

**Cigna Health and Life Insurance Company (“Cigna”)
Cigna Connect Flex Silver 2500 - 200 Plan**

PROGRAMA DE BENEFICIOS (QUIÉN PAGA QUÉ)

A continuación, se proporciona el Programa de beneficios de la Póliza, que incluye beneficios médicos, de medicamentos con receta 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. Usted será responsable de las cantidades de co-seguro que se indican a continuación una vez que se haya alcanzado cualquier deducible o copago aplicable, a menos que se especifique lo contrario. Usted también será responsable de las cantidades de copago indicadas.

Recuerde que los servicios de Proveedores no participantes (fuera de la red) no están cubiertos, excepto por 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 LOS BENEFICIOS		PROVEEDOR PARTICIPANTE (en función de la Tarifa negociada)
Nota: Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible anual, salvo que específicamente se disponga lo contrario.		USTED PAGA:
Beneficios médicos		
Deducible anual del plan		Deducible
<i>Individual</i>		\$2,400
<i>Grupo familiar</i>		\$4,800
Desembolso máximo		Desembolso máximo
<i>Individual</i>		\$5,850
<i>Grupo familiar</i>		\$11,700
		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 30% de los Cargos después de cualquier Deducible de la Póliza.

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS

PROVEEDOR PARTICIPANTE (en función de la Tarifa negociada)

Nota:

Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible anual, salvo que específicamente se disponga lo contrario.

USTED PAGA:

Programa de autorización previa

Autorización previa – Servicios para pacientes internados

Autorización previa – Servicios para pacientes en consulta externa

NOTA: Consulte la sección anterior sobre Autorización previa para 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 una aprobación para la admisión de pacientes internados; **de lo contrario, a Su Proveedor se le podrá aplicar una multa** por falta de cumplimiento.

Su Proveedor participante debe obtener una aprobación para determinados procedimientos y servicios para pacientes en consulta externa; **de lo contrario, a Su Proveedor se le podrá aplicar una multa** por falta de cumplimiento.

Todos los Servicios de atención preventiva para pacientes sanos

Consulte la sección “Beneficios/Cobertura (Lo que está cubierto)” de esta Póliza para obtener más detalles.

0%, no se aplica el Deducible

Atención de la vista pediátrica prestada por un Oftalmólogo u Optometrista

para una Persona asegurada hasta el final del mes en que la Persona asegurada cumpla 19 años.

Tenga en cuenta que la red de Atención de la vista pediátrica es diferente de la red de Sus beneficios médicos.

Examen de la vista completo
Limitado a un examen por año

0%, no se aplica el Deducible

Anteojos para niños
Limitado a un par cada dos años

Marcos pediátricos

0% por par, no se aplica el Deducible

Lentes monofocales

0% por par, no se aplica el Deducible

Lentes bifocales con línea

0% por par, no se aplica el Deducible

Lentes trifocales con línea o progresivos estándares

0% por par, no se aplica el Deducible

Lentes lenticulares

0% por par, no se aplica el Deducible

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS

PROVEEDOR PARTICIPANTE (en función de la Tarifa negociada)

Nota:

Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible anual, salvo que específicamente se disponga lo contrario.

USTED PAGA:

<p>Lentes de contacto para niños Limitado a un par o suministro cada dos años</p> <p>Opcionales</p> <p>Terapéuticos</p> <p>Nota: Los exámenes de detección de la vista de rutina realizados por un PCP o pediatra se cubren en virtud del beneficio de Servicios preventivos.</p>	<p>0% por par, no se aplica el Deducible</p> <p>0% por par, no se aplica el Deducible</p>
<p>Servicios del médico</p> <p>Visita al consultorio o a domicilio (no incluye pruebas y tratamiento/inyecciones para alergias, análisis de laboratorio y radiografías, y cirugías realizadas en el consultorio) (para estos servicios, vea la sección “Servicios médicos, continuación”)</p> <p>Médico de atención primaria (PCP)</p> <p>Médico especialista (incluidos servicios de consulta, referencia y segunda opinión)</p> <p>Nota: En Planes con un Copago por visita al consultorio, Su copago para visitas a obstetras/ginecólogos dependerá de si Su médico aparece como PCP o como especialista en el directorio de Proveedores.</p>	<p>Copago de \$20 por visita al consultorio, no se aplica el Deducible</p> <p>30%</p>
<p>Servicios médicos, continuación</p> <p>Cirugía en el consultorio del Médico</p> <p>Honorarios profesionales para pacientes en consulta externa por Cirugía</p> <p>Cirugía, anestesia, radioterapia y quimioterapia para pacientes internados</p> <p>Visitas hospitalarias</p> <p>Pruebas y tratamiento/inyecciones para alergias</p>	<p>30%</p> <p>30%</p> <p>30%</p> <p>30%</p> <p>30%</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS

