO)

Servicios excluidos

Cigna no puede denegar, excluir ni limitar de otro modo la cobertura de servicios Médicamente necesarios, según lo determine el proveedor médico de una Persona asegurada, si el artículo o servicio se proporcionaría en función de los estándares de atención vigentes y como un beneficio cubierto a otra Persona asegurada independientemente de su orientación sexual.

Además de cualquier otra exclusión y limitación que se describa en esta Póliza, no se proporcionarán beneficios para lo siguiente:

- Los servicios obtenidos de un Proveedor fuera de la red (no participante), salvo los Servicios de emergencia.
- Cantidades que superen las cantidades máximas de los Gastos cubiertos especificados en esta Póliza.
- Servicios no incluidos específicamente en esta Póliza como Servicios cubiertos.
- Servicios para el tratamiento de complicaciones de procedimientos o servicios no cubiertos.
- Servicios o suministros que no son Médicamente necesarios.
- Servicios o suministros que Cigna considere que son para Procedimientos experimentales o Procedimientos en investigación.
- Servicios que se reciban antes de la Fecha de vigencia de la cobertura.
- Servicios recibidos después de finalizada la cobertura en virtud de esta Póliza.
- Servicios que Usted no tiene la obligación legal de pagar o por los cuales no se cobraría si Usted no tuviera un plan de salud o una cobertura de seguro.
- Cualquier afección por la cual se recuperen o puedan recuperarse los beneficios, ya sea mediante una sentencia o laudo, un acuerdo o de otro modo, en virtud de cualquier compensación del seguro de accidentes de trabajo, ley de responsabilidad del empleador o ley de enfermedades laborales, incluso si la Persona asegurada no reclama esos beneficios.
- Afecciones causadas por: (a) un acto bélico (como consecuencia de una guerra declarada o no declarada); (b) la liberación involuntaria de energía nuclear cuando haya fondos del gobierno disponibles para tratar las Enfermedades o Lesiones producidas por dicha liberación de energía nuclear; (c) la participación de una Persona asegurada en el servicio militar de cualquier país; (d) la participación de una Persona asegurada en una insurrección, una rebelión o un motín; (e) servicios recibidos como resultado directo de la comisión o el intento de comisión de un delito grave por parte de una Persona asegurada (independientemente de que haya dado lugar a acciones legales o no) o como resultado directo de que la Persona asegurada participe en una actividad ilícita.
- Cualquier servicio proporcionado por una agencia gubernamental local, estatal o federal, salvo (a) cuando la ley federal o estatal exijan expresamente el pago en virtud de esta Póliza.
- Servicios que deben ser brindados por un distrito escolar o un sistema escolar público según lo exigido por la ley estatal o federal.
- Cualquier servicio por el cual pueda obtenerse el pago de cualquier agencia gubernamental local, estatal o federal (a excepción de Medicaid o beneficios de asistencia médica en virtud de la Ley de Asistencia Médica de Colorado, Título 25.5, Artículos 4, 5, y 6 del C.R.S.). Los Hospitales de la Administración de Veteranos y las Instalaciones militares de tratamiento serán considerados para el pago de acuerdo con la legislación vigente.
- Si la Persona asegurada cumple con los requisitos para recibir cobertura en virtud de la Parte A, B o D de Medicare, Cigna proporcionará el pago del reclamo de acuerdo con esta Póliza menos cualquier cantidad pagada por Medicare. El pago efectuado por Cigna no podrá exceder la cantidad que habría pagado si hubiese sido la única aseguradora.
- Tratamiento u hospitalización ordenados por un tribunal, a menos que el tratamiento sea Médicamente necesario y se indique como cubierto en este plan.
- Servicios profesionales o suministros recibidos de Usted mismo o comprados a Usted mismo.
- Atención de custodia.
- Atención de enfermería privada, salvo cuando se brinde como parte del beneficio de Servicios de atención médica en el hogar o Servicios de atención en hospicio en esta Póliza o según se indique específicamente en la sección de esta Póliza titulada “Beneficios/Cobertura (Conceptos cubiertos)”.
- Cargos de cuarto y alojamiento de pacientes internados en relación con una estadía en un Hospital, principalmente por un cambio de ambiente o fisioterapia; Atención de custodia o curas de reposo; servicios proporcionados por un hogar o residencia de ancianos, un asilo de convalecencia o cualquier otro servicio brindado en una instalación similar.

- Servicios recibidos durante una estadía como paciente internado cuando la estadía se relacione principalmente con inadaptación del comportamiento, social, falta de disciplina u otras acciones antisociales que no son específicamente resultado de la salud mental.
- Servicios de medicina complementaria y alternativa, incluidos, a modo de ejemplo: terapia de masaje; terapia con animales, incluidas, entre otras, equinoterapia o terapia canina; arteterapia; meditación; visualización, acupuntura; acupresión; reflexología; *rolfing* (masaje del tejido conectivo); terapia de la luz; aromaterapia; musicoterapia o terapia del sonido; terapia de danza; terapia del sueño; hipnosis; equilibrio energético; ejercicios de respiración; terapia del movimiento y/o ejercicio, incluidos, a modo de ejemplo, yoga, pilates, tai-chi, caminatas, senderismo, natación, golf; y cualquier otro tratamiento alternativo según lo definido por el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM, por sus siglas en inglés) de los Institutos Nacionales de Salud. Los servicios específicamente indicados como cubiertos en "Terapia de rehabilitación a corto plazo" y "Terapia de habilitación" no están sujetos a esta exclusión.
- Cualquier servicio o suministro proporcionados por o en un hogar de ancianos, un asilo de convalecencia o cualquier otra instalación similar en la que una parte significativa de las actividades incluyan descanso, recreación, esparcimiento o cualquier otro servicio que no sean Servicios cubiertos.
- Asistencia con las actividades cotidianas entre las que se incluyen, a modo de ejemplo, bañarse, comer, vestirse u otras actividades de Atención de custodia, de cuidado personal o servicios domésticos y servicios que sean principalmente para descanso, cuidado en el hogar o convalecencia.
- Servicios prestados por profesionales sin licencia o servicios que no requieren licencia para su prestación, por ejemplo, meditación, ejercicios de respiración, visualización guiada.
- Cargos de cuarto y comida de pacientes internados en relación con una estadía en un Hospital, principalmente para pruebas de diagnóstico que podrían haberse realizado en forma segura como paciente en consulta externa.
- Servicios autoindicados a una instalación de diagnóstico independiente o con sede en un Hospital.
- Servicios indicados por un Médico u otro proveedor que es empleado o representante de una instalación de diagnóstico independiente o con sede en un Hospital, cuando el Médico o proveedor:
  - No ha participado activamente en su atención médica antes de indicar el servicio, o
  - No participa activamente en su atención médica después de que recibe el servicio.

  Esta exclusión no se aplica a la mamografía.
- Tratamiento de Trastornos nerviosos mentales, emocionales o funcionales, o pruebas psicológicas, salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza. No obstante, las afecciones médicas causadas por el comportamiento de la Persona asegurada, que puedan estar asociadas con estas afecciones mentales no se encuentran sujetas a estas limitaciones.
- Servicios dentales, dentaduras postizas, puentes, coronas, fundas u otras Prótesis dentales, extracción de dientes o tratamiento de dientes o encías, salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza.
- Servicios de ortodoncia, correctores dentales y otros aparatos ortodóncicos, incluidos los servicios de ortodoncia para la Disfunción de la articulación temporomandibular, salvo el tratamiento para ortodoncia médicamente necesaria para una persona nacida con labio o paladar leporino.
- Implantes dentales: Materiales dentales implantados dentro del hueso o tejido blando o sobre ellos, o cualquier procedimiento relacionado como parte del implante o la extracción de implantes dentales. Excluye el tratamiento médicamente necesario de labio leporino o paladar leporino.
- Aparatos auditivos, salvo según lo indicado específicamente en esta Póliza, que incluyen, a modo de ejemplo, dispositivos semiimplantables para la audición, audífonos de implante óseo y Audífonos implantados en el hueso (BAHA, por sus siglas en inglés) limitados al dispositivo profesionalmente adecuado menos costoso. Un aparato auditivo es cualquier tipo de dispositivo que amplifique el sonido.
- Pruebas de audición de rutina, salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza en "Beneficios/Cobertura (Conceptos cubiertos)".
- Examen de detección genética o examen de detección genética 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.
- Servicios de optometría, ejercicios de los ojos, que incluyen ortóptica, anteojos, lentes de contacto, exámenes y refracciones de rutina de la vista, salvo según lo indicado específicamente en esta Póliza en Atención de la vista pediátrica.
- Cirugía ocular únicamente con el propósito de corregir defectos de refracción del ojo, como miopía, astigmatismo y/o presbicia.

- Los Medicamentos u otras sustancias que se administren en cualquier entorno para pacientes en consulta externa, salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza. Esto incluye, a modo de ejemplo, los artículos administrados por un Médico.
- Cirugía cosmética u otros servicios para embellecerse, mejorar o alterar la apariencia o la autoestima, o con el fin de tratar quejas psicológicas o psicosociales relacionadas con la apariencia de una persona. Esta exclusión no se aplica a la Cirugía reconstructiva para restaurar una función del cuerpo o para corregir una malformación provocada por una Lesión, cirugía médicamente necesaria o defecto congénito de un niño Recién nacido, o para tratar hemangiomas congénitos (manchas en vino de Oporto) en la cara o el cuello de una persona asegurada de 18 años o menor, ni a la Cirugía reconstructiva médicamente necesaria para restaurar la simetría después de una mastectomía o tumorectomía.
- Ayudas o dispositivos que ayudan en la comunicación no verbal, entre ellos, a modo de ejemplo, 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.
- Asesoría o servicios auxiliares no médicos, que incluyen, a modo de ejemplo, los Servicios de educación, capacitación, rehabilitación vocacional, entrenamiento del comportamiento, biorretroalimentación, neurorretroalimentación, hipnosis, terapia del sueño, asesoría laboral, capacitación para cuidar la espalda, servicios de retorno al trabajo, programas de reentrenamiento para el trabajo, seguridad vial, y servicios, capacitación, terapia educacional u otros servicios auxiliares no médicos para tratar los trastornos del aprendizaje y los retrasos en el desarrollo, salvo según lo indicado específicamente en esta Póliza. Esta exclusión no se aplica a servicios de educación para la salud para enfermedades crónicas y cuidado personal sobre temas como manejo del estrés y nutrición.
- Servicios y procedimientos relacionados con cirugía para retirar piel sobrante, incluidos cirugía de la pared abdominal/paniculectomía, extirpación de papilomas cutáneos, acupresión, acupuntura, terapia cráneo-sacral/craneal, kinesiología aplicada, proloterapia y litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL, por sus siglas en inglés) para afecciones musculoesqueléticas y ortopédicas, macromastia o ginecomastia; várices; rinoplastia y blefaroplastia, sin importar las indicaciones clínicas.
- Cirugía o tratamientos para cambiar las características del cuerpo a las del sexo opuesto.
- Cualquier tratamiento, medicamento que requiere receta médica, servicio o suministro para tratar la disfunción sexual, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual.
- Los siguientes servicios relacionados con la evaluación o el tratamiento de la fertilidad y/o la Infertilidad, reversiones de esterilizaciones; donación de semen y donación de óvulos; trasplantes de óvulos fecundados; Fertilización in vitro, transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés); transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), salvo según lo indicado específicamente en esta Póliza.
- La criopreservación de esperma u óvulos, o el almacenamiento de esperma para inseminación artificial (incluidos los pagos por servicios del donante).
- Todos los Medicamentos, dispositivos y/o suministros que no requieren receta médica, salvo los medicamentos designados como preventivos por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA) que se pueden adquirir sin receta;
- Medicamentos inyectables (medicamentos “autoinyectables") que no requieran supervisión de un Médico; Todos los medicamentos no inyectables que requieren receta médica, los medicamentos inyectables que requieren receta médica pero no necesitan la supervisión del Médico y se consideran comúnmente medicamentos autoadministrados, los medicamentos que no requieren receta médica, y los medicamentos experimentales o en investigación, y los medicamentos inyectables autoadministrados, a excepción de lo que se especifica en el Programa de beneficios y en la sección de Beneficios para medicamentos que requieren receta médica de esta Póliza.
- Los Medicamentos de especialidad para infusión e inyectables que requieren receta médica que deben ser supervisados por un Médico, salvo que en esta Póliza se indique lo contrario, si no son proporcionados por un Proveedor participante aprobado específicamente designado para surtir dicho medicamento especial que requiere receta médica. Los Medicamentos de especialidad para infusión e inyectables incluyen, a modo de ejemplo, factor y suministros para hemofilia, reemplazo de enzimas e inmunoglobulina intravenosa.
- 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 el estado físico general
- Calzado ortopédico (salvo cuando esté unido a soportes), plantillas, dispositivos ortopédicos (salvo para el tratamiento como resultado de la diabetes).

- Servicios destinados principalmente a bajar de peso o al tratamiento de la obesidad, incluida la obesidad patológica, o cualquier cuidado que incluya la pérdida de peso como principal método de tratamiento. Esto incluye cualquier cirugía de obesidad patológica, incluso si la Persona asegurada tiene otras afecciones que afectan su salud que podrían mejorar si reduce la obesidad o baja de peso, o cualquier programa, producto o tratamiento médico para bajar de peso, o cualquier gasto de cualquier tipo para tratar la obesidad, controlar el peso o bajar de peso, salvo que en esta Póliza se indique lo contrario en "Cirugía bariátrica".
- Exámenes físicos o pruebas de rutina cuya finalidad no sea el tratamiento directo de una Enfermedad, Lesión o afección real, incluidos aquellos exigidos por las autoridades gubernamentales o laborales, los exámenes físicos requeridos para un empleo o por un empleador, por una institución educativa o para actividades deportivas, a menos que en este Plan se establezca específicamente lo contrario.
- La terapia o el tratamiento destinado principalmente a mejorar o mantener el estado físico general o con el propósito de mejorar el desempeño laboral, escolar, atlético o recreativo, que incluye, a modo de ejemplo, la atención de rutina, a largo plazo o de mantenimiento que se proporciona luego de la solución de un problema médico agudo y cuando no se espera una mejoría terapéutica significativa.
- Artículos proporcionados principalmente para comodidad o conveniencia personal (purificadores de aire, acondicionadores de aire, humidificadores, equipos para realizar ejercicios, cintas para correr, equipos de spa, elevadores y suministros de higiene o belleza, entre los que se incluyen las pelucas, etc.).
- Terapia de masajes
- Servicios educativos, a excepción del Programa de capacitación para el autocontrol de la diabetes, y según lo dispuesto o acordado específicamente por Cigna.
- Asesoría en materia de nutrición o suplementos alimenticios, salvo según lo indicado en esta Póliza.
- Equipos médicos duraderos no incluidos específicamente como Servicios cubiertos en la sección Servicios cubiertos de esta Póliza. Los equipos médicos duraderos excluidos son, a modo de ejemplo, los siguientes: calzado ortopédico o plantillas; purificadores de aire, acondicionadores de aire, humidificadores; equipos para realizar ejercicios, cintas para correr; equipos de spa; elevadores; suministros para comodidad, higiene o belleza; fundas y suministros desechables; aparatos de corrección o de apoyo y suministros como medias, y suministros médicos de consumo que no sean materiales de ostomía o catéteres urinarios, incluidos, entre otros, vendajes y otros artículos médicos desechables, preparaciones cutáneas y tiras reactivas, a menos que esta Póliza establezca lo contrario.
- Fisioterapia y/o terapia/medicina ocupacional, salvo cuando se suministre durante una internación hospitalaria o según lo dispuesto específicamente en el Programa de beneficios y en “Fisioterapia y/o terapia/medicina ocupacional” en la sección de esta Póliza titulada “Beneficios/Cobertura (Conceptos cubiertos)”.
- Todos los cargos de los Proveedores en país extranjero están excluidos en virtud de esta Póliza, salvo según lo indicado específicamente en “Tratamiento recibido de Proveedores en país extranjero” en la sección de esta Póliza titulada “Beneficios/Cobertura (Conceptos cubiertos)”.
- Tratamiento con hormona del crecimiento, salvo cuando se haya comprobado médicamente su eficacia para el tratamiento del retraso de crecimiento verificado debido a una deficiencia de la hormona del crecimiento, el retraso de crecimiento secundario de una insuficiencia renal crónica antes o durante la diálisis, o para pacientes con síndrome consuntivo a causa del SIDA. También se debe haber comprobado clínicamente la eficacia de los servicios para dicho uso, y dicho tratamiento debe tener probabilidades de producir una mejora significativa de la afección de la Persona asegurada; el Tratamiento con hormona del crecimiento para talla baja idiopática, o para mejorar el desempeño atlético no está cubierto bajo ninguna circunstancia.
- Atención de rutina de los pies, que incluye cortar o eliminar callos; cortar las uñas, cuidados higiénicos de rutina y cualquier servicio que se brinde sin que haya una Enfermedad, Lesión o síntoma localizado que comprometa los pies, a menos que esta Póliza establezca lo contrario.
- Cargos por los cuales no podemos determinar Nuestra responsabilidad debido a que la Persona asegurada no realizó lo siguiente dentro de un plazo de 60 días o tan pronto como fuera razonablemente posible: (a) autorizarnos a recibir todos los registros médicos y la información que solicitamos; o (b) suministrarnos la información que solicitamos con respecto a las circunstancias del reclamo u otra cobertura de seguro.
- Cargos por los servicios de un Médico de guardia.
- Cargos por trasplantes de órganos de animales a humanos.
- Cargos por abortos provocados.
- Reclamos recibidos por Cigna después de transcurridos 15 meses desde que se prestó el servicio, salvo en caso de incapacidad legal.

