



Este es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en www.cigna.com/individuals-families/virginia-health-insurance-plans-2017 o llamando al 1-866-494-2111.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	\$550 por persona/ \$1,100 por familia No se aplica a servicios preventivos, a exámenes de la vista/anteojos para niños ni a medicamentos especiales recetados.	Usted debe pagar todos los costos hasta el monto del deducible , antes de que el plan comience a pagar por los servicios cubiertos. Consulte su póliza para averiguar cuándo tiene que pagar nuevamente el deducible (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Fíjese en el cuadro de la página 2 para averiguar cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos después de haber pagado el deducible .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar deducibles para servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los precios de otros servicios cubiertos por el plan.
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo ?	Sí. \$2,350 por persona/ \$4,700 por familia	El límite para los gastos del bolsillo es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos durante el período de cobertura. Este límite le permite planificar sus gastos médicos.
¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo ?	Prima, cargos de saldo de facturación, multas por no obtener preautorización para los servicios y cuidado de la salud que este plan no cubre.	Si bien usted paga estos costos, los mismos no se tendrán en cuenta para el límite de gastos del bolsillo .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.	El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de cobertura del plan para servicios <i>específicos</i> , como los límites al número de visitas médicas.
¿Tiene este plan una red de proveedores ?	Sí. Para obtener la lista de los proveedores preferidos , consulte www.cigna.com/ifp-providers o llame al 1-866-494-2111.	Si usted se atiende con médicos y proveedores de la red, el plan pagará muchos o todos los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red, podría usar algún proveedor que no pertenezca a la red para algunos servicios. Los planes usan términos como perteneciente a la red , preferido o participante para referirse a los proveedores de la red del plan. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cómo le paga este plan a sus distintos proveedores .
¿Necesito ser referido para ver un especialista ?	Sí.	Este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos de un especialista, solamente si usted tiene la autorización del plan para consultar al especialista.
¿Hay servicio(s) que el plan no cubra?	Sí.	Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 5. Para averiguar cuáles son los servicios excluidos , vea los documentos del plan o póliza.

Preguntas: Llame al 1-866-494-2111 o visite www.cigna.com/individuals-families/virginia-health-insurance-plans-2017.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-866-494-2111 y pida una copia.



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a usted por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su **coseguro** será el 20% de esa cantidad o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red (que no pertenece a la red del plan) le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**.)
- El plan puede animarlo a que use **proveedores participantes** cobrándole **deducibles, copagos o coseguro** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	Coseguro del 15%	Sin cobertura	Visita de telesalud a Expanded Access – coseguro del 15% si usa un proveedor en la red de telesalud de expanded access. Para obtener más información consulte la póliza.
	Consulta con un especialista	Coseguro del 15%	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Consulta con otro proveedor de la salud	Coseguro del 15%	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	-----Ninguna-----
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Coseguro del 15%	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	Coseguro del 15%	Sin cobertura	-----Ninguna-----

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
<p>Si necesita un medicamento</p> <p>Para más información sobre la <u>cobertura de las recetas médicas</u> visite www.cigna.com/ifp-drug-list.</p>	Medicamentos genéricos preferidos	Coseguro del 15% (venta al por menor/entrega a domicilio)	Sin cobertura	La cobertura se limita a un suministro de hasta 90 días (venta al por menor/entrega a domicilio)
	Medicamentos genéricos no preferidos	Coseguro del 15% (venta al por menor/entrega a domicilio)	Sin cobertura	La cobertura se limita a un suministro de hasta 90 días (venta al por menor/entrega a domicilio)
	Medicamentos de marca preferidos	Coseguro del 15% (venta al por menor/entrega a domicilio)	Sin cobertura	La cobertura se limita a un suministro de hasta 90 días (venta al por menor/entrega a domicilio)
	Medicamentos de marca no preferidos	Coseguro del 50% (venta al por menor/entrega a domicilio)	Sin cobertura	La cobertura se limita a un suministro de hasta 90 días (venta al por menor/entrega a domicilio)
	Medicamentos especiales	Coseguro del 40% (venta al por menor)/coseguro del 30% (entrega a domicilio)	Sin cobertura	La cobertura se limita a un suministro de hasta 30 días (venta al por menor/entrega a domicilio)
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	Coseguro del 15%	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Tarifa del médico/cirujano	Coseguro del 15%	Sin cobertura	-----Ninguna-----
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	Coseguro del 15%	Sin cobertura	Usted paga el mismo nivel como dentro de la red si es una emergencia tal como se define en su plan, de lo contrario no tiene cobertura.
	Traslado médico de emergencia	Coseguro del 15%	Sin cobertura	
	Cuidado urgente	Coseguro del 15%	Sin cobertura	
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	Coseguro del 15%	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Tarifa del médico/cirujano	Coseguro del 15%	Sin cobertura	-----Ninguna-----