PROVEEDOR PARTICIPANTE (en función de la Tarifa negociada)

Nota:

Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible anual, salvo que específicamente se disponga lo contrario.

USTED PAGA:

<p>Servicios de Cigna Telehealth Connection</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visita Virtual con un Médico de Cigna Connection Limitado a afecciones médicas agudas menores <p>Nota: Si un Médico de Cigna Telehealth Connection expide una Receta, esa Receta está sujeta a todos los beneficios, limitaciones y exclusiones del Plan para Medicamentos con receta.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios cubiertos de cualquier otro Médico participante proporcionados a través de medios Virtuales (No limitado a afecciones médicas agudas menores) 	<p>Copago de \$10 por visita al consultorio, no se aplica el Deducible</p> <p>El mismo beneficio que cuando el servicio se proporciona en persona</p>
<p>Servicios hospitalarios</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes internados</p> <p style="padding-left: 40px;">Cargos de la instalación 30%</p> <p style="padding-left: 40px;">Honorarios profesionales 30%</p> <p>Admisiones de emergencia</p> <p style="padding-left: 40px;">Cargos de la instalación</p> <p style="padding-left: 40px;">Honorarios profesionales</p>	<p style="text-align: center;">Consulte el Programa de beneficios de Servicios de emergencia para conocer los beneficios para servicios específicos.</p>
<p>Tratamiento para pacientes internados en un programa de rehabilitación multidisciplinario</p> <p>Máximo de 60 días por afección, por año calendario</p>	<p style="text-align: center;">30%</p>
<p>Servicios de anticonceptivos para mujeres, planificación familiar y esterilización</p>	<p style="text-align: center;">0%, no se aplica el Deducible</p>
<p>Esterilización masculina</p>	<p style="text-align: center;">Se aplica un Copago o Co-seguro por el beneficio específico proporcionado</p>
<p>Maternidad (embarazo y parto)/complicaciones del embarazo</p> <p>Visita inicial para confirmar el Embarazo</p> <p style="padding-left: 40px;">Médico de atención primaria (PCP)</p>	<p style="text-align: center;">Se aplica el beneficio de Visita al consultorio del PCP</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS

PROVEEDOR PARTICIPANTE (en función de la Tarifa negociada)

Nota:

Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible anual, salvo que específicamente se disponga lo contrario.

USTED PAGA:

<p>Médico especialista</p> <p>NOTA: En Planes con un Copago por visita al consultorio, Su copago para visitas a obstetras/ginecólogos dependerá de si Su médico aparece como PCP o como especialista en el directorio de Proveedores.</p> <p>Todas las Visitas prenatales siguientes, Visitas posnatales y los cargos de parto del Médico (es decir, la tarifa total por maternidad)</p> <p>Visitas al consultorio del Médico además de la tarifa total por maternidad</p> <p>Médico de atención primaria (PCP)</p> <p>Médico especialista</p> <p>Parto: instalaciones (Hospital para pacientes internados, Centro de maternidad)</p>	<p>Se aplica el beneficio de Visita al consultorio del especialista</p> <p>30%</p> <p>Se aplica el beneficio de Visita al consultorio del PCP</p> <p>Se aplica el beneficio de Visita al consultorio del especialista</p> <p>30%</p>
<p>Servicios en Instalaciones para pacientes en consulta externa Incluye Instalaciones de diagnóstico e Instalaciones quirúrgicas independientes para pacientes en consulta externa, e Instalaciones hospitalarias para pacientes en consulta externa</p>	<p>30%</p>
<p>Imágenes radiológicas avanzadas (incluye resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés), angiografías por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), tomografías axiales computarizadas (CAT, por sus siglas en inglés), tomografías por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés) y medicina nuclear) Cargos de la instalación y por la interpretación</p>	<p>30%</p>
<p>Todos los demás Servicios de laboratorio y radiología Cargos de la instalación y por la interpretación</p> <p>Consultorio del médico</p> <p>Instalación de radiografías o laboratorio independiente</p>	<p>30%</p> <p>30%</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS

PROVEEDOR PARTICIPANTE (en función de la Tarifa negociada)

Nota:

Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible anual, salvo que específicamente se disponga lo contrario.