Exclusiones de beneficios de medicamentos que requieren receta médica

Los siguientes medicamentos no están cubiertos por los Beneficios de medicamentos que requieren receta médica. No se pagarán los siguientes gastos:

- Medicamentos no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos;
- Cualquier medicamento que no esté en la Lista de medicamentos que requieren receta médica y no esté aprobado de otro modo como Médicamente necesario;
- Medicamentos que no requieren receta médica en virtud de la ley federal o estatal, a menos que en la presente Póliza se establezca lo contrario, o que lo exija la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA);
- Medicamentos que no requieren advertencia federal (etiqueta exigida por ley federal para los medicamentos que requieren la supervisión de un Médico), a excepción de la insulina;
- Cualquier medicamento que sea una alternativa farmacéutica a un medicamento que no requiere receta médica, a excepción de la insulina;
- Una clase de medicamento en la que por lo menos uno de los medicamentos no requiere receta médica, y los medicamentos de la clase se consideran equivalentes desde el punto de vista terapéutico, según lo determinado por el Comité de P&T;
- Los medicamentos inyectables para la infertilidad y cualquier medicamento inyectable que requiere la supervisión de un Médico y no se consideran típicamente medicamentos de autoadministración están cubiertos en virtud de los beneficios médicos de este Plan y requieren Autorización previa. A continuación se incluyen ejemplos de medicamentos supervisados por un Médico: Medicamentos inyectables usados para tratar la hemofilia y el virus sincitial respiratorio (RSV, por sus siglas en inglés), medicamentos inyectables para quimioterapia, y medicamentos para trastornos endocrinos y metabólicos;
- Medicamentos relacionados con la infertilidad, a excepción de aquellos que lo exija la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA);
- Cualquier medicamento que sea Experimental o se encuentre en Investigación según se describe en la sección "Exclusiones" médicas de la Póliza; a menos que se establezca específicamente en las secciones de esta Póliza tituladas "Estudios clínicos", "Costos de estudios clínicos" y "Medicamentos no aprobados"; medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) utilizados con fines diferentes de los aprobados por la FDA, a menos que el medicamento esté reconocido para el tratamiento de la indicación en particular en alguno de los compendios de referencia estándar (la base de datos American Hospital Formulary Service Drug Information, AHFS) o en literatura médica. Literatura médica significa estudios científicos publicados en revistas biomédicas revisadas por colegas médicos escritas en inglés;
- Los productos anticonceptivos implantables colocados por el Médico están cubiertos en virtud de los beneficios médicos del Plan;
- Dispositivos, aparatos y suministros que requieren y que no requieren receta médica (como materiales para ostomía) que no sean Suministros relacionados, salvo aquellos correspondientes a Suministros y equipos para diabéticos;
- Vitaminas que requieren receta médica (que no sean vitaminas prenatales), suplementos alimenticios, suplementos a base de hierbas y flúor distintos de aquellos específicamente designados como suplementos preventivos en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA);
- Medicamentos que se utilicen con fines estéticos que no tienen un uso aceptable desde el punto de vista médico, como medicamentos para reducir las arrugas, para estimular el crecimiento del cabello, medicamentos para controlar la transpiración y cremas para reducir las manchas de la piel;
- Los agentes inmunizantes inyectables o para infusión, productos biológicos para inmunización para la alergia, sueros biológicos, sangre, plasma sanguíneo y otros derivados hematológicos o fracciones sanguíneas están cubiertos en virtud de los beneficios médicos de esta Póliza.
- Medicamentos usados para profilaxis en caso de viaje, a excepción de medicamentos contra la malaria;
- Tratamiento con hormona del crecimiento, salvo cuando se haya comprobado médicamente su eficacia para el tratamiento del retraso de crecimiento verificado debido a una deficiencia de la hormona del crecimiento, el retraso de crecimiento secundario de una insuficiencia renal crónica antes o durante la diálisis, o para pacientes con síndrome consuntivo a causa del SIDA. También se debe haber comprobado clínicamente la eficacia de los servicios para dicho uso, y dicho tratamiento debe tener probabilidades de producir una mejora significativa de la afección de la Persona asegurada. El tratamiento con hormona del crecimiento para estatura baja idiopática, o mejora del desempeño atlético no está cubierto bajo ninguna circunstancia;
- Medicamentos obtenidos fuera de los Estados Unidos;

- Cualquier despacho o renovación de Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados para reemplazar aquellos perdidos, robados, derramados, desperdiciados o dañados antes de la fecha de la siguiente renovación;
- Reemplazo de Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados debido a pérdida o robo;
- Medicamentos usados para mejorar el desempeño atlético;
- Medicamentos que debe tomar la Persona asegurada o que se le deben administrar mientras sea paciente en un Hospital con licencia, una Instalación de enfermería especializada, hogar de ancianos u otra institución similar, que opere o permita que en su establecimiento opere una instalación para despachar productos farmacéuticos;
- Botiquines preparados de medicamentos;
- Recetas que tengan más de un año desde la fecha de emisión original;
- Cualquier costo relacionado con el envío por correo, envío o entrega de Medicamentos que requieren receta médica;
- Todo uso indebido intencional de este beneficio, incluida la compra de medicamentos que requieren receta médica para el consumo de otra persona que no sea la Persona asegurada.

Limitaciones de beneficios de medicamentos que requieren receta médica

Se aplicarán las siguientes limitaciones para todas las Recetas o renovaciones, a menos que esto esté restringido por el envase del fabricante del medicamento:

- Suministro para 90 días como máximo, en una Farmacia minorista, para Genéricos preferidos, Genéricos no preferidos, Medicamentos de marca preferidos, Medicamentos de marca no preferidos y suministro para 30 días como máximo de Medicamentos de especialidad, a menos que esté limitado por el envase del fabricante del medicamento; o
- Suministro para 90 días como máximo, en una Farmacia de pedido por correo, para Genéricos preferidos, Genéricos no preferidos, Medicamentos de marca preferidos, Medicamentos de marca no preferidos y suministro para 30 días como máximo de Medicamentos de especialidad, a menos que esté limitado por el envase del fabricante del medicamento; o
- Es posible que se apliquen límites para medicamentos administrados (MDL, por sus siglas en inglés) a la dosis y/o a la cantidad de días de suministro de determinados medicamentos; los límites para medicamentos administrados se basan en las recomendaciones de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) federal y del fabricante del medicamento.
- Los Medicamentos de especialidad para infusión e inyectables que requieren receta médica pueden requerir autorización previa o precertificación.
- Hasta el límite de dosis y/o despacho que determine el Comité de P&T.

Exclusiones de beneficios de atención de la vista pediátrica

- Entrenamiento ortóptico o visual y cualquier prueba complementaria asociada.
- Tratamiento médico o quirúrgico del ojo.
- Cualquier examen de la vista, o accesorio correctivo para la vista, requerido por un empleador como condición para el empleo.
- Cualquier lesión o enfermedad pagada o pagadera por la ley del Seguro de accidentes de trabajo o una ley similar, o que se relacione con el trabajo.
- Cargos incurridos después de finalizada la Póliza o de finalizada la cobertura del Asegurado en virtud de la Póliza, salvo según lo indicado en la Póliza.
- Tratamiento o dispositivo experimental o no convencional.
- Dispositivos de aumento o para poca visión que no se enumeran de otro modo en "Conceptos cubiertos" anteriormente dentro de esta sección.
- Cualquier tipo de anteojos, lentes o lentes de contacto que no requieran receta médica.
- Tratamientos de lentes para anteojos, accesorios o recubrimientos para lentes que no se enumeran de otro modo en "Conceptos cubiertos" dentro de esta sección.
- Dos pares de anteojos, en lugar de lentes bifocales o trifocales.
- Anteojos o lentes de seguridad necesarios para el trabajo.
- Beneficio de anteojos para terminal de pantalla de video (VDT, por sus siglas en inglés) o computadora.

- Anteojos de sol que requieren receta médica.
- Lentes de alto índice de refracción de cualquier tipo de material.
- Para métodos de tratamiento o procedimientos experimentales no aprobados por la Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association) o la asociación oftalmológica especializada correspondiente o en relación con dichos métodos.
- Reclamos presentados y recibidos después de transcurridos doce (12) meses de la Fecha de servicio original.
- Los marcos que no estén en la Colección de marcos pediátricos designada no están cubiertos.
- Los Lentes de contacto opcionales no están cubiertos.

Limitaciones de beneficios de atención de la vista pediátrica

No se realizará ningún pago por más de un examen durante un año calendario y un par de lentes durante dos años calendario; o más de un par de marcos durante dos años calendario para una persona.

No se efectuarán pagos por gastos incurridos por:

- tratamiento médico o quirúrgico de los ojos;
- lentes que no sean médicamente necesarios y no sean recetados por un Optometrista u Oftalmólogo, o marcos para dichos lentes;
- atención no incluida en el Programa;
- otras Exclusiones y Limitaciones enumeradas en esta Póliza.

Además, estos beneficios se reducirán para que el pago total en virtud de los conceptos incluidos a continuación no sea mayor que: el 100% del cargo pagado por el servicio de la vista si los beneficios para ese servicio son proporcionados en virtud de:

- este plan; y
- cualquier plan de gastos médicos o programa de tratamiento prepago patrocinado o brindado por un Empleador.

RESPONSABILIDAD DE PAGO DE LOS MIEMBROS

Programa de beneficios

Las cantidades de co-seguro que se indican en el Programa de beneficios son Su responsabilidad una vez que se ha cumplido con cualquier deducible o copago, a menos que se indique lo contrario. Las cantidades de copago que se indican en el Programa de beneficios son también Su responsabilidad.

El Programa de beneficios indica el Gasto cubierto máximo para cada tipo de beneficio.

No se pagará ningún beneficio, a menos que la cobertura de la Persona asegurada se encuentre vigente a la fecha de prestación de los servicios, y el pago de los beneficios se encuentra sujeto a todos los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la presente Póliza.

Además, no se pagará ningún beneficio, a menos que la Persona asegurada reciba servicios de un Proveedor participante, salvo en el caso de tratamiento inicial y Estabilización de una Emergencia médica, según se indica a continuación en "Circunstancias especiales".

Hospitales participantes, Médicos participantes y otros Proveedores participantes
Los Gastos cubiertos para los Proveedores participantes se basan en Nuestra Tarifa negociada. Los Proveedores participantes han acordado **NO** cobrar más que las Tarifas negociadas de Cigna por los Servicios cubiertos. Los Proveedores participantes pueden cobrar a la Persona asegurada por servicios que no son Servicios cubiertos en virtud de la Póliza. Además, los Proveedores participantes Nos presentarán reclamos correspondientes a la Persona asegurada, y solicitarán Autorización previa cuando se requiera.

Asegúrese de consultar al proveedor antes de programar una cita para verificar que, actualmente, dicho proveedor tenga contrato con Cigna.

Circunstancias especiales

Los Gastos cubiertos por los servicios de un Proveedor no participante se pagarán conforme al programa de beneficios de Proveedores participantes en determinadas circunstancias que se establecen a continuación:

- **Servicios de emergencia hospitalarios**
  Los Servicios de emergencia por una Afección médica de emergencia se pagarán conforme a lo estipulado en el programa de beneficios de Proveedores participantes. Una vez que el paciente haya sido estabilizado y su afección permita un traslado a un Hospital participante, ya no se cubrirán los servicios de un Hospital no participante.
- **Servicios de emergencia de Médicos u otros proveedores**
  Para la atención inicial de una Afección médica de emergencia, los Gastos cubiertos se pagarán conforme a lo estipulado en el programa de beneficios de Proveedores participantes.

Disposiciones generales

- Cuando la cantidad pagada por Cigna supere la cantidad por la cual es responsable en virtud de esta Póliza, la compañía tendrá derecho a exigir que la Persona asegurada restituya la cantidad excedente, salvo que esté prohibido por ley.

- Para que una Persona asegurada tenga derecho a recibir beneficios en virtud de esta Póliza, la cobertura conforme a esta Póliza deberá estar en vigencia en la fecha en que se incurra el gasto que dé lugar a un reclamo por beneficios. En virtud de la presente Póliza, se considera que se incurre en un gasto en la fecha en que la Persona asegurada recibe el servicio o suministro respecto del cual se cobra el cargo.

- Pagaremos todos los beneficios del presente Acuerdo directamente a los Hospitales participantes, Médicos participantes y todos los demás Proveedores participantes, independientemente de que la Persona asegurada haya autorizado la cesión de beneficios o no, salvo que la Persona asegurada haya pagado el reclamo en su totalidad, en cuyo caso le otorgaremos un reembolso. Además, podemos pagar directamente a cualquier proveedor de servicios cubierto cuando la Persona asegurada ceda los beneficios por escrito, a más tardar, en el momento de la presentación de la prueba de pérdida (reclamo), salvo en el caso de reclamos vinculados con Proveedores en países extranjeros. Si recibimos un reclamo de un Proveedor en país extranjero por una

Emergencia médica, cualquier pago que pudiera corresponder se enviará a la Persona asegurada. La Persona asegurada es responsable de pagarle al Proveedor en país extranjero. Mediante estos pagos, cumpliremos Nuestra obligación para con la Persona asegurada respecto de dichos servicios.

Pagos de farmacia

Para ver las definiciones relacionadas con los beneficios de Medicamentos que requieren receta médica, consulte la sección "Definiciones" de esta Póliza.

Los Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados cubiertos adquiridos en una Farmacia se encuentran sujetos al Copago o Co-seguro indicado en el Programa de beneficios, una vez que se haya alcanzado el Deducible correspondiente. Consulte el Programa de beneficios para conocer los Copagos o Co-seguro, y los Deducibles que correspondan.

La Lista de medicamentos que requieren receta médica de Cigna está disponible si la solicita llamando al número de Servicio al cliente que figura en Su tarjeta de identificación o en www.myCigna.com.

En el caso de que Usted solicite un medicamento "de marca" que tiene un equivalente genérico, deberá pagar la diferencia de costo entre el medicamento "de marca" y el medicamento "genérico", más el Copago o Co-seguro del genérico que se indique en el Programa de beneficios.

Su responsabilidad por Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados cubiertos siempre será la cantidad que sea menor de:

- el Copago o Co-seguro para el Medicamento que requiere receta médica, o
- la tarifa con descuento de Cigna para el Medicamento que requiere receta médica, o
- el cargo Usual y habitual (U&C, por sus siglas en inglés) de la Farmacia para el Medicamento que requiere receta médica.

Usual y habitual (U&C) significa el precio de venta minorista en efectivo establecido por la Farmacia, menos todos los descuentos para asegurados aplicables que la Farmacia suele aplicar a sus asegurados, cualquiera sea la fuente de pago del asegurado.

Si Usted canjea un cupón u oferta de un fabricante farmacéutico para un medicamento cubierto por esta Póliza, es posible que Cigna no permita que la cantidad en dólares del cupón u oferta reduzca Su Deducible anual, Copago o Co-seguro. Cigna tiene derecho a determinar la cantidad y la duración de cualquier reducción, cupón o incentivo financiero disponible para cualquier medicamento específico cubierto por esta Póliza.

Medicamentos que requieren receta médica y Medicamentos de especialidad cubiertos como beneficios médicos

Cuando los Medicamentos que requieren receta médica y Medicamentos de especialidad que están en la Lista de medicamentos que requieren receta médica de Cigna son administrados en un entorno de atención médica por un Médico o profesional de servicios de salud, y se facturan junto con los cargos del consultorio o centro, estarán cubiertos en virtud de los beneficios médicos de esta Póliza. Sin embargo, aún pueden estar sujetos a requisitos de Autorización previa para Medicamentos que requieren receta médica o Terapia escalonada.

PROCEDIMIENTO DE RECLAMOS (CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO)

Reclamos médicos

Cómo presentar un reclamo de beneficios

Notificación del reclamo:
No hay que realizar ningún trámite para reclamos por servicios de Proveedores participantes. Usted deberá mostrar Su tarjeta de identificación y pagar el copago correspondiente; Su Proveedor participante nos enviará un reclamo para el reembolso. El proveedor puede enviar los reclamos por Servicios de emergencia de Proveedores no participantes si desea realizar este trámite en nombre suyo. Si un Proveedor no participante no envía el reclamo en Su nombre, Usted debe enviar Su formulario de reclamo completado y las facturas detalladas a la dirección de reclamos que figura en su tarjeta de identificación.

Primas impagas: Al momento del pago de un reclamo en virtud de la presente Póliza, todas las primas que en ese momento se encuentren vencidas e impagas, o estén cubiertas por cualquier pagaré u orden de pago por escrito podrán deducirse del pago.

Formularios de reclamo: Cuando recibamos la notificación del reclamo, le enviaremos a la persona que lo presenta los formularios para que proporcione una prueba de pérdida. Si estos formularios no se proporcionan a la persona que hace el reclamo en el término de 15 días a partir de que se curse dicha notificación, ésta cumplirá con los requisitos de prueba de pérdida mediante la presentación de una declaración por escrito acerca de la naturaleza y el alcance de la pérdida, dentro de los plazos establecidos en la sección Prueba de pérdida. Puede obtener los formularios de reclamo necesarios en www.cigna.com bajo Atención médica, Formularios importantes o llamando a Servicios a los asegurados al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación.

Avisos sobre los reclamos:

- **ASEGÚRESE DE USAR SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO Y SU NÚMERO DE CUENTA CUANDO PRESENTE FORMULARIOS DE RECLAMO O CUANDO LLAME A SU OFICINA DE RECLAMOS DE Cigna.**
  - **SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO FIGURA EN SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN.**
  - **SU NÚMERO DE CUENTA ES EL NÚMERO DE LA PÓLIZA DE 7 DÍGITOS QUE FIGURA EN SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN.**
- **ASEGÚRESE DE SEGUIR ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN EN LA PARTE DE ATRÁS DEL FORMULARIO DE RECLAMO CUANDO ENVÍE UN RECLAMO.**

Prueba de pérdida: Usted debe proporcionarnos una prueba de pérdida por escrito, en el término de 15 meses a partir de la fecha de dicha pérdida, salvo que no tenga capacidad legal para hacerlo. La prueba de pérdida es un formulario o nota de reclamo, según se describió anteriormente. No se aceptan cheques cancelados ni recibos. Cigna no será responsable de los beneficios si no recibe una prueba de pérdida, presentada por escrito, dentro de dicho plazo.

Cesión de pagos de reclamos:

Los Beneficios médicos pueden cederse al proveedor; cuando usted cede beneficios a un proveedor, cede la cantidad total de los beneficios correspondientes a ese reclamo. Si se le paga de más al proveedor por aceptar el pago de un paciente con respecto al cargo correspondiente, el proveedor será responsable de reembolsar al paciente. En virtud de los contratos de Cigna con los proveedores, todos los reclamos de los proveedores contratados deben cederse.