Preguntas: Llame al 1-866-494-2111 o visite www.cigna.com/individuals-families/virginia-health-insurance-plans-2017.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-866-494-2111 y pida una copia.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	Coseguro del 15%	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	Coseguro del 15%	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	Coseguro del 15%	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	Coseguro del 15%	Sin cobertura	-----Ninguna-----
Si está embarazada	Cuidados prenatales y posparto	Coseguro del 15%	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Parto y todos los servicios de internación	Coseguro del 15%	Sin cobertura	-----Ninguna-----
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Coseguro del 15%	Sin cobertura	La cobertura se limita a 100 visitas por año.
	Servicios de rehabilitación	Coseguro del 15%	Sin cobertura	Terapia física y terapia ocupacional (30 visitas combinadas por año). Servicios de terapia del habla y patología del habla y lenguaje (SLP) (30 visitas por año). Servicios quiroprácticos/Terapia osteopática y de manipulación (30 visitas por año).
	Servicios de recuperación de las habilidades	Coseguro del 15%	Sin cobertura	Terapia física y terapia ocupacional (30 visitas combinadas por año). Servicios de terapia del habla y patología del habla y lenguaje (SLP) (30 visitas por año). Servicios quiroprácticos/Terapia osteopática y de manipulación (30 visitas por año).
	Cuidado de enfermería especializado	Coseguro del 15%	Sin cobertura	La cobertura tiene un límite máximo de 100 días por año
	Equipo médico duradero	Coseguro del 15%	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Cuidado de hospicio	Coseguro del 15%	Sin cobertura	-----Ninguna-----

Preguntas: Llame al 1-866-494-2111 o visite www.cigna.com/individuals-families/virginia-health-insurance-plans-2017.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-866-494-2111 y pida una copia.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	Sin cargo	Sin cobertura	Niños hasta los 19 años. La cobertura se limita a 1 examen por año.
	Anteojos	Sin cargo	Sin cobertura	Niños hasta los 19 años. La cobertura se limita a 1 par de anteojos por año.
	Consulta dental	Sin cobertura	Sin cobertura	La cobertura está disponible a través de una póliza dental independiente.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para más información.)

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Cuidado dental (adultos)
- Aborto provocado.
- Aparatos auditivos
- Tratamiento para la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos.
- Cuidado rutinario de la vista (adultos)
- Cuidado de los pies de rutina
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)

- Servicios quiroprácticos
- Enfermería de práctica privada

Su derecho para continuar con la cobertura:

Las leyes federales y estatales podrían contemplar protecciones que le permitan mantener la cobertura de este seguro médico siempre que pague su **prima**. Sin embargo, hay excepciones, como si:

- Comete fraude.
- La compañía de seguro deja de ofrecer servicios en el estado.
- Usted se muda fuera del área de cobertura.

Para obtener más información sobre su derecho a continuar con la cobertura, comuníquese con la compañía de seguro al 1-866-494-2111. También puede comunicarse con el departamento de seguros de su estado al 1-800-552-7945.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese con la Oficina de Seguros de Virginia al 1-800-552-7945. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Comuníquese con la Oficina de Seguros de Virginia llamando al 1-800-552-7945.

¿Provee cobertura esencial mínima esta cobertura?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que cumpla los requisitos de ser “cobertura esencial mínima.” **Este plan o esta póliza ofrece cobertura esencial mínima.**

¿Satisface esta cobertura el estándar de valor mínimo?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuario). **Esta cobertura médica cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

-----*Para ejemplos sobre cómo este plan paga los servicios en una situación médica específica, consulte la página siguiente.*-----

Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



Ésta no es una herramienta de cálculo de costos.

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

- El proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga: \$5,930
- El paciente paga: \$1,610

Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$550
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,030
Límites o exclusiones	\$30
Total	\$1,610

Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$3,900
- El paciente paga: \$1,500

Ejemplos de los costos:

Medicamentos	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos médicos	\$700
Educación sobre el cuidado	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$550
Copagos	\$0
Coseguro	\$670
Límites o exclusiones	\$280
Total	\$1,500

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

- ✗ **No.** El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

- ✗ **No.** Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice el plan.

¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

- ✓ **Sí.** Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “El paciente paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

- ✓ **Sí.** Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima** mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que le ayudan con los gastos del bolsillo.