USTED PAGA:

<p>Servicios de laboratorio o radiografías en un hospital para pacientes en consulta externa</p>	<p>30%</p>
<p>Servicios de rehabilitación Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</p> <p>Máximo de 20 visitas para cada terapia por Persona asegurada, por año calendario</p> <p><u>Nota: El máximo no se aplica a los servicios por el tratamiento de Trastornos del espectro autista.</u></p>	<p>30%</p>
<p>Terapias de rehabilitación para Personas aseguradas con defectos congénitos y anomalías de nacimiento Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</p> <p>Máximo de 20 visitas para cada terapia por Persona asegurada, por año calendario.</p>	<p>30%</p>
<p>Servicios de habilitación</p> <p>Máximo de 20 visitas para cada terapia por Persona asegurada, por año calendario.</p> <p><u>Nota: El máximo no se aplica a los servicios por el tratamiento de Trastornos del espectro autista.</u></p>	<p>30%</p>
<p>Servicios de audición</p> <p>Exámenes y pruebas de audición</p> <p>Servicios y suministros para la audición</p> <p>Aparatos auditivos (límite de 1 par por hijo hasta los 18 años cada 3 Años)</p>	<p>30%</p>
<p>Atención dental (que no sea pediátrica)</p> <p>Limitada al tratamiento de lesiones accidentales de los dientes naturales en el término de 6 meses de producida la lesión accidental</p> <p>Anestesia para procedimientos dentales</p>	<p>30%</p> <p>30%</p>
<p>Rehabilitación cardíaca y pulmonar</p>	<p>30%</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Máximo de 20 visitas por Persona asegurada, por Año calendario</p>	<p>30%</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS Nota: Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible anual, salvo que específicamente se disponga lo contrario.	PROVEEDOR PARTICIPANTE (en función de la Tarifa negociada) USTED PAGA:
Tratamiento de la Disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ/TMD, por sus siglas en inglés)	30%
Alimentos médicos para tratar trastornos metabólicos hereditarios	30%
Fórmula basada en aminoácidos para tratar el trastorno gastrointestinal eosinofílico	30%
Trastornos del espectro autista Diagnóstico del Trastorno del espectro autista Visita al consultorio Pruebas de diagnóstico Tratamiento del Trastorno del espectro autista (consulte la sección " Beneficios/Cobertura (Lo que está cubierto) " para obtener información específica sobre cuáles son los servicios cubiertos)	Se aplica el beneficio de Visita al consultorio del PCP o Especialista 30% Se aplica un Copago o Co-seguro por el beneficio específico proporcionado
Servicios para pacientes internados en Otras instalaciones de atención médica Incluye Instalaciones de enfermería especializada, Hospitales de rehabilitación e Instalaciones de cuidados subagudos Máximo de 100 días por Persona asegurada, por año calendario, combinado para todas las instalaciones enumeradas.	30%
Servicios de salud en el hogar Máximo de 28 horas por semana	30%
Equipo médico duradero	30%
Dispositivos ortopédicos	30%
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	20%, no se aplica el Deducible
Aparatos ortopédicos	30%

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS

PROVEEDOR PARTICIPANTE (en función de la Tarifa negociada)

Nota:

Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible anual, salvo que específicamente se disponga lo contrario.