El pago de los servicios prestados por un Proveedor participante se cede automáticamente al proveedor, salvo que el Proveedor participante indique que la Persona asegurada ha pagado la totalidad del reclamo. El Proveedor participante es responsable de presentar el reclamo, y Nosotros realizaremos los pagos al proveedor por todos los beneficios que resulten pagaderos en virtud de esta Póliza. El pago de los Gastos cubiertos por Servicios de emergencia prestados por un Proveedor no participante se debe realizar a la Persona asegurada, salvo en caso de que se realice una cesión, como se describe a continuación. Si la Persona asegurada recibe un pago por servicios brindados por un Proveedor no participante, será responsable de efectuar el pago respectivo a dicho Proveedor no participante. Al haber realizado al pago a la Persona asegurada, se considerará cumplida Nuestra obligación.

Reconoceremos y consideraremos cualquier cesión realizada en virtud de la Póliza, solo si:

1. se encuentra debidamente firmada en un formulario aceptable para Cigna; y
2. contamos con una copia archivada en Nuestras oficinas; y
3. es realizada a un proveedor con licencia que ejerce su actividad en los Estados Unidos.

No asumimos responsabilidad alguna por la validez ni los efectos de una cesión. Usted podrá revocar la cesión proporcionando una revocación por escrito al proveedor y a Nosotros. La revocación tendrá efecto solo con respecto a los cargos incurridos después de que la recibamos tanto Nosotros como el proveedor.

Reclamos de Hijos dependientes: Los reclamos de un Hijo dependiente cubierto pueden ser presentados por cualquiera de los padres o por el Departamento de Servicios Sociales del estado en el caso de una cesión en virtud de la sección 26-13-106 del C.R.S., quienes deben presentar copias válidas de las facturas médicas. Un reclamo presentado por el padre que ejerce la custodia que no es una Persona asegurada en virtud de esta Póliza se considerará una cesión válida de beneficios para el pago al proveedor de servicios de salud.

En qué momento se pagarán los reclamos: Los Beneficios se pagarán de inmediato tras la recepción de la debida prueba de pérdida por escrito, sujeto a la sección a continuación sobre "El Proceso de reclamo".

Pago de reclamos: Sujeto a cualquier instrucción por escrito del asegurado en la solicitud o de otro modo, todos los beneficios brindados por esta póliza o una parte de ellos por servicios hospitalarios, de enfermería, médicos o quirúrgicos pueden ser pagados directamente al hospital o persona que presta tales servicios, a opción del asegurado y salvo que el asegurado solicite lo contrario por escrito a más tardar en la fecha de presentación de las pruebas de tales pérdidas; pero no es necesario que el servicio lo preste un hospital o una persona en particular.

Los beneficios se pagarán directamente a los Proveedores participantes, salvo que usted Nos ordene lo contrario antes de que realicemos el pago. Todos los beneficios que se le adeuden a Usted y se encuentren pendientes al momento de Su fallecimiento se pagarán a sus herederos.

Cigna tiene derecho a recibir, de cualquier proveedor de servicio, información sobre Usted que sea necesaria para administrar reclamos en Su nombre. Este derecho se encuentra sujeto a todos los requisitos de confidencialidad que resulten aplicables. Al presentar una solicitud de cobertura, Usted ha autorizado a todos los proveedores que brinden atención a divulgar toda la información sobre Su atención, tratamiento y afección física, cuando lo solicitemos. Usted se compromete a colaborar para la obtención de esta información de ser necesario.

El pago de beneficios en virtud de este Plan no regula las cantidades cobradas por los proveedores de atención médica ni se propone evaluar dichos servicios. No obstante, la cantidad de beneficios pagadera en virtud de este Plan será diferente para Proveedores no participantes y Proveedores participantes.

1. **El Proceso de reclamo:** Dentro de los 30 días de recibir los Servicios cubiertos, o tan pronto como sea razonablemente posible, Usted o una persona en su nombre deben notificarnos por escrito de su reclamo.
2. Pagaremos, denegaremos o decidiremos los reclamos limpios dentro de los 30 días de recibir su notificación por escrito de un reclamo electrónico o 45 días de recibir su notificación por escrito de un reclamo no electrónico.
3. Si recibimos un reclamo que requiere información adicional, le daremos al Proveedor, Titular de la póliza, Persona asegurada o paciente, según corresponda, una explicación completa por escrito, dentro de los 30 días calendario de recibir el reclamo, de qué información adicional se necesita para resolver el reclamo, incluida cualquier información adicional médica o de otra índole relacionada con el reclamo.
    - La persona que recibe una solicitud por dicha información adicional deberá presentar toda la información adicional que le solicitemos dentro de los 30 días calendario de recibir tal solicitud.
    - Sin perjuicio de cualquier disposición de una póliza de indemnización en sentido contrario, podemos denegar un reclamo si un Proveedor recibe una solicitud de información adicional y no presenta a tiempo la información adicional solicitada, sujeto a una nueva presentación del reclamo o al proceso de apelaciones. Si tal persona ha suministrado la información adicional necesaria para resolver el reclamo, la aseguradora deberá pagar, denegar o decidir el reclamo dentro del plazo correspondiente establecido en el párrafo (c) de esta subsección.
4. En ausencia de fraude, todos los reclamos que no sean reclamos limpios a los que se hace referencia en el punto 2 anterior se pagarán, denegarán o decidirán dentro de los 90 días calendario de haberlos recibido.

Procedimientos para la determinación de reclamos en virtud de la ley federal (es posible que las disposiciones de las leyes de Colorado los reemplacen)

La ley de Colorado define "Revisión de la utilización" como un conjunto de técnicas formales diseñadas para controlar el uso de los servicios, procedimientos o entornos de atención médica, o evaluar su necesidad clínica, conveniencia, eficacia o eficiencia. Las técnicas incluyen revisión ambulatoria, revisión prospectiva, segunda opinión, certificación, revisión simultánea, administración de casos, planificación del alta o revisión retrospectiva. La Revisión de la utilización también incluye revisiones a los fines de determinar la cobertura en función de si un procedimiento o tratamiento se considera experimental o en investigación en una circunstancia determinada, y revisiones de las circunstancias médicas de una persona cubierta cuando es necesario para determinar si una exclusión corresponde en una situación dada. La siguiente información brinda más detalles sobre los procedimientos de revisión de la utilización.

Procedimientos sobre determinaciones de Necesidad médica

En general, los servicios y beneficios de salud deben ser Médicamente necesarios para estar incluidos en la cobertura de la Póliza. Los procedimientos para determinar la Necesidad médica varían de acuerdo con el tipo de servicio o beneficio solicitado, y el tipo de plan de salud. Las determinaciones de Necesidad médica se realizan en forma previa, simultánea o posterior al servicio, según se describe a continuación.

Determinados servicios requieren autorización previa para estar cubiertos. Esta autorización previa se denomina "determinación de necesidad médica previa al servicio". La Póliza indica quién es responsable de obtener esta revisión. La Persona asegurada o su representante autorizado (normalmente, su proveedor de atención medica) deben solicitar las determinaciones de Necesidad médica de acuerdo con los procedimientos que se describen a continuación, en la Póliza y en los documentos de participación en la red del proveedor de la Persona asegurada, según corresponda.

Cuando se determine que los servicios o los beneficios no son Médicamente necesarios, la Persona asegurada o su representante recibirán una descripción escrita de la determinación adversa, y podrán apelar la determinación. Los procedimientos de apelación se describen en la Póliza, en los documentos de participación en la red del proveedor de la Persona asegurada y en las notificaciones de determinación.

Determinaciones de Necesidad médica previas al servicio

Cuando la Persona asegurada o su representante soliciten una determinación de Necesidad médica requerida antes de la atención, Cigna notificará a la Persona asegurada o a su representante acerca de esta determinación en el término de 15 días a partir de la recepción de la solicitud. No obstante, si se necesita más tiempo debido a cuestiones ajenas a Cigna, la compañía notificará a la Persona asegurada o a su representante en el término de 15 días a partir de la recepción de la solicitud. Esta notificación incluirá el motivo de las prórrogas solicitadas y la fecha en que se puede esperar recibir la determinación, que no superará los 30 días contados a partir de la recepción de la solicitud. Si se necesita más tiempo porque en la solicitud falta información necesaria, en la notificación también se especificará qué información se necesita, y la Persona asegurada o su representante deberán proporcionar a Cigna la información especificada en el término de 45 días a partir de la recepción de la notificación. El período de determinación se suspenderá en la fecha en que Cigna envíe dicha notificación sobre la información faltante, y se reanudará en la fecha en que la Persona asegurada o su representante respondan la notificación.

Si los períodos de determinación precedentes (a) pusieran en grave peligro la vida o la salud de la Persona asegurada, o su capacidad para recuperar su funcionamiento pleno, o (b) a criterio de un Médico con conocimiento de la afección médica de la Persona asegurada, le hicieran sentir un dolor intenso que no puede controlarse sin los servicios solicitados, Cigna realizará la determinación previa al servicio en forma acelerada. El revisor Médico de Cigna, previa consulta con el Médico a cargo del tratamiento, decidirá si es necesaria una determinación acelerada. Cigna notificará a la Persona asegurada o a su representante acerca de una determinación acelerada en el término de 72 horas a partir de la recepción de la solicitud.

No obstante, si en la solicitud falta información, Cigna notificará a la Persona asegurada o a su representante en el término de 24 horas a partir de la recepción de dicha solicitud y especificará qué información se necesita. La Persona asegurada o su representante deben proporcionar a Cigna la información especificada en el término de 48 horas a partir de la recepción de la notificación. Cigna notificará a la Persona asegurada o a su representante respecto de la determinación de beneficios acelerada en el término de 48 horas a partir de que la Persona asegurada o su representante respondan la notificación. Las determinaciones aceleradas podrán emitirse en forma oral, seguidas de una notificación escrita o electrónica dentro del plazo de 3 días.

Si la Persona asegurada o su representante no siguen los procedimientos de Cigna para solicitar una determinación de necesidad médica requerida previa al servicio, Cigna les notificará el incumplimiento en cuestión y describirá los procedimientos adecuados para presentar la solicitud en el término de 5 días (o 24 horas, si se requiere una

determinación acelerada, según lo descrito anteriormente) a partir de la recepción de la solicitud. Esta notificación podrá realizarse en forma oral, salvo que la Persona asegurada o su representante soliciten que se realice por escrito.

Determinaciones de necesidad médica en forma simultánea al servicio

En caso de que se haya aprobado un tratamiento continuo para una Persona asegurada y ésta desee extender la aprobación, la Persona asegurada o su representante deberán solicitar una determinación de Necesidad médica requerida simultánea, como mínimo, 24 horas antes del vencimiento del período o la cantidad de tratamientos que se haya aprobado. Cuando la Persona asegurada o su representante soliciten dicha determinación, Cigna les notificará cuál ha sido la determinación en el término de 24 horas a partir de la recepción de la solicitud.

Determinaciones de Necesidad médica posteriores al servicio

Cuando una Persona asegurada o su representante soliciten una determinación de Necesidad médica después de la prestación de los servicios, Cigna les notificará cuál ha sido la determinación en el término de 30 días a partir de la recepción del pedido. No obstante, si se necesita más tiempo para realizar una determinación debido a cuestiones ajenas a Cigna, la compañía notificará a la Persona asegurada o a su representante en el término de 30 días a partir de la recepción de la solicitud. Esta notificación incluirá el motivo de las prórrogas solicitadas y la fecha en que se puede esperar recibir la determinación, que no superará los 45 días contados a partir de la recepción de la solicitud.

Si se necesita más tiempo porque en la solicitud falta información necesaria, en la notificación también se especificará qué información se necesita, y la Persona asegurada o su representante deberán proporcionar a Cigna la información especificada en el término de 45 días a partir de la recepción de la notificación. El período de determinación se suspenderá en la fecha en que Cigna envíe dicha notificación sobre la información faltante, y se reanudará en la fecha en que la Persona asegurada o su representante respondan la notificación.

Determinaciones sobre reclamos posteriores al servicio

Cuando una Persona asegurada o su representante soliciten el pago de los servicios prestados, Cigna les notificará cuál ha sido la determinación respecto del pago del reclamo en el término de 30 días a partir de la recepción de la solicitud. No obstante, si se necesita más tiempo para realizar una determinación debido a cuestiones ajenas a Cigna, la compañía notificará a la Persona asegurada o a su representante en el término de 30 días a partir de la recepción de la solicitud. Esta notificación incluirá la fecha en que se puede esperar recibir la determinación, que no superará los 45 días contados a partir de la recepción de la solicitud. Si se necesita más tiempo porque en la solicitud falta información necesaria, en la notificación también se especificará qué información se necesita, y la Persona asegurada o su representante deberán proporcionar la información especificada en el término de 45 días a partir de la recepción de la notificación. El período de determinación se suspenderá en la fecha en que Cigna envíe dicha notificación sobre la información faltante, y se reanudará en la fecha en que la Persona asegurada o su representante respondan la notificación.

Notificación de determinación adversa

Todas las notificaciones de determinación de beneficios adversa se proporcionarán por escrito o en forma electrónica, e incluirán la siguiente información relacionada con la determinación: (1) información suficiente para identificar el reclamo; (2) el (los) motivo(s) específico(s) de la determinación adversa; (3) una referencia a las disposiciones específicas de la Póliza sobre las que se basó la decisión; (4) una descripción de cualquier material o información adicional necesarios para perfeccionar el reclamo, y una explicación de por qué dicho material o información son necesarios; (5) a solicitud y sin cargo, una copia de cualquier norma, pauta o protocolo interno, o criterio similar, sobre los que se haya basado la determinación adversa con respecto a su reclamo, y una explicación del criterio científico o clínico si la determinación se basa en una exclusión o limitación por Necesidad médica, tratamiento experimental u otra exclusión o limitación similar; (6) información acerca de cualquier oficina de asistencia al consumidor de seguros de salud o de defensa de derechos con que pueda contar para brindarle asistencia durante el proceso de apelación; y (7) en el caso de un reclamo relacionado con atención de urgencia, una descripción del proceso de revisión acelerado aplicable a dicho reclamo.

Reclamos para Medicamentos que requieren receta médica

Reembolso/presentación de reclamos

Cuando una Persona asegurada compra Medicamentos que requieren receta médica o Suministros relacionados a través de una Farmacia participante minorista, paga cualquier Copago, Co-seguro o Deducible aplicable que se indique en el Programa al momento de la compra. La Persona asegurada no necesita presentar un formulario de reclamo.

Para comprar Medicamentos que requieren receta médica o Suministros relacionados en una Farmacia de pedido por correo participante, consulte su paquete introductorio sobre pedidos de medicamentos por correo para obtener detalles, o comuníquese con Servicio al cliente para solicitar asistencia.

Reclamos y Servicio al cliente

Los formularios de reclamo para medicamentos se encuentran disponibles mediante solicitud por escrito a:

Para reclamos de Farmacia minorista:
Cigna Pharmacy Service Center
P.O. Box 188053
Chattanooga, TN 37422-8053

Para reclamos de Farmacia de pedido por correo:
Cigna Home Delivery Pharmacy
P.O. Box 1019
Horsham, PA 19044-1019
1-800-835-3784

Los formularios también están disponibles en línea en myCigna.com.

Si Usted o los Miembros de su familia tienen alguna pregunta sobre el beneficio de Medicamentos que requieren receta médica, llame al número gratuito de servicio al cliente que figura en la parte de atrás de Su tarjeta de identificación.

Reclamos de atención de la vista pediátrica

Reembolso/presentación de reclamos

Cuando una Persona asegurada se hace un examen con un Proveedor de Cigna Vision o le compra Materiales, paga cualquier Copago, Co-seguro o Deducible aplicable que se indique en el Programa al momento de la compra. La Persona asegurada no necesita presentar un formulario de reclamo.

Cesión de pagos de reclamos de atención de la vista pediátrica:
Los Beneficios de Atención de la vista pediátrica pueden cederse al proveedor; cuando usted cede beneficios a un proveedor, cede la cantidad total de los beneficios correspondientes a ese reclamo. Si se le paga de más al proveedor por aceptar el pago de un paciente con respecto al cargo correspondiente, el proveedor será responsable de reembolsar al paciente. En virtud de los contratos de Cigna con los proveedores, todos los reclamos de los proveedores contratados deben cederse.

Si una Persona asegurada se hace un examen con un proveedor que no es un Proveedor de Cigna Vision o le compra Materiales, la Persona asegurada paga el costo total al momento de la compra. La Persona asegurada debe presentar un formulario de reclamo para recibir el reembolso correspondiente. Envíe un formulario de reclamo de Cigna Vision completo y un recibo detallado a:

Cigna Vision
Claims Department
P.O. Box 385018
Birmingham, AL 35238-5018

Cigna Vision pagará los gastos cubiertos en un plazo de diez días hábiles luego de recibir el formulario de reclamo completo y el recibo detallado.

Si Usted o los Miembros de su familia tienen alguna pregunta sobre el beneficio de Atención de la vista pediátrica, llame al número gratuito de servicio al cliente que figura en la parte de atrás de Su tarjeta de identificación.

DISPOSICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

Responsabilidad de terceros

Usted se compromete a notificarnos —por escrito y dentro de un plazo razonable— acerca de Su reclamo contra un tercero, así como también a tomar las medidas necesarias, brindar la información y la colaboración que solicitemos, y ejecutar los documentos que requiramos, de manera razonable, para que sea más sencillo exigir el cumplimiento del reclamo. Asimismo, usted se compromete a no tomar ninguna medida que pueda perjudicar Nuestros derechos o intereses en virtud de la presente Póliza. En caso de que Usted no Nos notifique acerca de dicho reclamo o no colabore con Nosotros, o si toma medidas que perjudican nuestros derechos o intereses, podremos considerar que ha incurrido en un incumplimiento sustancial e iniciar acciones legales en su contra.

En posible que tengamos un derecho de privilegio, en la medida de los beneficios adelantados, respecto de cualquier suma de dinero que Usted recupere del tercero en cuestión, o bien o de la aseguradora o del garante de dicho tercero. Dicha recuperación podrá surgir como resultado de una conciliación, sentencia u otro mecanismo. Este derecho de privilegio será por la cantidad de los beneficios que Nosotros hayamos pagado en virtud de esta Póliza por el tratamiento de la Enfermedad, dolencia, Lesión o afección por la cual dicho tercero deba asumir responsabilidad. Nuestro derecho de privilegio sobre Su recuperación se limita solo a esa cantidad que exceda Su compensación total por todos los daños que resulten del reclamo.