USTED PAGA:

<p>Servicios para enfermos terminales</p> <p>Atención de rutina en el hogar</p> <p>Pacientes internados</p> <p>Pacientes en consulta externa</p>	<p>30%</p> <p>30%</p> <p>30%</p>
<p>Diálisis</p> <p>Pacientes internados</p> <p>Pacientes en consulta externa</p>	<p>Se aplica el beneficio de Servicios hospitalarios para pacientes internados</p> <p>30%</p>
<p>Trastornos nerviosos mentales, emocionales o funcionales (incluye trastornos o enfermedades mentales de naturaleza biológica) y Trastorno de consumo de sustancias</p> <p>Pacientes internados (incluye el Tratamiento residencial y agudo)</p> <p>Pacientes en consulta externa (incluye tratamiento individual, grupal, intensivo para pacientes en consulta externa y hospitalización parcial)</p> <p>Visita al consultorio</p> <p>Todos los demás servicios para pacientes en consulta externa</p>	<p>Se aplica el beneficio de Servicios hospitalarios para pacientes internados</p> <p>30%</p> <p>30%</p>
<p>Trasplantes de órganos y tejidos</p> <p>(Consulte los detalles de los beneficios en “Beneficios/Cobertura (Lo que está cubierto)” para conocer los procedimientos cubiertos y otros límites a los beneficios que puedan aplicarse).</p> <p>Instalación de Cigna LIFESOURCE Transplant Network®</p> <p>Beneficio de viaje (disponible únicamente a través de una Instalación de Cigna Lifesource Transplant Network®)</p> <p>Pago máximo de por vida de \$10,000 para beneficio de viaje</p>	<p>0%</p> <p>0%</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**PROVEEDOR PARTICIPANTE (en función de la Tarifa negociada)**

Nota:

Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible anual, salvo que específicamente se disponga lo contrario.

USTED PAGA:

<p>Instalación participante que no sea de Lifesource contratada específicamente para proporcionar Servicios de trasplante</p> <p>Instalación participante que NO sea contratada específicamente para proporcionar Servicios de trasplante</p>	<p>30%</p> <p>No está cubierto</p>
<p>Infertilidad (Consulte la sección “Beneficios/Cobertura (Lo que está cubierto)” para obtener información específica sobre qué servicios están cubiertos y límites a los beneficios que puedan aplicarse)</p> <p>Pacientes internados</p> <p>Pacientes en consulta externa</p>	<p>Se aplica el beneficio de Servicios hospitalarios para pacientes internados</p> <p>30%</p>
<p>Cirugía bariátrica (Con sujeción a la necesidad médica)</p> <p>Pacientes internados</p> <p>Pacientes en consulta externa</p>	<p>Se aplica el beneficio de Servicios hospitalarios para pacientes internados</p> <p>30%</p>
<p>Medicamentos de especialidad para infusión e inyectables con receta y servicios o suministros relacionados administrados por un profesional médico en un consultorio o en una instalación para pacientes en consulta externa.</p>	<p>30%</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS	PROVEEDOR DENTRO DE LA RED (en función de la Tarifa negociada)	PROVEEDOR FUERA DE LA RED (en función del Cargo máximo reembolsable)
<p>Nota: Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible anual, salvo que específicamente se disponga lo contrario.</p>	<p>USTED PAGA:</p>	<p>USTED PAGA:</p>

Beneficios de Servicios de emergencia		
<p>Nota: Este Plan cubre Servicios de emergencia de Proveedores participantes y no participantes, según se muestra a continuación:</p>		
<p>momento en que el paciente puede ser trasladado, ya sea que se traslade o no).</p> <p>Servicios profesionales</p>	<p>30%</p>	<p>Nivel de beneficios Dentro de la red hasta que pueda trasladarse a un Hospital Dentro de la red; si no se traslada, no tiene cobertura</p>

PROGRAMA DE BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS	FARMACIA MINORISTA USTED PAGA	CIGNA HOME DELIVERY PHARMACY USTED PAGA
USTED DEBERÁ PAGAR LAS CANTIDADES QUE SE MUESTRAN A CONTINUACIÓN DESPUÉS DE ALCANZAR CUALQUIER DEDUCIBLE APLICABLE		
Beneficios de Medicamentos con receta		
<p>Nota: Puede obtener un suministro para 30 días de cualquier Medicamento con receta o pedir una renovación en cualquier Farmacia minorista participante. Puede obtener un suministro para hasta 90 días de Su Medicamento con receta o pedir una renovación en una Farmacia minorista para 90 días o a través de Cigna Home Delivery Pharmacy.</p> <p>En el 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 para Medicamentos genéricos indicado en el Programa de beneficios.</p>		
<u>Deducible para Medicamentos con receta</u>	Se aplica el Deducible anual del plan a los Medicamentos con receta	
	Programa de medicamentos para farmacias minoristas de Cigna USTED PAGA POR RECETA O RENOVIACIÓN:	Programa de medicamentos para farmacias de pedido por correo de Cigna USTED PAGA POR RECETA O RENOVIACIÓN:
<u>Nivel 1: Genérico preferido</u>	Copago de \$8, no se aplica el Deducible por Receta o renovación Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista para 90 días Usted paga un Copago por cada suministro para 30 días	Copago de \$24, no se aplica el Deducible por Receta o renovación Suministro máximo para hasta 90 días
<u>Nivel 2: Genérico no preferido</u>	Copago de \$20, no se aplica el Deducible por Receta o renovación Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista para 90 días Usted paga un Copago por cada suministro para 30 días	Copago de \$60, no se aplica el Deducible por Receta o renovación Suministro máximo para hasta 90 días

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS	FARMACIA MINORISTA USTED PAGA	CIGNA HOME DELIVERY PHARMACY USTED PAGA
USTED DEBERÁ PAGAR LAS CANTIDADES QUE SE MUESTRAN A CONTINUACIÓN DESPUÉS DE ALCANZAR CUALQUIER DEDUCIBLE APLICABLE		
<u>Nivel 3: Marca preferida</u>	Copago de \$60, no se aplica el Deducible por Receta o renovación Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista para 90 días Usted paga un Copago por cada suministro para 30 días	Copago de \$180, no se aplica el Deducible por Receta o renovación Suministro máximo para hasta 90 días
<u>Nivel 4: Marca no preferida</u>	Copago de \$350, no se aplica el Deducible por Receta o renovación Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista para 90 días Usted paga un Copago por cada suministro para 30 días	Copago de \$1,050, no se aplica el Deducible por Receta o renovación Suministro máximo para hasta 90 días
<u>Nivel 5: Medicamentos de especialidad genéricos y de marca que cumplen con los criterios de los medicamentos de especialidad</u>	Copago de \$600, no se aplica el Deducible por Receta o renovación Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 30 días en una Farmacia minorista para 90 días	Copago de \$525, no se aplica el Deducible por Receta o renovación Suministro máximo para hasta 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: <ul style="list-style-type: none"> • anticonceptivos femeninos recetados por un Médico y que son Genéricos o De marca sin una alternativa Genérica disponible; y • productos para dejar de fumar, con un límite máximo de 2 regímenes de 90 días 	0%, no se aplica el Deducible por Receta o renovación Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista para 90 días	0%, no se aplica el Deducible por Receta o renovación Suministro máximo para hasta 90 días

PORTADA (CARÁTULA)

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 2500 - 200 Plan

Si desea cancelar la Póliza o si tiene preguntas

Si por algún motivo no está satisfecho con los términos de esta Póliza, podrá devolverla dentro de los 10 días de haberla recibido. En ese caso, cancelaremos Su cobertura a partir de la Fecha de entrada en vigor 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!

Cigna Health and Life Insurance Company (en este documento denominada Cigna) le emitió esta Póliza sobre la base de la información que Usted proporcionó en Su solicitud. 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.

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

Renovación garantizada

Esta Póliza brinda cobertura médica mensual 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 vigor a las 12:01 a.m., hora del Este, de la Fecha de entrada en vigor que figura en la página de especificaciones de la Póliza.**

Firmado en nombre de Cigna por:


Matthew G. Manders, President


Anna Krishtul, Corporate Secretary

CONTACTO

Puede comunicarse con Cigna llamando al número de teléfono que figura en 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**

Además, puede obtener información en www.mycigna.com, que incluye:

- Buscar Proveedores participantes en Su área
- Consultar los saldos de Su Deducible y Desembolsos máximos
- 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 un Proveedor de atención primaria) 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 atención médica 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 atención médica 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 Proveedor de atención primaria

Este plan puede requerir o permitir que se designe a un Proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier Proveedor de atención primaria que participe en la red y que pueda aceptarles a usted o a los miembros de su familia. Si su plan requiere la designación de un Proveedor de atención primaria, Cigna podrá designarle uno hasta tanto usted haga su elección. Para obtener información sobre cómo seleccionar un Proveedor de atención primaria y acceder a una lista de los Proveedores de atención primaria 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 Proveedor de atención primaria.