Además, si una Persona asegurada incurre en gastos por Enfermedad o Lesión que se produjeron por negligencia de un tercero:

* Tenemos derecho al reembolso de todos los beneficios que hayamos pagado a partir de la suma que la Persona asegurada, los padres de la Persona asegurada, si esta es un menor, o el representante legal de la Persona asegurada hayan cobrado del tercero en concepto de daños por esos mismos gastos ya sea mediante acción conforme a las normas del sistema del Common Law, arreglo negociado o soluciones de compromiso, como resultado de esa Enfermedad o Lesión; y
* Se nos cede el derecho de recuperar del tercero, o de su aseguradora, en la medida de los beneficios que hayamos pagado por esa Enfermedad o Lesión.
* Tendremos derecho al primer reembolso con los fondos que la Persona asegurada, los padres de la Persona asegurada, si esta es un menor, o el representante legal de la Persona asegurada, pueda o haya podido obtener por los mismos gastos que hayamos pagado como resultado de esa Enfermedad o Lesión.

Usted debe proveer toda la información o asistencia o proporcionar todo documento que podamos requerir razonablemente a fin de obtener nuestros derechos en virtud de esta disposición. Esta disposición se aplica ya sea que el tercero admita su responsabilidad o no.

Disposición sobre contención de costos alternativa

En determinadas situaciones, podremos aprobar los servicios en virtud de un Plan de tratamiento alternativo. Un Plan de tratamiento alternativo puede incluir servicios o suministros que, de otro modo, estarían limitados o excluidos por la Póliza. El plan de tratamiento alternativo debe ser establecido, de mutuo acuerdo, por Nosotros, la Persona asegurada y el Médico, Proveedor u otro profesional de servicios de salud. El hecho de que ofrezcamos un plan de tratamiento alternativo en un caso en particular no Nos compromete, en modo alguno, a hacerlo en otros casos. Tampoco impide que podamos aplicar en forma estricta los beneficios, las limitaciones y las exclusiones que se establecen expresamente en la Póliza en cualquier otro momento o para la Persona asegurada.

Otro seguro con esta Aseguradora

Si, mientras cuenta con la cobertura de esta Póliza, la Persona asegurada también se encuentra cubierta por otra póliza individual o colectiva de Cigna, la Persona asegurada sólo tendrá derecho a recibir los beneficios de una Póliza. La Persona asegurada podrá elegir esta Póliza o la Póliza en virtud de la cual recibirá cobertura. Luego, Cigna reembolsará cualquier prima recibida en virtud de la otra Póliza correspondiente al período durante el cual ambas pólizas se encontraban vigentes.

No obstante, todos los pagos de reclamos realizados por Cigna en virtud de la Póliza que Usted elija cancelar se deducirán de dicho reembolso de primas.

Personas que cumplen con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare

Cigna pagará como Plan secundario para una Persona asegurada que cumple con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare, según lo permitido por la Ley de Seguro Social de 1965.

Cigna calculará la cantidad que Medicare habría pagado, y pagará como secundario respecto de esa cantidad estimada en las siguientes circunstancias:

- Una Persona asegurada que cumple los requisitos para inscribirse en la Parte B de Medicare, pero no está inscrita.

Se considera que una Persona asegurada cumple con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare en la primera fecha en la que cualquier cobertura en virtud de Medicare podría entrar en vigor para esa persona.

- Esta reducción no se aplicará a ninguna Persona asegurada, a excepción de lo que se indica anteriormente en "Cigna pagará como Plan secundario."

Términos de la Póliza

Cambios que afecten la totalidad del contrato: La presente Póliza, que incluye la página de especificaciones, los endosos, la solicitud y los documentos adjuntos, si los hubiera, constituye el contrato de seguro completo. Los cambios introducidos en la presente Póliza sólo tendrán validez si son aprobados por un Funcionario de Cigna y se adjuntan a esta Póliza. Ningún agente tiene autoridad para modificar esta Póliza ni para eximir a ninguna persona del cumplimiento de sus disposiciones.

Plazo para la presentación de determinadas oposiciones: Una vez transcurridos dos años a partir de la fecha de vigencia de la cobertura en virtud de esta Póliza, ninguna declaración incorrecta, salvo declaraciones incorrectas fraudulentas, que haya realizado el solicitante en la solicitud de dicha Póliza, podrá utilizarse para anular la Póliza ni para denegar un reclamo por una pérdida que se haya producido una vez vencido dicho período de dos Años.

Período de gracia: Si Usted adquirió Su Plan en un Mercado y ha decidido recibir Su crédito fiscal por las primas por adelantado, Su período de gracia se prolonga por tres meses consecutivos siempre que haya pagado por lo menos una prima de un mes completo adeudada durante el año de beneficios. La cobertura continuará durante el período de gracia; sin embargo, si no recibimos la totalidad de Su prima adeudada antes de que finalice dicho período, Su cobertura finalizará a partir del último día del primer mes del período de gracia. Consulte la sección “Disposiciones generales” para obtener más información sobre cancelación y rehabilitación.

Si Usted no adquirió Su Plan en un Mercado, o decidió no recibir el crédito fiscal por las primas por adelantado, se aplica un período de gracia de 31 días para que recibamos en nuestra oficina o casilla postal cualquier prima adeudada después de la primera prima. La cobertura continuará durante el período de gracia; sin embargo, si no recibimos Su prima antes de que finalice dicho período, Su cobertura finalizará a partir del último día del período de gracia. La cobertura continuará durante el período de gracia, a menos que Nosotros notifiquemos a la Persona asegurada, a la dirección de facturación mencionada en Nuestros registros, y al menos 30 días antes de cualquier fecha de vencimiento de la prima, que no tenemos la intención de renovar esta Póliza, o salvo que la Persona asegurada Nos notifique que tiene la intención de discontinuar la cobertura. El período de gracia no afecta Nuestro derecho a cancelar o no renovar esta Póliza de conformidad con la disposición sobre Cancelación a continuación. Todas las primas que se encuentren vencidas e impagas podrán deducirse mediante el pago de un reclamo en virtud de la presente Póliza.

Servicios a los asegurados/Programas adicionales: Es posible que periódicamente le ofrezcamos, en forma directa o a través de diversas entidades, descuentos, beneficios, créditos por las primas o costo compartido, u otras prestaciones, con el fin de promover Su bienestar y salud general.

Rehabilitación: Si esta Póliza se cancela porque Usted no pagó Su prima dentro del tiempo otorgado para el pago, podemos, a pedido suyo y a Nuestro criterio, aceptar rehabilitar la cobertura en virtud de esta Póliza,
Si se rehabilita esta Póliza, los beneficios se proporcionarán solo para una Lesión accidental que se produce después de la fecha de rehabilitación, o para una Enfermedad que comienza más de 10 días después de la fecha de rehabilitación. De lo contrario, Usted y Cigna tendrán los mismos derechos que existían en virtud de la Póliza inmediatamente antes de la fecha de vencimiento de la prima no pagada, con sujeción a las modificaciones o endosos que correspondan a la Póliza rehabilitada.

Todas las primas aceptadas en relación con una rehabilitación se aplicarán a un período anterior durante el cual Usted no haya pagado las primas, que no superará los 60 días previos a la fecha de rehabilitación.

Si cualquier Persona asegurada Nos solicita por escrito una copia de la solicitud, le entregaremos o enviaremos por correo a la Persona asegurada una copia de la solicitud dentro de los 15 días de recibir la solicitud.

Excepción para Personas aseguradas asignadas o convocadas para el servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos: En caso de que se solicite una rehabilitación, brindaremos al Titular de la póliza asignado o convocado para el servicio activo en las Fuerzas Armadas los mismos beneficios que se encontraban vigentes antes de la caducidad de la póliza. No se aumentará la Prima, a menos que correspondan aumentos de tarifas a todos los titulares de Pólizas. El Titular de la póliza no se encontrará sujeto a limitaciones por Afecciones preexistentes.

Renovación: Esta Póliza se renueva por Año calendario.

Fraude: Si la Persona asegurada ha cometido o ha permitido que otra persona cometa un fraude o una tergiversación intencional de un dato sustancial en relación con la presente Póliza, toda la cobertura en virtud de esta Póliza será nula y no tendrá fuerza ni efecto legal.

Información incorrecta respecto de la edad: En caso de que se haya brindado información incorrecta respecto de la edad de cualquier Persona asegurada en la solicitud de cobertura, Cigna determinará las tarifas de las primas para dicha Persona asegurada según la edad correcta, y se realizará un ajuste equitativo de la tarifa de la prima, de manera que se Nos pague la tarifa de la prima adecuada para la edad real de la Persona asegurada.

Incuestionabilidad: Una vez transcurridos dos años a partir de la fecha de emisión de la presente Póliza, ninguna declaración incorrecta, salvo declaraciones incorrectas fraudulentas, que haya realizado el solicitante en la solicitud de la Póliza, podrá utilizarse para anular la Póliza ni para denegar un reclamo que comience una vez vencido dicho período de dos años.

Acciones legales: No se iniciará ninguna acción conforme a las normas del sistema del Common Law o a las normas del sistema de Equity para obtener compensación en virtud de esta Póliza antes de transcurridos sesenta días de haber proporcionado prueba de pérdida por escrito de conformidad con los requisitos de esta Póliza. No se iniciará ninguna de tales acciones después de transcurridos tres años de la fecha en la que se debe proporcionar la prueba de pérdida por escrito.

Arbitraje: Salvo lo dispuesto por la § 10-16-202(12) del C.R.S., y en el alcance permitido por ley, las partes pueden acordar someter una controversia que resulte de esta Póliza, o esté relacionada o se relacione de cualquier forma con esta Póliza, a un arbitraje administrado por la Asociación Estadounidense de Arbitraje (AAA, por sus siglas en inglés) mediante una notificación por escrito. Tal arbitraje se regirá por las Normas de Arbitraje Comercial de la AAA en vigencia en ese momento, siempre que tales disposiciones no sean contradictorias con las disposiciones de esta sección. Un único árbitro (el "Árbitro") decidirá el arbitraje. El arbitraje, incluidos, entre otros, la existencia, carácter, resolución o resultado, se celebrará y se realizará con absoluta reserva. La audiencia de arbitraje se celebrará dentro de los 30 días después del nombramiento del Árbitro, salvo que las partes acuerden lo contrario. El Árbitro deberá presentar su decisión final dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la audiencia de arbitraje. La decisión del Árbitro será exigible ante cualquier tribunal de jurisdicción competente. En el caso de un arbitraje, el Árbitro no tendrá facultad de realizar una acción con respecto a ningún supuesto procedimiento de clase, colectivo, de representantes, de múltiples demandantes o similar, combinar o agregar reclamos similares de una entidad o persona que no sea parte de este acuerdo, o dictar un laudo a alguna persona o entidad que no sea parte de este acuerdo.

Conformidad con las leyes estatales y federales: Si alguna disposición de la presente Póliza, en su Fecha de vigencia, es contraria a las leyes del estado en el cual reside la Persona asegurada en esa fecha o a una ley federal, será modificada para que cumpla con los requisitos mínimos de dichas leyes.

Disposición para casos de nulidad parcial: si cualquier disposición o cualquier palabra, término, cláusula o parte de cualquier disposición de la presente Póliza resultara nula, por cualquier motivo, esta quedará sin efecto, pero el resto de esta Póliza y de la disposición no se verá afectado y permanecerá en plena vigencia y efecto.

- Las Personas aseguradas son las únicas personas con derecho a recibir beneficios en virtud de la presente Póliza. EL USO FRAUDULENTO DE DICHOS BENEFICIOS TENDRÁ COMO RESULTADO LA CANCELACIÓN DE ESTA PÓLIZA Y SE INICIARÁN LAS ACCIONES LEGALES CORRESPONDIENTES.

- La Fecha de vigencia de la presente Póliza se encuentra impresa en la tarjeta de identificación de Cigna y en la página de especificaciones de la Póliza.

- Cigna no tendrá responsabilidad por ningún reclamo por lesiones ni daños sufridos por la Persona asegurada mientras recibía atención en cualquier Hospital, Instalación quirúrgica independiente para pacientes en consulta externa, Instalación de enfermería especializada o de cualquier Proveedor participante o no participante. Dichas instalaciones y proveedores actúan como contratistas de la(s) Persona(s) Asegurada(s).

- Cigna cumplirá con los requisitos de Notificación enviando dicha Notificación por correo a la Persona asegurada, a la dirección de facturación que figura en nuestros registros. Es responsabilidad de la Persona asegurada comunicarnos cualquier cambio de dirección. La Persona asegurada cumplirá con los requisitos de Notificación enviando la Notificación a:

Cigna
Individual Services
P.O. Box 30365
Tampa, FL 33630-3365

- Cuando la cantidad pagada por Cigna supere la cantidad por la cual es responsable en virtud de esta Póliza, la compañía tendrá derecho a exigir que la Persona asegurada restituya la cantidad excedente, salvo que esté prohibido por ley.

- Para que una Persona asegurada tenga derecho a recibir beneficios en virtud de esta Póliza, la cobertura conforme a esta Póliza deberá estar en vigencia en la fecha en que se incurra el gasto que dé lugar a un reclamo por beneficios. En virtud de la presente Póliza, se considera que se incurre en un gasto en la fecha en que la Persona asegurada recibe el servicio o suministro respecto del cual se cobra el cargo.

- Pagaremos todos los beneficios del presente Acuerdo directamente a los Hospitales participantes, Médicos participantes y todos los demás Proveedores participantes, independientemente de que la Persona asegurada haya autorizado la cesión de beneficios o no, salvo que la Persona asegurada haya pagado el reclamo en su totalidad, en cuyo caso le otorgaremos un reembolso. Además, podemos pagar directamente a cualquier proveedor de servicios cubierto cuando la Persona asegurada ceda los beneficios por escrito, a más tardar, en el momento de la presentación de la prueba de pérdida (reclamo), salvo en el caso de reclamos vinculados con Proveedores en países extranjeros. Sin embargo, podemos, a Nuestra entera discreción, pagarle a usted el costo de cualquier Gasto cubierto de un Proveedor no participante, aun si los beneficios se han cedido. Cuando los beneficios se le paguen a Usted o a sus Dependientes, Usted o Sus Dependientes tienen la responsabilidad de reembolsar al proveedor y el pago que le realicemos a Usted se considerará el cumplimiento de Nuestra obligación.

- Si recibimos un reclamo de un Proveedor en país extranjero por una Emergencia médica, cualquier pago que pudiera corresponder se enviará a la Persona asegurada. La Persona asegurada es responsable de pagarle al Proveedor en país extranjero. Mediante estos pagos, cumpliremos nuestra obligación para con la Persona asegurada respecto de dichos servicios.

- El pago de beneficios para reembolsar Gastos cubiertos pagados por un hijo que cumple con los requisitos, o por el padre que ejerce la custodia de ese hijo, o por su tutor legal, se efectuará al hijo, al padre que ejerce la custodia o a su tutor legal, o bien a un funcionario estatal cuyo nombre y dirección figuren en lugar del nombre y dirección del hijo que cumple con los requisitos.

- Cigna le cursará notificación por escrito, en un plazo razonable, si se extingue la relación con un Proveedor participante, o si éste incurre en un incumplimiento o no puede cumplir con sus obligaciones en virtud del contrato de proveedor, en caso de que Cigna determine que Usted o los Miembros de su familia asegurados podrían verse afectados de manera sustancial y adversa por esta situación.

- Continuación de la Atención después de la extinción de la relación con un Proveedor cuya participación ha finalizado:

  Cigna le proporcionará beneficios a Usted o a los Miembros de su familia asegurados a nivel del Proveedor participante por Servicios cubiertos de un Proveedor con el cual ya no existe relación contractual en las siguientes circunstancias especiales:

  - Tratamiento continuo para una Persona asegurada hasta el día 90 a partir de la fecha de finalización del contrato del proveedor.

- Tratamiento continuo para una Persona asegurada que al momento de la finalización ha sido diagnosticada con una enfermedad terminal, pero en ningún caso después de 9 meses de la fecha de finalización del contrato del proveedor.

- Le proporcionaremos a la Persona asegurada una lista actualizada de Proveedores participantes locales, a solicitud. Si la Persona asegurada desea obtener un directorio más completo, o necesita una nueva lista de proveedores por cualquier otro motivo, llame a Cigna al número que figura en la tarjeta de identificación y proporcionaremos dicha lista a la Persona asegurada, o visite nuestro sitio web, www.Cigna.com.

- Si, mientras cuenta con la cobertura de esta Póliza, la Persona asegurada también se encuentra cubierta por otra póliza individual o colectiva de Cigna, la Persona asegurada sólo tendrá derecho a recibir los beneficios de una Póliza. La Persona asegurada podrá elegir esta Póliza o la Póliza en virtud de la cual recibirá cobertura. Luego, Cigna reembolsará cualquier prima recibida en virtud de la otra Póliza correspondiente al período durante el cual ambas pólizas se encontraban vigentes. No obstante, todos los pagos de reclamos realizados por Cigna en virtud de la Póliza que Usted elija cancelar se deducirán de dicho reembolso de primas.

- Si Cigna no exigiera el cumplimiento de alguna disposición de esta Póliza, esto no significará que anularemos, modificaremos o declararemos inoponible dicha disposición en algún otro momento, independientemente de que las circunstancias sean las mismas o no.

- Si las Personas aseguradas estaban **cubiertas por una Póliza individual de Cigna anterior** que se reemplaza por la presente Póliza sin interrupción de la cobertura:
  - Los beneficios utilizados en virtud de la Póliza anterior se imputarán a los beneficios pagaderos en virtud de esta Póliza.

Examen físico y autopsia: Cigna tendrá el derecho y la oportunidad, asumiendo todos los cargos, de examinar a cualquier Persona asegurada por la cual se presente un reclamo, en el momento y con la frecuencia con que ésta lo requiera, siempre que resulte razonable, mientras un reclamo se encuentre pendiente en virtud de esta Póliza. En caso de fallecimiento de una Persona asegurada, Cigna tendrá el derecho y la oportunidad de realizar una autopsia en los casos en que no esté prohibido por ley.

FINALIZACIÓN/NO RENOVACIÓN/CONTINUACIÓN

Causas específicas que impiden cumplir con los requisitos para recibir cobertura:

Salvo según se describe en la sección de Continuación, una Persona asegurada dejará de cumplir con los requisitos para recibir cobertura en virtud de la Póliza:

- Cuando las primas no se paguen conforme a las fechas de vencimiento y períodos de gracia que se establecen en la sección de primas.
- Para el cónyuge: cuando el cónyuge ya no esté casado con el Asegurado.
- Para Usted y los Miembros de su familia: cuando Usted deje de cumplir con los requisitos enumerados en la sección Requisitos de elegibilidad;
- En la fecha de extinción de la Póliza.
- Cuando el Asegurado ya no viva en el Área de servicio.

Recuerde que es Su responsabilidad notificar inmediatamente a Cigna acerca de cualquier cambio que incida en el hecho de que Usted o cualquiera de los Miembros de su familia cumpla o no con los requisitos para recibir beneficios en virtud de esta Póliza.

Cancelación

Podremos cancelar esta Póliza solamente en alguno de los siguientes casos:

1. Si Usted no paga sus primas en la fecha de vencimiento o al finalizar el período de gracia de 31 días para los planes no adquiridos en el Mercado o el período de gracia de 61 días para los planes adquiridos en un Mercado, o el período de gracia de 90 días para las Personas aseguradas que reciben el Crédito fiscal por las primas por adelantado.
2. El primer día del mes posterior a que recibamos Su notificación de cancelación cursada por escrito. Si Usted adquirió su plan en un intercambio estatal, cancelaremos esta Póliza de conformidad con Su notificación de cancelación por escrito siempre que Usted notifique como mínimo catorce días antes de la fecha de vigencia de la finalización solicitada. Si Usted brinda su notificación de cancelación por escrito menos de catorce días antes de la fecha de finalización solicitada, la fecha de vigencia de finalización será a más tardar catorce días después de que Usted entregó la notificación de cancelación por escrito.
3. Cuando Usted deje de cumplir con los requisitos para esta cobertura.
4. Si usted ha cometido, o permitió que alguna otra persona cometiera, un fraude o una falsificación, o una tergiversación intencional de un dato sustancial en relación con la presente Póliza o cobertura.
5. Si dejamos de ofrecer pólizas de este tipo a todas las personas de Su clase. En este caso, la ley de Colorado exige que cumplamos los siguientes requisitos: (1) cursar notificación por escrito a cada Persona asegurada respecto de la interrupción de la cobertura más de 90 días antes de la interrupción de la cobertura; (2) ofrecer a cada Persona asegurada, bajo la modalidad de emisión garantizada, la opción de comprar cualquier otra cobertura hospitalaria, médica o quirúrgica individual que ofrezcamos al momento de la interrupción; y (3) actuar de manera uniforme, sin tener en cuenta ningún factor vinculado con el estado de salud de una Persona asegurada.
6. Si dejamos de ofrecer algún plan en el mercado de cobertura individual de Colorado, le notificaremos la extinción inminente de Su cobertura al menos 180 días antes de Su cancelación. Su cobertura continuará hasta Su primer período de renovación, pero no por más de 12 meses después de que le enviemos la notificación.
7. Cuando Usted ya no viva en el Área de servicio.
8. Cuando Cigna determine que cualquier pago de la prima por esta Póliza está siendo realizado directa o indirectamente por cualquier fuente que no sea Usted, los Miembros de su familia o un Tercero responsable del pago aceptable; no obstante, si Usted, los Miembros de su familia o un Tercero responsable del pago aceptable realizan todos los pagos de primas para esta Póliza que venzan después de la fecha de la determinación de Cigna, la Póliza seguirá en vigencia, con sujeción a todos los demás términos y condiciones contenidos en el presente.

Todas las cancelaciones se llevarán a cabo sin perjuicio de los reclamos por Gastos cubiertos que se hayan incurrido antes de la cancelación. Excepto en el caso de fraude o tergiversación intencional, le notificaremos la cancelación como mínimo con 30 días de antelación a la cancelación de la Póliza, a menos que la ley exija un período de notificación mayor.

Continuación

Si una Persona asegurada deja de cumplir los requisitos en virtud de la presente Póliza debido al fallecimiento del Asegurado, a un divorcio o a otro motivo establecido en la Póliza, o si otro Miembro de la familia asegurado deja de cumplir los requisitos debido a la edad o ya no califica como dependiente para la cobertura en virtud de este Plan, salvo en el caso de que el Asegurado no cumpla con el pago de la prima, la Persona asegurada tiene derecho a la continuación de su seguro. La cobertura continuará si la Persona asegurada que ejerce el derecho de continuación notifica a Cigna y paga la prima mensual correspondiente en el término de 60 días a partir de la fecha en que, de no ser así, esta Póliza se extinguiría. En dicho caso, la cobertura continuará sin evidencia de asegurabilidad. Además, si una Persona asegurada deja de cumplir los requisitos en virtud de la presente Póliza debido al fallecimiento del Asegurado, a un divorcio o a otro motivo establecido en la Póliza, salvo en el caso de que el Asegurado no cumpla con el pago de la prima, eso se consideraría un hecho habilitante y la Persona asegurada podría inscribirse durante un período de inscripción especial si no ejerció su derecho a la continuación. El período de inscripción especial comienza en la fecha en que se produce el hecho habilitante, y finaliza el día 61 tras el hecho habilitante. Las fechas de vigencia de la cobertura de las personas que se inscriben durante un período de inscripción especial se determinarán de la siguiente manera: en el caso de una solicitud presentada entre el día 1 y el día 15 de cualquier mes, la fecha de vigencia de la cobertura será el primer día del mes siguiente; en el caso de una solicitud presentada entre el día 16 y el último día del mes, la fecha de vigencia de la cobertura será el primer día del segundo mes siguiente. Consulte la sección "Quiénes pueden participar" para obtener más información sobre Períodos de inscripción especiales.

APELACIONES Y QUEJAS

SI TIENE UNA QUEJA O APELACIÓN POR DETERMINACIÓN ADVERSA

Proceso de queja y apelación

A los fines de esta sección, cualquier referencia a Persona asegurada incluirá también a cualquier representante o proveedor que la Persona asegurada haya designado para actuar en su nombre, a menos que se indique lo contrario.

Cigna desea que la Persona asegurada esté totalmente conforme con la cobertura recibida. Por ese motivo, Cigna ha establecido un proceso para abordar las inquietudes de la Persona asegurada y resolver los problemas.

Comience con el Servicio al cliente

Cigna está para escucharlo y ayudarlo. Si la Persona asegurada tiene alguna inquietud con respecto a alguna persona, un servicio, la calidad de la atención, los beneficios contractuales, una denegación de elegibilidad inicial o una rescisión de la cobertura, puede llamar a Nuestro número gratuito y explicarle la inquietud a uno de Nuestros representantes de Servicio al cliente. Llame a Cigna al número gratuito de Servicio al cliente que figura en la Tarjeta de identificación de beneficios, la explicación de beneficios o el formulario de reclamo.

Cigna hará todo lo que esté a su alcance para resolver la cuestión en el contacto inicial de la Persona asegurada. Si Cigna necesita más tiempo para revisar o investigar su inquietud, Cigna se comunicará con la Persona asegurada lo antes posible, dentro de un plazo de 30 días como máximo.

Si la Persona asegurada no está satisfecha con los resultados de una decisión con respecto a la cobertura, puede iniciar el procedimiento de apelación.

Procedimiento de apelación

Para iniciar una apelación, la Persona asegurada debe presentar una solicitud de apelación por escrito dentro de los 365 días de recibir una notificación de denegación, a la siguiente dirección:

Cigna
National Appeals Organization (NAO)
PO Box 188011
Chattanooga, TN 37422

En dicha solicitud, la Persona asegurada debe indicar el motivo por el cual cree que se debería aprobar la apelación e incluir cualquier información que respalde la apelación. Si la Persona asegurada no puede escribir o decide no hacerlo, puede solicitar que se registre la apelación por teléfono. La Persona asegurada puede llamar a Cigna al número gratuito que figura en la Tarjeta de identificación de beneficios, la explicación de beneficios o el formulario de reclamo. La Persona asegurada también puede registrar la apelación mediante una cita concertada o una entrevista sin cita previa.

La ley de Colorado contempla un nivel de apelaciones para las apelaciones internas de una determinación adversa. Determinación adversa significa:

- Una denegación de una preautorización para un beneficio cubierto;
- Una denegación de una solicitud de beneficios para una persona alegando que el tratamiento o beneficio cubierto no es médicamente necesario, apropiado, eficaz o eficiente, o no se proporciona en un entorno o al nivel apropiado de atención médica.
- Una rescisión o cancelación de la cobertura en virtud de un plan de cobertura de salud que no es atribuible al incumplimiento del pago de las primas y que se aplica de manera retroactiva;
- Una denegación de una solicitud de beneficios alegando que el tratamiento o servicio es experimental o se encuentra en investigación; o
- Una denegación de la cobertura a una persona sobre la base de una determinación de elegibilidad inicial.

Las solicitudes de apelación relativas a una determinación adversa del asunto de la Persona asegurada serán decididas por un Comité, que estará integrado por una o más personas que no hayan estado involucradas en la decisión anterior. El Comité consultará como mínimo a un Médico de la misma especialidad o de una especialidad similar a la de la atención bajo revisión, según lo determine el revisor Médico de Cigna. Para todas las demás apelaciones relacionadas con el plan de cobertura, se llevará a cabo una revisión por parte de una persona que a) no haya estado involucrada en ninguna decisión anterior en relación con la apelación de la Persona asegurada, y b) no sea un subordinado de las personas que tomaron decisiones anteriormente.

La Persona asegurada tiene los siguientes derechos: (1) asistir en persona, o por teleconferencia o videoconferencia a la revisión del Comité; (2) presentar su situación al Comité en persona o por escrito; (3) presentar material de respaldo tanto antes como al momento de la revisión del Comité; (4) realizar preguntas a cualquier representante de Cigna antes de la revisión; (5) interrogar a cualquier revisor al momento de la revisión; y (6) estar asistido o representado por una persona de su elección.

Para las determinaciones de cobertura de atención médica requeridas previas al servicio y simultáneas, la revisión se completará dentro de los 15 días calendario. Para los reclamos posteriores al servicio, la revisión se completará dentro de los 30 días calendario. En caso de necesitar más tiempo o información para realizar la determinación, Cigna le notificará a la Persona asegurada por escrito para solicitarle una prórroga de hasta 15 días calendario y especificar la información adicional necesaria para completar la revisión. En caso de que, en relación con la apelación, Cigna considere o genere información (evidencia) nueva o adicional, o se base en dicha información nueva o adicional, Cigna le brindará esta información a la Persona asegurada tan pronto como sea posible y con suficiente anticipación respecto de la decisión, para que la Persona asegurada tenga la oportunidad de responder. Asimismo, si Cigna incorpora fundamentos nuevos o adicionales, Cigna se los notificará a la Persona asegurada tan pronto como sea posible y con suficiente anticipación respecto de la decisión, para que la Persona asegurada tenga la oportunidad de responder.

La decisión se le notificará por escrito a la Persona asegurada dentro de los cinco días hábiles de haberse tomado la decisión, y dentro de los plazos de revisión indicados anteriormente si Cigna o el Comité no aprueban la cobertura solicitada.
La Persona asegurada puede solicitar que se acelere el proceso de apelación si los plazos en virtud de este proceso: (a) pusieran en grave peligro la vida, la salud o la capacidad para recuperar el funcionamiento pleno de la Persona asegurada, o a criterio de su Médico, le hicieran sentir un dolor intenso que no puede manejarse sin los servicios solicitados; o (b) la apelación está relacionada con la no autorización de una admisión o estadía continua en un Hospital como paciente internado. En caso de que la Persona asegurada solicite que se acelere el proceso de apelación sobre la base del punto (a) precedente, también puede solicitar, al mismo tiempo, una Revisión independiente externa acelerada, si el tiempo que se requiere para completar una apelación interna acelerada resultaría perjudicial para la afección médica de la Persona asegurada.

El revisor Médico de Cigna, previa consulta con el Médico a cargo del tratamiento, decidirá si es necesaria una apelación acelerada. El Revisor médico de Cigna consultará a un Revisor médico de la misma especialidad o de una especialidad similar a la de la atención bajo consideración para tomar una decisión. En caso de que se acelere una apelación, Cigna le comunicará su decisión en forma verbal, dentro de las 72 horas, y luego por escrito.

Proceso de revisión externa estándar para decisiones adversas sobre Necesidad médica

Si la Persona asegurada continúa disconforme con una determinación o decisión adversa de Cigna y ha finalizado la revisión de apelación interna, la Persona asegurada puede presentar una solicitud escrita para una Revisión independiente externa (EIR, por sus siglas en inglés). Cigna pagará el costo de la EIR y no hay ninguna restricción sobre la cantidad mínima en dólares para que un reclamo pueda pasar a revisión externa. La Persona asegurada tiene cuatro meses a partir de la fecha de recepción de la determinación adversa definitiva de Cigna para presentar una solicitud escrita para una EIR. Todas las solicitudes de revisión externa deben realizarse por escrito a Cigna y deben incluir un formulario de solicitud de revisión externa completo. Todas las solicitudes también deben incluir un consentimiento firmado que autoriza a Cigna a divulgar Información sobre la salud protegida, incluidos los registros médicos, pertinente a la revisión externa. Cuando Cigna reciba una solicitud de revisión externa estándar incompleta que no cumpla con sus procedimientos de presentación, Cigna notificará a la Persona asegurada de este incumplimiento tan pronto como sea posible, pero nunca pasados los cinco días de la fecha en la que recibió la solicitud incompleta.

Dentro de los dos días hábiles de recibir la solicitud de la Persona asegurada para una EIR, Cigna enviará una copia de la solicitud al Comisionado. Si Cigna decide revocar la determinación adversa definitiva antes de enviar la solicitud de la Persona asegurada al Comisionado, se informará a la Persona asegurada en el término de un día hábil de la decisión de Cigna por fax, teléfono u otro medio electrónico, y a continuación por escrito.

Dentro de los dos días hábiles de recibir de parte de Cigna la solicitud de la Persona asegurada de una EIR, el Comisionado encargará a una entidad de revisión externa independiente que lleve a cabo la revisión externa. Tras la designación, el Comisionado notificará a Cigna, de forma electrónica, por fax o por teléfono, y a continuación por escrito, del nombre y la dirección de la entidad de revisión externa independiente a la cual debe enviarse la apelación. En el término de un día hábil de recibir la notificación del Comisionado, Cigna proporcionará a la Persona asegurada, ya sea de forma electrónica, por fax o teléfono, y a continuación por escrito, una descripción de la entidad de revisión externa independiente y cómo proporcionarle al Comisionado documentación relativa a cualquier posible conflicto de interés con la entidad de revisión externa independiente. Dentro de los dos días hábiles de recibir la notificación de Cigna acerca de la entidad de revisión externa independiente, la Persona asegurada puede proporcionarle al Comisionado documentación relativa a un posible conflicto de interés de la entidad de revisión externa independiente, por fax o por teléfono, y a continuación por escrito. Si el Comisionado determina que la entidad de revisión externa independiente presenta un conflicto de interés, el Comisionado encargará, en el término de un día hábil, a otra entidad de revisión externa independiente que lleve a cabo la revisión externa. Tras esta nueva designación, el Comisionado notificará a Cigna, de forma electrónica, por fax o por teléfono, y a continuación por escrito, del nombre y la dirección de la nueva entidad de revisión externa independiente a la cual debe enviarse la apelación. El Comisionado también notificará a la Persona asegurada por escrito de su determinación con respecto al posible conflicto de interés y del nombre y dirección de la nueva entidad de revisión externa independiente. Dentro de los cinco días hábiles de recibir la notificación de CIGNA acerca de la entidad de revisión externa independiente, la Persona asegurada puede presentar información directamente a la EIR y la EIR suministrará una copia de la información a CIGNA en el término de un día hábil de recibir la información.

Dentro de los cinco días hábiles de la fecha en la que Cigna recibe la notificación del Comisionado acerca de la selección de la entidad de revisión externa independiente, Cigna enviará a la entidad de revisión externa independiente designada lo siguiente: (1) todos los registros médicos pertinentes; (2) una copia de todas las cartas de denegación; (3) una copia del formulario de consentimiento firmado; (4) toda la documentación proporcionada a Cigna por la Persona asegurada o un profesional de servicios de salud en respaldo de la solicitud de cobertura; (5) los criterios usados y las razones clínicas para la decisión adversa; y (6) un índice de todos los documentos presentados. Dentro de los dos días hábiles de recibir el material de parte de Cigna, la entidad de revisión externa independiente enviará a la Persona asegurada el índice de todos los materiales que Cigna haya presentado a la entidad de revisión externa independiente. Cigna proporcionará a la Persona asegurada, si lo solicita, toda la información pertinente suministrada a la entidad de revisión externa independiente que no sea confidencial ni privilegiada en virtud de leyes estatales o federales.

La entidad de revisión externa independiente notificará a la Persona asegurada o a su profesional de servicios de salud y a Cigna de cualquier información médica adicional necesaria para llevar a cabo la revisión. Dentro de los cinco días hábiles de tal solicitud, la Persona asegurada o su profesional de servicios de salud presentarán la información adicional, o una explicación de por qué la información adicional no se está presentando a la entidad de revisión externa independiente y a Cigna. Si la Persona asegurada o su profesional de servicios de salud no proporcionan la información adicional o la explicación de por qué no se presenta la información adicional dentro de los cinco días hábiles, la entidad de revisión externa independiente tomará una decisión sobre la base de la información presentada por Cigna. Si Cigna no proporciona los documentos y la información requeridos dentro de los cinco días hábiles, la entidad de revisión externa independiente puede finalizar la revisión externa y tomar la decisión de revocar la determinación adversa definitiva de Cigna. Inmediatamente tras la revocación, la entidad de revisión externa independiente notificará a la Persona asegurada, a Cigna y al Comisionado.

Tras la recepción de cualquier información nueva de parte suya, Cigna puede reconsiderar su determinación adversa definitiva que es objeto de la revisión externa. La revisión externa puede finalizar solo si Cigna decide revocar su determinación adversa definitiva y proveer cobertura o pago por el servicio de atención médica que se había denegado. En el término de un día hábil de que Cigna toma la decisión de revocar su determinación adversa definitiva, Cigna le notificará a usted, a la entidad de revisión externa independiente y al Comisionado de su decisión, de forma electrónica, por fax o por teléfono, y a continuación por escrito. La entidad de revisión externa independiente finalizará la revisión externa al recibir la notificación de Cigna.