Índice

PROGRAMA DE BENEFICIOS (QUIÉN PAGA QUÉ)	1
PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS	1
PROGRAMA DE BENEFICIOS DE SERVICIOS DE EMERGENCIA	10
PROGRAMA DE BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	12
PORTADA (CARÁTULA)	14
CONTACTO	15
ÍNDICE	17
ELEGIBILIDAD	20
REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD	20
¿CUÁNDO PUEDO PRESENTAR UNA SOLICITUD?	21
CÓMO ACCEDER A SUS SERVICIOS Y OBTENER LA APROBACIÓN DE LOS BENEFICIOS	25
ACERCA DE ESTA PÓLIZA	25
ESTE PLAN FUNCIONA SOLO CON LA RED	25
ELECCIÓN DE UN MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	26
CAMBIO DE MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	26
SI SU PCP ABANDONA LA RED	26
REFERENCIAS A ESPECIALISTAS.....	26
EXCEPCIONES AL PROCESO DE REFERENCIA.....	26
REFERENCIA PERMANENTE A UN ESPECIALISTA.....	27
EXCEPCIÓN A LA RED.....	27
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	27
NOTA SOBRE LAS CUENTAS DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)	28
PROGRAMA DE AUTORIZACIÓN PREVIA	28
PROCESO DE AUTORIZACIÓN, EXCEPCIÓN Y APELACIÓN PARA MEDICAMENTOS CON RECETA Y SUMINISTROS RELACIONADOS	29
CÓMO FUNCIONA EL PLAN.....	32
DEDUCIBLES.....	32
DESEMBOLSO MÁXIMO	32
MULTAS.....	32
BENEFICIOS/COBERTURA (LO QUE ESTÁ CUBIERTO)	34
BENEFICIOS MÉDICOS (EN ORDEN ALFABÉTICO EN INGLÉS)	34
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	51
BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE LA VISTA PEDIÁTRICA	52
LIMITACIONES/EXCLUSIONES (LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO)	54
SERVICIOS EXCLUIDOS.....	54
EXCLUSIONES DE BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA.....	58
LIMITACIONES DE BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA	59
EXCLUSIONES DE BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE LA VISTA PEDIÁTRICA	60
PAGOS A CARGO DEL MIEMBRO	60
PROGRAMA DE BENEFICIOS	60
HOSPITALES PARTICIPANTES, MÉDICOS PARTICIPANTES Y OTROS PROVEEDORES PARTICIPANTES.....	61
CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES	61
DISPOSICIONES GENERALES	61
PAGOS DE FARMACIA	62
PROCEDIMIENTO DE RECLAMO (CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO)	63
RECLAMOS MÉDICOS	63

PROCEDIMIENTOS PARA LA DETERMINACIÓN DE RECLAMOS EN VIRTUD DE LA LEY FEDERAL (ES POSIBLE QUE LAS DISPOSICIONES DE LAS LEYES DE COLORADO LOS REEMPLACEN).....	65
RECLAMOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA.....	67
RECLAMOS DE BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE LA VISTA PEDIÁTRICA.....	67
DISPOSICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.....	69
RESPONSABILIDAD DE TERCEROS.....	69
DISPOSICIÓN SOBRE ALTERNATIVA DE CONTENCIÓN DE COSTOS.....	69
OTROS SEGUROS CON ESTA ASEGURADORA.....	70
PERSONAS QUE CUMPLEN CON LOS REQUISITOS PARA RECIBIR COBERTURA EN VIRTUD DE MEDICARE.....	70
TÉRMINOS DE LA PÓLIZA.....	70
FINALIZACIÓN/NO RENOVACIÓN/CONTINUACIÓN.....	75
CAUSAS ESPECÍFICAS QUE IMPIDEN CUMPLIR CON LOS REQUISITOS PARA RECIBIR COBERTURA:.....	75
CANCELACIÓN.....	75
CONTINUACIÓN.....	76
APELACIONES Y QUEJAS.....	77
SI TIENE UNA QUEJA O APELACIÓN POR DETERMINACIÓN ADVERSA.....	77
PROCEDIMIENTO DE APELACIÓN.....	77
PROCESO DE REVISIÓN EXTERNA ESTÁNDAR PARA DECISIONES ADVERSAS RESPECTO DE LA NECESIDAD MÉDICA.....	78
PROCESO DE REVISIÓN EXTERNA ACELERADA PARA DECISIONES ADVERSAS RESPECTO DE LA NECESIDAD MÉDICA.....	80
APELACIÓN ANTE EL ESTADO DE COLORADO.....	81
NOTIFICACIÓN DE DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS EN CASO DE APELACIÓN.....	81
INFORMACIÓN RELEVANTE.....	81
INFORMACIÓN SOBRE CAMBIOS EN LA PÓLIZA Y LAS TARIFAS.....	82
PRIMAS.....	82
DEFINICIONES.....	83