Dentro de los 45 días calendario de la fecha en que Cigna recibe la solicitud de revisión externa, la entidad de revisión externa independiente proporcionará notificación por escrito de su decisión de confirmar o revocar la determinación adversa definitiva a la Persona asegurada, si corresponde, a su representante designado, a Cigna, a su Médico y al Comisionado.
Tras recibir la notificación de la entidad de revisión externa independiente de la decisión que revoca nuestra determinación adversa definitiva, Cigna aprobará la cobertura que fue objeto de la determinación adversa definitiva. Para las revisiones de atención médica previas al servicio y simultáneas, Cigna aprobará la cobertura en el término de un día hábil. Para las revisiones posteriores al servicio, Cigna aprobará la cobertura dentro de los cinco días hábiles. Cigna proporcionará notificación por escrito de la aprobación a la Persona asegurada en el término de un día hábil de nuestra aprobación de la cobertura. La cobertura se proporcionará sujeta a los términos y condiciones que se aplican a los beneficios en virtud del plan.

Proceso de revisión externa acelerada para decisiones adversas sobre Necesidad médica

La Persona asegurada o el representante designado de la Persona asegurada pueden presentar una solicitud a Cigna para una revisión externa acelerada si la Persona asegurada tiene una afección médica y si los plazos para la conclusión de una revisión externa estándar pusieran en grave peligro la vida, la salud o la capacidad para recuperar el funcionamiento pleno de la Persona asegurada o, en el caso de una Persona asegurada con una discapacidad física o mental, si crearan una limitación inminente y sustancial de la capacidad existente de la Persona asegurada para vivir de forma independiente. La solicitud de una revisión externa acelerada debe incluir la certificación de un Médico de que la afección médica de la Persona asegurada cumple con los criterios para una revisión acelerada.

Cuando Cigna reciba una solicitud de revisión externa acelerada incompleta que no cumpla con sus procedimientos de presentación, Cigna notificará a la Persona asegurada de este incumplimiento tan pronto como sea posible, pero nunca pasadas las veinticuatro horas desde que se recibió la solicitud incompleta. Al recibir la solicitud de la Persona asegurada de una revisión externa acelerada, Cigna notificará al Comisionado y le enviará una copia de la solicitud en el término de un día hábil ya sea de forma electrónica, por teléfono, por fax o mediante cualquier otro método rápido disponible. En el término de un día hábil de recibir la solicitud de Cigna, el Comisionado encargará a una entidad de revisión externa independiente que lleve a cabo la revisión. Tras la designación, el Comisionado informará a Cigna el nombre y la dirección de la entidad de revisión externa independiente. En el término de un día hábil de recibir la notificación del Comisionado, Cigna notificará a la Persona asegurada, de forma electrónica, por fax o por teléfono, y a continuación por escrito. La notificación incluirá una descripción escrita de la entidad de revisión externa independiente que el Comisionado ha seleccionado.

Inmediatamente después de recibir la solicitud de una revisión externa acelerada, Cigna proporcionará todos los documentos e información necesarios que se consideraron al tomar la determinación adversa definitiva a la entidad de revisión externa independiente de forma electrónica, por teléfono, por fax o mediante cualquier otro método rápido disponible. Cigna proporcionará a la Persona asegurada, si lo solicita, toda la información presentada a la entidad de revisión externa independiente que no sea confidencial ni privilegiada en virtud de leyes estatales o federales.

Tan pronto como sea posible, pero a más tardar a las 72 horas de la fecha en que Cigna recibe la solicitud de revisión externa, la entidad de revisión externa independiente tomará la decisión de confirmar o revocar la determinación adversa definitiva de Cigna y notificará de la decisión a la Persona asegurada, al Médico de la Persona asegurada, a Cigna y al Comisionado.
Si la notificación de la decisión no se realiza por escrito, la EIR debe proporcionar confirmación por escrito de la decisión dentro de las 48 horas de la fecha en que se transmite la notificación de la decisión a la Persona asegurada, al Médico de la Persona asegurada, a Cigna y al Comisionado.

Tras recibir la decisión de la entidad de revisión externa independiente, Cigna aprobará de inmediato la cobertura que fue objeto de la revisión y proporcionará notificación por escrito de la aprobación a la Persona asegurada. La cobertura se proporcionará sujeta a los términos y condiciones que se aplican a los beneficios en virtud del plan. Es posible que no se brinde una revisión externa acelerada para las determinaciones adversas posteriores al servicio.

Una decisión de una revisión externa es vinculante para Cigna y para usted, salvo en la medida en que Cigna y Usted tengan disponibles otros recursos en virtud de leyes federales o estatales. Usted no puede presentar una solicitud posterior de revisión externa que involucre la misma determinación adversa definitiva del plan para la cual usted ya haya recibido una decisión de una revisión externa.

Apelación ante el Estado de Colorado

La Persona asegurada tiene derecho a comunicarse con la División de Seguros de Colorado para solicitar asistencia en cualquier momento. Puede comunicarse con la División de Seguros de Colorado a la siguiente dirección y número de teléfono:

Colorado Division of Insurance
Department of Regulatory Affairs
1560 Broadway, Suite 850
Denver, CO 80202
1-800-930-3745

Notificación de determinación de beneficios en caso de apelación

La notificación de la determinación en caso de apelación se proporcionará por escrito o por medios electrónicos y, si se trata de una determinación adversa, incluirá: (1) información suficiente para identificar el reclamo; (2) el (los) motivo(s) específico(s) de la determinación adversa; (3) una referencia a las disposiciones específicas del plan sobre las que se basó la determinación; (4) una declaración que indique que la persona que hizo el reclamo tiene derecho a recibir, a solicitud y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, registros y otra Información relevante, según la definición, así como copias de esta documentación; (5) a solicitud y sin cargo, una copia de cualquier norma, pauta o protocolo interno, o criterio similar, sobre los que se haya basado la determinación adversa con respecto a su apelación, y una explicación del criterio científico o clínico si la determinación se basa en una Necesidad médica, tratamiento experimental u otra exclusión o limitación similar; y (6) información acerca de cualquier oficina de asistencia al consumidor de seguros de salud o de defensa de derechos con que pueda contar para brindarle asistencia durante el proceso de apelación. Todas las denegaciones escritas de solicitudes de beneficios cubiertos alegando que tales beneficios no son médicamente necesarios, apropiados, eficaces o eficientes deben estar firmadas por un médico/dentista con licencia que esté familiarizado con los estándares de atención de Colorado. Ni un enfermero ni una persona encargada del procesamiento pueden firmar en nombre de un médico o dentista; debe firmar un médico o un dentista; sin embargo, se permite la firma electrónica. En la notificación definitiva de una determinación adversa se incluirá un análisis de la decisión.

Es posible que haya otras opciones de resolución voluntaria y alternativa de controversias, como la Mediación. Una manera de averiguar las opciones disponibles es comunicarse con la oficina local del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y con la agencia reguladora de seguros del estado, o comunicarse con el Administrador del plan.

Información relevante

Información relevante incluye cualquier documento, registro u otra información que: (a) se haya usado como referencia para la determinación de beneficios; (b) se haya presentado, considerado o producido mientras se realizaba la determinación de beneficios, independientemente de que dicha determinación se haya basado en ese documento, registro u otra información; (c) demuestre que cumple con las garantías y procesos administrativos exigidos por la ley federal para realizar la determinación de beneficios; o (d) constituya una declaración de política u orientación con respecto al plan en relación con la opción de tratamiento o el beneficio no aprobado, o el diagnóstico de la persona que hace el reclamo, independientemente de que la determinación de beneficios se haya basado en dicha orientación o declaración.

INFORMACIÓN SOBRE CAMBIOS EN LA PÓLIZA Y EN LAS TARIFAS

Primas

La cantidad de la prima mensual figura en la página de especificaciones de la Póliza, que se envió con la presente Póliza. Esta prima mensual se aplica a las personas cuyo pago mensual se deduce directamente de su cuenta corriente. Si Usted paga en forma trimestral, la cantidad de la prima trimestral adeudada será el triple de la prima mensual.

Usted deberá abonar un cargo adicional de $45 por cualquier cheque o transferencia electrónica de fondos que Nos sea devuelta sin pagar.

Si Usted adquirió Su Plan en un Mercado y ha decidido recibir Su crédito fiscal por las primas por adelantado, Su período de gracia se prolonga por tres meses consecutivos siempre que haya pagado por lo menos una prima de un mes completo durante el año de beneficios. La cobertura continuará durante el período de gracia; sin embargo, si no recibimos la totalidad de Su prima adeudada antes de que finalice dicho período, Su cobertura finalizará a partir del último día del primer mes del período de gracia. Consulte la sección “Disposiciones generales” para obtener más información sobre cancelación y rehabilitación.

Si Usted no adquirió Su Plan en un Mercado, o decidió no recibir el crédito fiscal por las primas por adelantado, se aplica un período de gracia de 31 días para que recibamos en nuestra oficina o casilla postal cualquier prima adeudada después de la primera prima. La cobertura continuará durante el período de gracia; sin embargo, si no recibimos su prima antes de que finalice dicho período, su cobertura finalizará a partir del último día del período de gracia. Consulte la sección “Disposiciones generales” para obtener más información sobre cancelación y rehabilitación.

Su prima podrá modificarse oportunamente debido a (a modo de ejemplo):

a. Eliminación o incorporación de una nueva Persona asegurada que cumple con los requisitos correspondientes;
b. Cambio en la edad de cualquier Persona asegurada que implica una prima más alta; o
c. Cambio de domicilio.

Usted debe pagar las primas por cada Persona asegurada hasta la fecha en que usted nos notifica que la Persona asegurada ya no cumple los requisitos o ya no está cubierta. Sin embargo, si un Dependiente ya no está cubierto porque fue inscrito en el plan de salud infantil básico, establecido conforme al Artículo 8, Título 25.5 del C.R.S., Usted debe notificarnos del cambio en la cobertura al menos 30 días antes de la fecha en que el Dependiente dejará de estar cubierto por Nosotros.
Estos cambios entrarán en vigencia el primer día del mes posterior al cambio, a menos que se indique lo contrario en la notificación de la prima.

Cigna también se reserva el derecho a modificar la prima mediante notificación cursada por escrito con 60 días de anticipación. No obstante, no modificaremos la tabla de primas en forma individual, sino para todas las Personas aseguradas de la misma clase que estén cubiertas en virtud de la misma Póliza que Usted. El cambio entrará en vigencia en la fecha que se indique en la notificación, y el pago de las nuevas primas indicará que ha aceptado dicho cambio.
Cigna no aceptará el pago directo o indirecto de primas de ninguna persona o entidad que no sea Usted, los Miembros de su familia o un Tercero responsable del pago aceptable, salvo que Cigna lo permita expresamente por escrito. Si Cigna recibe algún pago de primas con respecto a este Acuerdo directa o indirectamente de cualquier fuente que no sea Usted, los Miembros de su familia o un Tercero responsable del pago aceptable, tal pago se considerará un fundamento para la cancelación de esta Póliza.

DEFINICIONES

Las siguientes definiciones contienen los significados de los términos clave utilizados en la presente Póliza. En esta Póliza, la primera palabra de los términos definidos está escrita con mayúscula inicial.

Tercero responsable del pago aceptable se refiere a uno o más de los siguientes:

1. el Programa Ryan White sobre VIH/SIDA establecido en virtud del Título XXXVI de la Ley de Servicios de Salud Pública;
2. una tribu indígena, organización tribal u organización indígena urbana;
3. un programa gubernamental estatal o federal; o
4. una entidad privada independiente que (i) está constituida como una organización sin fines de lucro en virtud de leyes estatales, (ii) ha recibido una determinación del Servicio de Impuestos Internos de que la entidad califica para una exención del impuesto sobre el ingreso federal en virtud del Título 26, § 501(c)(3) del U.S.C. y (iii) realiza pagos en Su nombre basándose exclusivamente en Su necesidad financiera y de ninguna manera considera el estado de salud de una Persona asegurada para determinar si realiza o no tales pagos en Su nombre.

Anual, Año calendario, Año es un período de 12 meses que comienza cada 1 de enero a las 12:01 a. m. hora del Este.

Período de inscripción abierta anual se refiere al período designado durante cada Año calendario en el que las personas pueden solicitar la cobertura en virtud de la presente Póliza para el Año siguiente. El Período de inscripción abierta anual es fijado por el gobierno federal, y las fechas de inicio y finalización están sujetas a cambio cada Año.

Análisis conductual aplicado se refiere al diseño, implementación y evaluación de modificaciones ambientales usando estímulos y consecuencias conductuales para producir mejoras socialmente significativas en el comportamiento humano, incluido el uso de la observación directa, medición y análisis funcional de las relaciones entre el entorno y el comportamiento.

Trastornos de espectro autista se refiere a trastornos generalizados del desarrollo según la definición de la edición más reciente del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, incluido el autismo, el trastorno de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otra manera.

Período de beneficio para servicios de Atención en hospicio es un período de tres meses durante el que se prestan los servicios de forma regular.

Duelo se refiere al período de tiempo durante el cual los sobrevivientes lloran una muerte y experimentan pena. Los servicios para el Duelo se refieren a servicios de apoyo que se ofrecen durante el período de duelo.

Enfermedad mental de naturaleza biológica significa esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar afectivo, trastorno depresivo grave, trastorno obsesivo-compulsivo específico, trastorno de pánico, trastorno por estrés postraumático, trastornos por drogas y alcohol (es decir, alcoholismo y/o farmacodependencia), distimia, ciclotimia, fobia social, agorafobia con trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, y anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Medicamento de marca que requiere receta médica (de marca) significa un Medicamento que requiere receta médica que ha sido patentado y es elaborado únicamente por un fabricante.

Cigna, Nosotros, Nuestro y Nos significan Cigna (Cigna Health and Life Insurance Company), o una afiliada. Cigna es una compañía de seguros regulada y con licencia que opera en todo el territorio de los Estados Unidos.

Co-seguro significa el porcentaje de Gastos cubiertos que la Persona asegurada debe pagar una vez que se ha cumplido con los Deducibles correspondientes. **El Co-seguro no incluye los Copagos. El Co-seguro tampoco incluye los cargos por servicios que no son Servicios cubiertos ni los cargos que superan los Gastos cubiertos, ni cargos que no son Gastos cubiertos en virtud de la presente Póliza.**

Copago es un monto fijo en dólares correspondiente a Gastos cubiertos que la Persona asegurada debe pagar. El Copago no incluye cargos por servicios que no son Servicios cubiertos o cargos que superan los Gastos cubiertos. Los Copagos se calculan en forma separada del Co-seguro.

Cirugía cosmética es aquella que se realiza para cambiar la apariencia de características o rasgos del cuerpo del paciente que, de no realizarse la cirugía, tendrían un aspecto normal. Un rasgo o característica física es normal cuando una persona común consideraría que ese rasgo o esa característica se encuentran dentro del rango de las variaciones habituales de la apariencia normal de los seres humanos. **Nota sobre Cirugía cosmética: La Cirugía cosmética no se considerará una Cirugía reconstructiva por la incidencia de motivos psicológicos o psiquiátricos.**

Área de cobertura es cualquier lugar que esté dentro de los condados, ciudades o zonas de código postal en el estado de CO que Cigna haya designado como el área en donde este Plan está disponible para la inscripción.

Gastos cubiertos son los gastos incurridos por Servicios cubiertos en virtud de la presente Póliza que Cigna evaluará para el pago en virtud de esta Póliza. Los Gastos cubiertos nunca excederán la Tarifa negociada para Proveedores participantes. Además, los Gastos cubiertos pueden estar limitados por otros máximos específicos que se describen en esta Póliza. Los Gastos cubiertos se encuentran sujetos a los Deducibles aplicables y otros límites a los beneficios. **Los gastos se incurren en la fecha en que la Persona asegurada recibe el servicio o suministro.** Los Gastos cubiertos pueden ser inferiores a la cantidad efectivamente facturada.

Servicios cubiertos son servicios o suministros Médicamente necesarios que:

a) están indicados en las secciones de beneficios de esta Póliza, y
b) que no están específicamente excluidos por la Póliza, y
c) son proporcionados por un Proveedor que:
    i. tiene licencia de conformidad con todas las leyes federales y estatales aplicables,
    ii. está acreditado por la Comisión conjunta para la acreditación de organizaciones de salud o por otra organización, si Cigna lo aprueba, y
    iii. actúa dentro del alcance de su licencia y acreditación.

Atención de custodia es cualquier servicio de resguardo, protección o salvaguarda. Dichos servicios pueden incluir una estadía en una unidad institucional, atención en el hogar o servicios de enfermería para atender a una persona en razón de su edad o su condición física o mental. Este servicio tiende a ayudar fundamentalmente a la persona a realizar las actividades de la vida cotidiana. La atención de custodia también puede proveer servicios médicos, proporcionados principalmente a fin de mantener el estado de salud actual de la persona. Estos servicios no pueden tener como propósito mejorar en gran medida una afección médica; su objetivo es proporcionar atención en casos en que el paciente no puede cuidar de sí mismo. Los Servicios de custodia comprenden, a modo de ejemplo:

- servicios relacionados con la vigilancia o la protección de una persona;
- servicios relacionados con la realización de actividades de la vida cotidiana o la asistencia prestada a una persona para la realización de actividades de la vida cotidiana como: (a) caminar, (b) arreglarse, (c) bañarse, (d) vestirse, (e) acostarse y levantarse, (f) comer, (g) preparar alimentos o (h) tomar medicamentos que se pueden autoadministrar; y
- servicios que no requieren ser administrados por personal médico capacitado o entrenado, o personal paramédico.

Deducible significa la cantidad de Gastos cubiertos que cada Persona asegurada debe pagar por los Servicios cubiertos cada año antes de que los beneficios se encuentren disponibles en virtud de esta Póliza. Varios otros tipos de Deducibles se aplican a esta Póliza y todos ellos se definen en esta sección.

Prótesis dentales son dentaduras postizas, coronas, fundas, puentes, ganchos, aparatos para controlar hábitos y dentaduras postizas parciales.

Equipos para la diabetes incluyen, entre otros, monitores de glucosa en sangre, incluidos los monitores diseñados para ser utilizados por personas ciegas; las bombas de insulina con sus correspondientes accesorios, incluidos dispositivos para infusión de insulina, baterías, elementos para la preparación de la piel, elementos adhesivos, equipos de infusión, cartuchos de insulina, dispositivos duraderos y desechables para la inyección de insulina y cualquier otro suministro desechable necesario; aparatos podológicos para la prevención de complicaciones asociadas con la diabetes; la reparación o el mantenimiento de las bombas de insulina que no se encuentran cubiertas por la garantía de un fabricante y los alquileres de las bombas durante la reparación y el mantenimiento necesario de las bombas de insulina, ninguno de los cuales podrá superar el precio de compra de una bomba de reemplazo similar.

Capacitación para el autocontrol de la diabetes consiste en una instrucción, incluida terapia de nutrición médica, en un entorno para pacientes en consulta externa que permite que un paciente diabético comprenda el proceso de control de la diabetes y el manejo diario del tratamiento de esta enfermedad como un medio para evitar las hospitalizaciones frecuentes y las complicaciones.

Productos farmacéuticos y suministros para la diabetes incluyen, entre otros, las tiras reactivas para los monitores de glucosa en sangre; tiras para lectura visual y tiras reactivas para orina; comprimidos que miden la glucosa, las cetonas y proteínas; monitores de glucosa en sangre que están en la Lista de medicamentos que requieren receta médica de Cigna; lancetas y dispositivos de lancetas; insulina y análogos de insulina, adaptadores para inyecciones; incluidos dispositivos utilizados para ayudar con la inyección de insulina y sistemas sin aguja; jeringas y agujas, recipientes para desechar materiales biológicos peligrosos, agentes orales que requieren receta médica y que no requieren receta médica para controlar los niveles de azúcar en sangre; y botiquines de emergencia de glucagón.

Equipo médico duradero se define como los artículos que:

- están diseñados para poder soportar el uso reiterado de más de una persona;
- suelen tener un propósito terapéutico con relación a una Enfermedad o Lesión particular, según lo certifica por escrito el proveedor médico a cargo;
- generalmente no son útiles en ausencia de una enfermedad o lesión;
- son apropiados para el uso en el hogar;
- y son de naturaleza verdaderamente durable, y
- no son desechables.

Dichos equipos incluyen, a modo de ejemplo, muletas, camas hospitalarias, sillas de rueda, respiradores y equipos de diálisis.

Fecha de vigencia es la fecha en la cual comienza la cobertura en virtud de esta Póliza para Usted y para cualquiera de los Miembros de su familia.

Afección médica de emergencia significa una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de tal gravedad (incluido dolor intenso) que harían que una persona prudente sin conocimiento especializado, con un conocimiento promedio de temas de salud y medicina, previera razonablemente que la falta de atención médica inmediata

1) podría poner en grave riesgo la salud de la persona (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo en gestación);
2) podría causar un deterioro grave de las funciones corporales o
3) podría ocasionar una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Servicios de emergencia significa, con respecto a una Afección médica de emergencia: (a) un examen médico de evaluación que se encuentre dentro de las prestaciones que puede brindar el departamento de emergencias de un hospital, incluidos los servicios auxiliares que normalmente se encuentran disponibles para el departamento de emergencias a fin de evaluar la afección médica de emergencia; y (b) los demás exámenes y tratamientos médicos que sean necesarios para estabilizar al paciente, en la medida de las posibilidades del personal y las instalaciones con que cuente el hospital.

Beneficios de salud esenciales: en la medida prevista por la cobertura de este plan, los gastos incurridos en relación con servicios cubiertos en, al menos, las siguientes categorías: servicios para pacientes ambulatorios, servicios de emergencia, hospitalización, cuidado por maternidad y del recién nacido, servicios para trastornos de la salud mental y de consumo de sustancias, incluido el tratamiento de la salud del comportamiento, medicamentos que requieren receta médica, servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación, servicios de laboratorio, servicios preventivos y de bienestar y servicios de control de enfermedades crónicas y pediátricos, incluida la atención bucodental y de la vista.

Médico de telesalud de acceso ampliado significa un Médico que es parte de una red de telesalud designada, una organización que tiene un contrato con Cigna para prestar servicios de telesalud específicos.

Servicio de telesalud de acceso ampliado significa una visita de telesalud, iniciada por la Persona asegurada y proporcionada por un Médico de telesalud de acceso ampliado, por afecciones médicas agudas menores como resfríos, gripe, dolor de garganta, sarpullido o dolor de cabeza.

Nota: la red que proporciona el Servicio de telesalud de acceso ampliado es distinta de la red del Plan, y solo está disponible para los servicios que se detallan en "Servicio de telesalud de acceso ampliado" en la sección "Servicios y beneficios cubiertos" de este Plan.

Procedimientos experimentales/en investigación: un medicamento, dispositivo o tratamiento o procedimiento médico se considera Experimental o en investigación si:

- su seguridad y eficacia para el tratamiento o evaluación 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;

- no ha obtenido aprobación para su comercialización por parte de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos al momento de ser suministrado, y dicha aprobación es exigida por ley; o
- está sujeto a un estudio clínico en curso, a excepción de lo dispuesto en la sección "Estudios clínicos" de este plan.

Deducible familiar se aplica si Usted tiene un plan familiar y Usted o uno o más de los Miembros de su familia están Asegurados en virtud de la presente Póliza. Cada Persona asegurada puede aportar, como máximo, la cantidad del Deducible individual al Deducible familiar. El Deducible individual pagado por cada Miembro de la familia cuenta para cumplir con el Deducible familiar. Una vez que se cumpla con la cantidad del Deducible familiar, los restantes Deducibles individuales no se aplicarán durante el resto del Año. La cantidad del Deducible familiar se describe en la sección Programa de beneficios de esta Póliza.

Desembolso máximo familiar: El Desembolso máximo familiar es una acumulación de los Gastos cubiertos que se aplica si Usted cubre a otros Miembros de su familia. El Desembolso individual pagado por cada Miembro de la familia cuenta para cumplir con el Desembolso máximo familiar. Cada Persona asegurada puede aportar, como máximo, la cantidad del Desembolso individual al Desembolso máximo familiar. Una vez que se haya cumplido con el Desembolso máximo familiar correspondiente al Año, Usted y los Miembros de su familia ya no serán responsables de pagar el Co-seguro por los servicios médicos o de farmacia recibidos de Proveedores participantes correspondientes a Gastos cubiertos incurridos durante el resto de ese Año. Las multas por falta de cumplimiento no se tienen en cuenta respecto del Desembolso máximo del grupo familiar fuera de la red, y siempre las pagará Usted. Esto incluye Deducibles, Copagos y Co-seguro incurridos por servicios médicos de Proveedores participantes, como también cantidades tales como Copagos, Deducibles, etc. incurridos por servicios de emergencia de Proveedores no participantes. La cantidad del Desembolso máximo del grupo familiar dentro de la red se describe en la sección Programa de beneficios de esta Póliza.

Miembro de su familia significa Su cónyuge, hijos u otras personas inscritas para recibir cobertura en virtud de esta Póliza. Los Miembros de su familia que pueden cumplir con los requisitos para recibir cobertura en virtud de esta Póliza se describen en mayor detalle en la sección de la Póliza titulada "Quiénes pueden participar".

Proveedor en país extranjero es cualquier proveedor institucional o profesional de atención o tratamiento médico o psiquiátrico que ejerza en un país fuera de los Estados Unidos de América.

Instalación quirúrgica independiente para pacientes en consulta externa
El término Instalación quirúrgica independiente para pacientes en consulta externa designa a una institución que satisface los siguientes requisitos:

- cuenta con Médicos, Enfermeros y anestesistas con licencia entre su personal médico;
- cuenta con al menos dos quirófanos y una sala de recuperación;
- cuenta con centros de laboratorio y radiografías de diagnóstico;
- cuenta con equipo para atención de emergencia;
- cuenta con un banco de sangre;
- lleva registros médicos;
- tiene acuerdos con Hospitales para la admisión inmediata de pacientes que requieren Internación hospitalaria; y
- cuenta con una licencia de acuerdo con las leyes de la agencia legalmente autorizada que corresponda.

Medicamento genérico que requiere receta médica (o Genérico) significa un equivalente farmacéutico de uno o más Medicamentos de marca y debe contar con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos, que indicará que cumple con los mismos estándares de seguridad, pureza, concentración y efectividad que el Medicamento de marca.

Servicios de habilitación son servicios que ayudan a una persona a retener, aprender o mejorar habilidades y el funcionamiento para la vida diaria que son ofrecidos en paridad con los servicios de rehabilitación ofrecidos en el plan estándar de beneficios de salud esenciales (EHB, por sus siglas en inglés) de Colorado y además de estos. Paridad en este contexto significa del mismo tipo y básicamente equivalente en cuanto a alcance, cantidad y duración. Definir los beneficios de habilitación de esta manera brinda beneficios de habilitación al mismo nivel que los ofrecidos actualmente en rehabilitación y refleja la utilización actual en el área de rehabilitación.

Servicios de hospicio de atención en el hogar son Servicios de hospicio, que se proporcionan en el lugar que el Paciente designa como su residencia primaria, que puede ser una residencia privada, una comunidad de retiro, o un centro para vivienda asistida, una instalación de enfermería o un centro para personas con Alzheimer.

Agencia de salud en el hogar significa una agencia que ha sido certificada por el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado como una agencia que cumple las disposiciones del Título XVIII de la Ley de Seguro Social Federal, y sus modificaciones, para agencias de salud en el hogar y que se dedica a organizar y prestar servicios de enfermería, servicios de un asistente de salud en el hogar y otros servicios terapéuticos y afines.

Servicios de salud en el hogar se refiere a los siguientes servicios proporcionados por una agencia de salud en el hogar certificada en virtud de un plan de atención a personas que cumplen con los requisitos en su lugar de residencia:

- Servicios de enfermería profesional.
- Servicios de asistente brindados por un enfermero certificado y con licencia, según se define en la sección 12-38.1-102(3) del C.R.S.
- Suministros, equipos y aparatos médicos adecuados para su uso en el hogar.
- Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla y del lenguaje.
- Servicios de práctica de trabajo social, según se define en la § 12-43-403 del C.R.S., proporcionados por un trabajador social con licencia, según se estipula en la § 12-43-201(5.5).

Servicios domésticos se refiere a servicios proporcionados al paciente que incluyen: actividades domésticas generales, incluida la preparación de comidas y atención de rutina del hogar; y enseñar, demostrar y proveer al Paciente/Familia técnicas de manejo del hogar que promueven el cuidado personal, la vida independiente y la buena nutrición.

Hospicio significa una instalación o servicio con licencia del Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente bajo un programa administrado de manera central de Servicios paliativos, de apoyo y de Equipo interdisciplinario que proporciona atención física, psicológica, espiritual y por Duelo para personas con enfermedad terminal y sus familias dentro de un flujo continuo de Servicios de hospicio de atención en el hogar y para pacientes internados disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana. Los Servicios de hospicio se proporcionarán en el hogar, en un Hospicio con licencia o en otra instalación de salud con licencia. Los servicios de hospicio incluyen, entre otros, los siguientes: servicios de enfermería, servicios de un Médico, servicios de asistente brindados por un enfermero certificado, servicios de enfermería delegados a otros asistentes, Servicios domésticos, fisioterapia, asesoría pastoral, servicios de voluntarios capacitados, servicios elementales, servicios personales, servicios de cuidado diurno de hospicio y servicios sociales médicos.

Atención en hospicio se refiere a una forma alternativa de cuidar a las personas con una enfermedad terminal que enfatiza la Atención paliativa en contraposición con la atención curativa o de restauración. La Atención en hospicio se centra en el Paciente o la Familia como unidad de cuidado. Se ofrecen servicios de apoyo a la familia antes y después de la muerte del Paciente. La Atención en hospicio no se limita a la intervención médica, sino que aborda las necesidades físicas, sociales, psicológicas y espirituales del Paciente. La Atención en hospicio es planificada, implementada y evaluada por un Equipo interdisciplinario de profesionales y voluntarios. El énfasis del programa de Hospicio está puesto en mantener al Paciente de Hospicio en el hogar rodeado de su familia y amigos tanto como sea posible.

Niveles de atención en hospicio incluyen:

- Atención en el hogar de rutina: el nivel de atención que recibe un Paciente/Familia de acuerdo con el plan de atención del equipo interdisciplinario cada día que el paciente está en su casa y no está recibiendo Atención continua en el hogar.
- Atención continua en el hogar: el nivel de atención que recibe el paciente durante un período de crisis médica para paliar y manejar los síntomas médicos agudos. Debe preponderar la atención de enfermería (por lo menos la mitad) y la atención se debe proporcionar por un período de al menos ocho horas en un día calendario. Se pueden proporcionar Servicios de un asistente de salud en el hogar o Servicios domésticos, o ambos, para complementar la atención de enfermería.
- Atención de descanso en hospicio para pacientes internados: el nivel de atención recibido cuando el paciente está en un centro con licencia para que la persona a cargo del cuidado tenga un período de relevo. La atención de descanso para pacientes internados se puede proporcionar solo de forma intermitente, no rutinaria, a corto plazo, limitada a períodos de cinco días o menos.
- Atención en hospicio para pacientes internados (agudos) general a corto plazo: el nivel de atención que recibe el paciente cuando no se puede proveer en el hogar la atención para pacientes internados a corto plazo para el control del dolor o el manejo de síntomas agudos. Este nivel de atención se debe proporcionar en un centro con licencia con la aprobación del Médico y del Hospicio.

Hospital significa:

- una institución que ha obtenido una licencia para operar como hospital, que: (a) cuenta en el establecimiento con todas las instalaciones necesarias para el tratamiento médico y quirúrgico; (b) proporciona dicho tratamiento

mediante hospitalización, a cambio de una compensación, bajo la supervisión de Médicos; y (c) proporciona servicio las 24 horas a cargo de enfermeros titulados registrados; o

- una institución que cumple los requisitos para operar como Hospital, Hospital psiquiátrico u Hospital para el tratamiento de la tuberculosis, y un proveedor de servicios de Medicare, si tal institución contara con la certificación de hospital de la Comisión conjunta para la acreditación de organizaciones de salud para el tratamiento o diagnóstico apropiados; o
- una institución que: (a) se especializa en el tratamiento de la salud mental y el trastorno de consumo de sustancias u otras enfermedades relacionadas; (b) proporciona programas de tratamiento residencial; y (c) cuenta con licencia de acuerdo con las leyes de la agencia legalmente autorizada que corresponda.

El término Hospital no incluye ninguna institución o instalación en la que una parte importante de las actividades incluya descanso, recreación, ocio o cualquier otro servicio que no consista exclusivamente en los Servicios cubiertos.

Deducible individual es la cantidad de Gastos cubiertos incurridos por servicios médicos recibidos de Proveedores participantes, que Usted debe pagar cada Año antes de que esté disponible cualquier beneficio. La cantidad del Deducible individual se describe en la sección Programa de beneficios de esta Póliza.

Desembolso máximo individual: Una vez que se haya cumplido con el Desembolso máximo individual correspondiente al Año, por Servicios cubiertos recibidos de Proveedores participantes, Usted ya no será responsable de pagar ningún Co-seguro por los servicios médicos recibidos de Proveedores participantes correspondientes a Gastos cubiertos incurridos durante el resto de ese Año. Las multas por falta de cumplimiento no se tienen en cuenta respecto del Desembolso máximo individual, y siempre las pagará Usted. El Desembolso máximo individual dentro de la red es una acumulación de los Gastos cubiertos incurridos por servicios recibidos de Proveedores participantes. Esto incluye Deducibles, Copagos y Co-seguro incurridos por servicios médicos de Proveedores participantes, como también cantidades tales como Copagos, Deducibles, etc. incurridos por servicios de emergencia de Proveedores no participantes. La cantidad del Desembolso máximo individual se describe en la sección Programa de beneficios de esta Póliza.

Enfermedad es una dolencia, trastorno o afección de una Persona asegurada.

Infertilidad es la afección de una persona —que, de no ser por este problema, se presumiría que está saludable— que no puede concebir o producir la concepción durante un período de un Año de haber mantenido relaciones sexuales sin protección; o la incapacidad de llevar a término un embarazo.

Medicamentos de especialidad para infusión e inyectables que requieren receta médica son medicamentos indicados o recetados por un Médico y administrados bajo la supervisión de un profesional de servicios de salud para afecciones raras y/o crónicas. Estos medicamentos incluyen, a modo de ejemplo, factor y suministros para hemofilia, reemplazo de enzimas e inmunoglobulina intravenosa. Es posible que tales medicamentos de especialidad requieran Autorización previa o precertificación, y solo estarán cubiertos cuando los proporcione un Proveedor participante aprobado específicamente designado para suministrar ese medicamento de especialidad que requiere receta médica.

Lesión significa una lesión corporal accidental.

Institución significa un establecimiento que provee comida, refugio y algún tratamiento o servicio a cuatro personas o más no emparentadas con el propietario.

Persona asegurada significa tanto Usted, el solicitante como todos los demás Miembros de la familia que estén cubiertos por esta Póliza.

Equipo interdisciplinario se refiere a un grupo de personas calificadas, que incluirán, entre otros, un Médico, enfermeros titulados, clérigos/consejeros, director voluntario o voluntarios capacitados, y personal apropiado que en conjunto tienen conocimientos para satisfacer las necesidades especiales del Paciente/Familias del Hospicio.
Mercado significa un Mercado estatal, un Mercado en colaboración con el estado o un Mercado facilitado por el gobierno federal, según sea el caso.

Cargo máximo reembolsable
El Cargo máximo reembolsable para Servicios de emergencia brindados en el departamento de Emergencias de un Hospital se determina de acuerdo con la cantidad que resulte mayor entre:

- Un percentil o porcentaje de los cargos cobrados por los proveedores de dicho servicio o suministro, en el área geográfica donde se reciba, según lo establecido en una base de datos reconocida a nivel nacional que utiliza estándares y prácticas de la industria generalmente aceptados para determinar el cargo facturado habitual y razonable por un servicio, y que refleja justa y exactamente la tarifa de mercado; o

- La mediana de la cantidad negociada con Proveedores de la red de Cigna por el mismo servicio; o
- Un porcentaje de una tabla de tarifas 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 el mercado geográfico.

El Cargo máximo reembolsable para todos los demás servicios cubiertos se determina de acuerdo con la cantidad que resulte menor entre:

- El cargo normal del proveedor por un servicio o suministro similar; o
- Un percentil de los cargos cobrados por los proveedores de dicho servicio o suministro, en el área geográfica donde se reciba, según lo establecido en una base de datos reconocida a nivel nacional que utiliza estándares y prácticas de la industria generalmente aceptados para determinar el cargo facturado habitual y razonable por un servicio, y que refleja justa y exactamente la tarifa de mercado; o La mediana de la cantidad negociada con Proveedores de la red de Cigna por el mismo servicio; o
- Un porcentaje de una tabla de tarifas 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 el mercado geográfico.

Medicaid significa un programa estatal de asistencia médica para personas necesitadas, establecido en virtud del Título XIX de la Ley de Seguro Social de 1965, con sus modificaciones.

Servicios o suministros **Médicamente necesarios o Dentalmente necesarios** son aquellos que el Director Médico de Cigna determina que cumplen con **todos** los requisitos enumerados a continuación:

- Son adecuados y necesarios para los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento de la afección médica o dental.
- Son clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, alcance, ubicación y duración.
- Se proporcionan para el diagnóstico o la atención y el tratamiento directos de la afección médica o dental.
- Están dentro de estándares generalmente aceptados de la buena práctica médica dentro de la comunidad de profesionales calificados.
- No tienen, como fin principal, la comodidad de ninguna Persona asegurada, Médico u otro Proveedor.
- Son proporcionados en la unidad menos intensiva que sea apropiada para la prestación de servicios o la entrega de suministros. Cuando resulte aplicable, Cigna podrá comparar la relación costo-eficacia de servicios, unidades o suministros alternativos al determinar la unidad menos intensiva.
- Constituyen el procedimiento, suministro, equipo o servicio más apropiado que pueda brindarse de manera segura y que cumple los siguientes requisitos:
    i) Debe haberse comprobado mediante estudios científicos publicados en la literatura médica revisada por colegas médicos que se relaciona con resultados de salud beneficiosos, demostrando que los beneficios de salud esperados son clínicamente significativos y producen mayor probabilidad de beneficios, sin un riesgo de daños o complicaciones desproporcionadamente mayor, para el paciente con la afección médica específica que se está tratando que otras posibles alternativas; y
    ii) Se deben haber probado otras formas de tratamiento generalmente aceptadas y menos invasivas y se debe haber determinado que no resultan efectivas o que no son adecuadas por otros motivos; y
    iii) En el caso de las estadías hospitalarias, la atención aguda como paciente internado debe ser necesaria debido al tipo de servicio que el paciente esté recibiendo o a la gravedad de la afección médica, y el paciente no debe poder recibir atención confiable y adecuada como paciente en consulta externa o en un entorno de cuidados médicos menos intensivos.

El hecho de que un Proveedor haya recetado, ordenado, recomendado o aprobado un servicio, suministro, tratamiento o Internación no lo convierte por sí mismo en Médicamente necesario o Dentalmente necesario ni en una Necesidad médica o dental.

Medicare El término Medicare designa al programa de beneficios de atención médica establecido en virtud del Título XVIII de la Ley de Seguro Social de 1965 con sus modificaciones.

Trastorno nerviosos mentales, emocionales o funcionales son la neurosis, psiconeurosis, psicopatía, psicosis o enfermedades o trastornos mentales o emocionales de cualquier tipo, incluidos los trastornos o enfermedades mentales de naturaleza biológica.

Tarifa negociada es la tarifa de pago que se ha negociado con un Proveedor participante por Servicios cubiertos.

Recién nacido designa a un bebé hasta los 31 días de vida.

Proveedor no participante (Proveedor fuera de la red) es un proveedor que no tiene un acuerdo de Proveedor participante en vigencia con Cigna para esta Póliza en el momento en que se prestan los servicios.

Visita al consultorio significa una visita de la Persona asegurada —que es el paciente— al consultorio de un Médico, durante la cual se brindan uno o más de los tres servicios específicos que se mencionan a continuación, exclusivamente:

- Historia clínica (recopilación de información sobre una Enfermedad o Lesión)
- Examen
- Toma de decisiones médicas (el diagnóstico del Médico y la Política de tratamiento)

Esto no incluye otros servicios (p. ej., radiografías o servicios de laboratorio) aun si se hubieran realizado en el mismo día.

Dispositivos ortopédicos son dispositivos externos rígidos o semirrígidos que se necesitan para mantener o corregir una forma o función defectuosa de una parte del cuerpo que no funciona o que funciona mal, o para limitar el movimiento de una parte afectada o lesionada del cuerpo.

Otro centro médico significa un centro médico que no sea un Hospital o un hospicio. Algunos ejemplos de Otros centros médicos son, entre otros, Instalaciones de enfermería especializada con licencia, Hospitales de rehabilitación e instalaciones de cuidados subagudos.

Desembolso máximo es la cantidad máxima de Deducible, Copago y Co-seguro en la que cada Persona o Grupo familiar incurre en concepto de Gastos cubiertos por servicios recibidos de Proveedores participantes en un Año.

Servicios paliativos se refiere a aquellos servicios o intervenciones que no son curativos, pero que producen el máximo grado de alivio del dolor y otros síntomas de la Enfermedad terminal.

Farmacia participante es una Farmacia minorista con la cual Cigna ha celebrado un contrato para brindar servicios de despacho de medicamentos que requieren receta médica a Personas aseguradas; o una Farmacia de pedido por correo designada con la cual Cigna ha celebrado un contrato para brindar servicios de pedido por correo de medicamentos que requieren receta médica a las Personas aseguradas.

Proveedor participante es un Hospital, un Médico o cualquier otro profesional o entidad de servicios de salud que tiene un acuerdo contractual directo o indirecto con Cigna para brindar Servicios cubiertos con respecto a una Póliza en particular en virtud de la cual una Persona asegurada está cubierta. En esta Póliza también se puede hacer referencia a un Proveedor participante según el tipo de Proveedor; por ejemplo, un Hospital participante o un Médico participante.

Paciente/Familia significa una unidad de atención que consiste en aquellas personas que están estrechamente vinculadas al paciente, incluidos los familiares directos, la principal persona a cargo de su cuidado y personas con lazos personales significativos.

Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010 (PPACA, por sus siglas en inglés)
La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010 (Ley General (Public Law) 111-148), con las modificaciones introducidas por la Ley de Conciliación del Seguro Médico y Educación de 2010 (Ley General (Public Law) 111-152).

Servicios de atención de la vista pediátrica significa exámenes de atención de la vista de rutina, tratamiento preventivo y otros servicios o tratamientos descritos en la sección “Servicios de atención de la vista pediátrica” de esta Póliza brindados a una Persona asegurada menor de 19 años.
Farmacia es una Farmacia minorista o una farmacia de pedido por correo.

El Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T) es un comité de Proveedores participantes, Directores médicos y Directores de farmacia de Cigna que revisa periódicamente los Medicamentos que requieren receta médica y los Suministros relacionados para determinar su seguridad y eficacia. El Comité de P&T evalúa los Medicamentos que requieren receta médica y los Suministros relacionados para determinar su posible incorporación a la Lista de medicamentos que requieren receta médica o su eliminación de dicha lista, y también puede establecer los límites de dosis y/o suministro respecto de Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados.

Fisioterapia y/o terapia/medicina ocupacional es el uso terapéutico de agentes físicos distintos de Medicamentos. Comprende el uso de las propiedades físicas, químicas y otras propiedades del calor, la luz, el agua, la electricidad, los masajes, el ejercicio, la manipulación de la columna vertebral y la radiación.

Médico es un Médico con licencia, o autorizado de otro modo, para ejercer la medicina o cualquier otro profesional que tenga licencia y esté reconocido como proveedor de servicios de atención médica en el estado en el cual reside la Persona asegurada, y brinde servicios cubiertos por la Póliza que se encuentren dentro del marco para el cual lo habilita su licencia.

Póliza es el conjunto de beneficios, condiciones, exclusiones, limitaciones y primas que se describen en el presente documento, incluida la página de especificaciones de la Póliza, y en la solicitud de cobertura completada y aceptada que se adjunta a la presente Póliza, y cualquier modificación o endoso de este documento. En el presente, también se hace referencia a su Póliza como el Plan o este Plan.

Titular de la póliza designa al solicitante que ha pedido la cobertura, ha sido aceptado para ésta y es designado como Titular de la póliza en la página de especificaciones.

Medicamento que requiere receta médica se refiere a:

- un medicamento cuya eficacia y seguridad ha sido aprobada por la Organización de Drogas y Alimentos;
- determinados medicamentos aprobados en virtud de la revisión de Implementación en estudios de eficacia de medicamentos; o
- medicamentos comercializados antes de 1938 y no sujetos a revisión, que pueden, en virtud de la ley federal o estatal, administrarse únicamente con una Receta.

Lista de medicamentos que requieren receta médica es una lista de los Medicamentos que requieren receta médica y los Suministros relacionados aprobados. Los Medicamentos que requieren receta médica y los Suministros relacionados que se incluyen en la Lista de medicamentos que requieren receta médica han sido aprobados de conformidad con los parámetros establecidos por el Comité de P&T. La Lista de medicamentos que requieren receta médica se revisa y actualiza periódicamente. Puede ver la lista de medicamentos en www.myCigna.com.

Receta significa la autorización legal para un Medicamento que requiere receta médica o Suministro relacionado, realizada por un Médico u otro Proveedor debidamente matriculado para brindar dicha Autorización dentro del ejercicio de la práctica profesional de dicho Médico, o cada renovación autorizada de dicho medicamento o suministro.

Médico primario es un Médico:

- que es un médico general, internista, médico de familia o pediatra; y
- que ha sido seleccionado por la Persona asegurada para brindar o coordinar la prestación de atención médica para la Persona asegurada,
- que se dedica a la medicina general, medicina familiar, medicina interna o a pediatría y que, mediante un acuerdo con Cigna, brinda servicios de salud básicos y coordina la prestación de servicios especializados a Personas aseguradas que lo seleccionan como su Médico primario (PCP).

Autorización previa: significa la aprobación para determinados servicios médicos o Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados que un Proveedor participante debe solicitar y recibir de Cigna para servicios médicos y del Comité de Farmacia y Terapéutica para los Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados, antes de que se proporcionen los servicios o se despachen los Medicamentos que requieren receta médica, a fin de que esos servicios médicos o Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados sean elegibles para los beneficios en virtud de este Plan. Puede identificar los Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados para los que se necesita Autorización previa en la Lista de medicamentos que requieren receta médica en www.myCigna.com.

Prioridad de revisión es una clasificación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para los medicamentos respecto de los cuales se esperan mejoras significativas en comparación con los productos comercializados, en lo que hace al tratamiento, diagnóstico o prevención de una enfermedad.

Prótesis/aparatos y dispositivos protésicos son dispositivos fabricados con el fin de reemplazar partes del cuerpo faltantes. Las Prótesis/aparatos y dispositivos prostéticos incluyen, a modo de ejemplo:

- prótesis básicas para miembros; y
- dispositivos terminales, tales como manos o ganchos

Proveedor significa un Hospital, un Médico o cualquier otro profesional de servicios de salud (i) que tiene licencia de conformidad con todas las leyes federales y estatales aplicables, (ii) está acreditado por la Comisión conjunta para la acreditación de organizaciones de salud o por otra organización, si Cigna lo aprueba, y (iii) actúa dentro del alcance de su licencia y acreditación.

Cirugía reconstructiva es la cirugía para corregir la apariencia de características o rasgos del cuerpo que tienen un aspecto anormal causado por defectos de nacimiento, Lesión, cirugía médicamente necesaria, hemangiomas congénitos (manchas en vino de Oporto) en la cara y cuello de una Persona asegurada de 18 años de edad o menos, tumores o infección. Un rasgo o característica del cuerpo tiene aspecto anormal cuando una persona promedio lo consideraría fuera del rango de las variaciones generales de la apariencia humana normal. La Cirugía reconstructiva incluye cirugía para mejorar la función de una estructura craneofacial anormal causada por defectos congénitos, deformidades del desarrollo, trauma, tumores, infecciones o enfermedad, o intentar crear un aspecto normal de esta estructura. La Cirugía reconstructiva también incluye la “reconstrucción del seno”. A efectos de la presente Póliza, la reconstrucción del seno significa la reconstrucción de un seno que se vuelve necesaria a causa de una mastectomía o tumorectomía, a fin de lograr simetría entre los senos o recuperar dicha simetría. El término incluye la reconstrucción quirúrgica de un seno en el cual se ha practicado una mastectomía, y la reconstrucción quirúrgica de un seno en el cual no se ha practicado una mastectomía.

Referencia significa la aprobación que Usted debe recibir de Su PCP para que este Plan cubra los servicios médicos de un Proveedor participante, distinto del PCP, o de un Obstetra/ginecólogo participante. Los servicios para Atención dental pediátrica o Atención de la vista pediátrica no requieren una referencia.

Suministros relacionados son suministros para diabéticos (agujas y jeringas para la insulina, lancetas y tiras reactivas para medir la glucosa), agujas y jeringas para medicamentos autoinyectables que requieren receta médica para pacientes en consulta externa que no se despachan en jeringas prellenadas, inhaladores, espaciadores de inhaladores para el manejo y tratamiento de asma pediátrica y otras afecciones, diafragmas, capuchones cervicales, anillos anticonceptivos, parches anticonceptivos y anticonceptivos orales (incluidas píldoras anticonceptivas de emergencia); agujas y jeringas desechables necesarias para inyectar medicamentos y suplementos cubiertos.

Medicamentos inyectables autoadministrados se refiere a medicamentos aprobados por la FDA que una persona puede administrarse a sí misma mediante una inyección intramuscular, intravenosa o subcutánea. Esto no incluye la insulina recetada para el uso de la Persona asegurada.

Área de servicio significa el área en donde Cigna tiene una red de Proveedores participantes para el uso por este Plan. Para localizar un Proveedor que participa en la Red utilizada por este Plan, llame al número gratuito que figura en la parte de atrás de su Tarjeta de identificación, o visite www.mycigna.com y haga clic en "Find a Doctor, Dentist or Facility" (Buscar un médico, dentista o instalación).

Instalación de enfermería especializada es una institución que proporciona servicios de enfermería especializada en forma continua. Debe:

- ser una institución con licencia, que opere conforme a la ley, y
- dedicarse, fundamentalmente, a brindar, además de servicios de alojamiento y alimentación, atención de enfermería especializada bajo la supervisión de un Médico debidamente matriculado, y
- ofrecer servicios de enfermería en forma continua, las 24 horas del día, prestados por un enfermero profesional titulado registrado (R.N.), y
- mantener un registro médico diario de cada paciente.

Esta definición excluye cualquier establecimiento, instalación o parte de éstos que se utilice principalmente para fines de reposo; un establecimiento o instalación principalmente orientado a los ancianos o a la atención de drogadictos o alcohólicos; un establecimiento o instalación cuyo propósito principal sea la atención y el tratamiento de la tuberculosis, las enfermedades o trastornos mentales o la atención de custodia o educativa.

Intento de dejar de fumar significa 4 sesiones de asesoría para dejar de fumar de al menos 10 minutos cada una (incluida asesoría por teléfono, asesoría grupal y asesoría individual); y determinados medicamentos para dejar de fumar aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) (incluidos medicamentos que requieren receta médica y medicamentos que no requieren receta médica con una receta de un Médico) para un régimen de tratamiento de 90 días. Consulte la Lista de medicamentos que requieren receta médica para conocer los detalles.

Unidades de cuidados especiales son áreas especiales de un Hospital que cuentan con personal sumamente capacitado y equipos especiales para afecciones agudas que requieren tratamiento y observación constantes.

Medicamento de especialidad significa un Medicamento que requiere receta médica genérico o de marca que cumple los dos criterios que se indican a continuación, sujeto a las leyes aplicables:

(A) El medicamento deriva de procesos biotecnológicos, que utilizan cultivos de tejidos, células vivas o enzimas celulares; o es un medicamento de molécula pequeña (compuesto orgánico, ligado a una proteína, ácido nucleico o polisacárido); y

(B) En general, reúne por lo menos 3 de los siguientes atributos:

1. está dirigido a la patología de la enfermedad subyacente;
2. modifica la secuela de la enfermedad;
3. está dirigido a afecciones que son raras, crónicas y costosas;
4. requiere supervisión de cerca y monitoreo de la terapia respecto de la seguridad y efectividad;
5. existe una prueba genética disponible para determinar su eficacia dentro de una población definida.

El hecho de que un medicamento se considere un Medicamento de especialidad en función de los criterios anteriores no determina necesariamente la asignación del nivel del Medicamento de especialidad, o si el Medicamento de especialidad está cubierto en virtud del beneficio médico o beneficio de medicamentos que requieren receta médica de esta Póliza.

Estabilizar significa, con respecto a una Afección médica de emergencia, brindar el tratamiento médico para la afección que resulte necesario para asegurar, con un nivel razonable de probabilidad médica, que no se prevé que trasladar a la persona de una instalación a otra pueda ocasionar o tener como resultado un agravamiento sustancial de dicha afección.

Terapia escalonada es un tipo de Autorización previa. Cigna puede exigirle a una Perona asegurada que siga determinados pasos antes de cubrir algunos Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados, incluidos los Medicamentos de especialidad. También podemos solicitarle a la Persona asegurada que pruebe Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados, incluidos Medicamentos de especialidad, similares que se ha determinado que son seguros, eficaces y con mejor relación costo-beneficio para la mayoría de las personas que tienen la misma afección que la Persona asegurada. Los Medicamentos que requieren receta médica y los Suministros relacionados para los que se exige Terapia escalonada se pueden identificar en la Lista de medicamentos que requieren receta médica en www.mycigna.com.

Alcoholismo y/o farmacodependencia se refieren a la dependencia psicológica o física al alcohol u otros fármacos que alteran la mente, que requiere diagnóstico, atención y tratamiento.

Servicios médicos de telemedicina es un servicio de atención médica iniciado o proporcionado por un Médico para evaluación del paciente, diagnóstico, consulta, tratamiento o la transferencia de datos médicos que requiere el uso de tecnología avanzada de telecomunicaciones.

Se considera que existe una **Enfermedad terminal** si una persona padece una enfermedad terminal con un pronóstico de seis meses o menos de vida, según el diagnóstico de un Médico.

Atención de urgencia se refiere a los servicios y pruebas médicos, quirúrgicos, hospitalarios y relacionados con los servicios de salud, que no sean Servicios de emergencia, pero que Cigna determine, de acuerdo con los estándares médicos generalmente aceptados, que son necesarios para tratar una afección que requiere atención médica inmediata. Esto no incluye la atención que pudo haberse previsto antes de dejar el área inmediata donde Usted habitualmente recibe y/o tiene programado recibir servicios.

Usted y Su se refieren al Titular de la póliza que ha solicitado la cobertura y ha sido aceptado para ésta, y ha sido designado como el Titular de la Póliza en la página de especificaciones.