ELEGIBILIDAD

Requisitos de elegibilidad

Esta 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 esta Póliza.

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

- 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 inscripción para la cual solicita la inscripción y tiene la intención de seguir viviendo en ese lugar durante todo el período por el cual solicita la inscripción; y
- No está encarcelado, salvo que la determinación respecto de las acusaciones se encuentre pendiente; y
- No vive en una Institución; y
- Presentó una solicitud de cobertura completada y firmada, y Nosotros la aceptamos por escrito.

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

- Su cónyuge legal, incluida una pareja de unión civil, que viva en el Área de inscripción.
- Sus hijos que vivan en el Área de inscripción y todavía no hayan cumplido los 26 años.
- Sus hijastros que vivan en el Área de inscripción y todavía no hayan cumplido los 26 años.
- Sus hijos o los de Su cónyuge, independientemente de la edad, inscritos antes de cumplir los 26 años, que vivan en el Área de inscripción y dependan de la Persona asegurada para su sustento y mantenimiento debido a una incapacidad física o intelectual continua y médicamente certificada. Es posible que Cigna exija que se presente un comprobante por escrito de dicha incapacidad y dependencia en el término de 31 días después del cumpleaños número 26 del hijo en cuestión.
- Sus hijos Recién nacidos o 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 plazo, Usted debe inscribirlo como un Miembro asegurado de Su familia solicitando su inscripción como dependiente en el término de 60 días a partir de la fecha de nacimiento y pagando las primas adicionales necesarias. La cobertura de un hijo dependiente recién nacido inscrito dentro de los 60 días a partir 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 plazo, Usted debe inscribirlo como un Miembro asegurado de Su familia solicitando su inscripción como dependiente en el término de 60 días a partir de la fecha de adopción y pagando las primas adicionales necesarias. La cobertura de un hijo dependiente adoptado inscrito dentro de los 60 días a partir de la adopción será retroactiva a la fecha en que haya sido otorgado en tutela para la adopción, se haya iniciado un juicio de adopción o después de la fecha en que el niño sea otorgado en tutela para la adopción y se paguen las primas adicionales 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 plazo, Usted debe inscribirlo como un Miembro asegurado de Su familia solicitando su inscripción como dependiente en el término de 60 días a partir de la fecha en que lo reciba en guarda y pagando las primas adicionales necesarias. La cobertura para un niño recibido en guarda inscrito en el término de 60 días de que usted lo haya recibido será retroactiva a la fecha en que usted lo haya recibido inicialmente en guarda y se paguen las primas adicionales necesarias.

- Si un tribunal resuelve que una Persona asegurada 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 plazo, Usted debe inscribirlo como Miembro asegurado de Su familia solicitando su inscripción como dependiente en el término de 60 días a partir de la fecha de la orden judicial y pagando las primas adicionales necesarias. La cobertura ordenada judicialmente de un hijo dependiente inscrito dentro de los 60 días a partir de la orden judicial será retroactiva a la fecha de dicha orden.

¿Cuándo puedo presentar una solicitud?

Solicitud para inscribirse o cambiar de cobertura

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA, por sus siglas en inglés) de 2010 especifica que una persona que cumple con los requisitos debe inscribirse para recibir cobertura o cambiar de plan durante el Período de inscripción abierta anual. Las personas que no se inscriban o cambien de plan 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 plan. No obstante, si una persona experimenta un evento habilitante, según se describe debajo, el evento habilitante da inicio 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 la cobertura.

A continuación, se explican el Período de inscripción abierta anual y el Período de inscripción especial.

Período de inscripción abierta anual

El Período de inscripción abierta anual es un período específico de cada Año, especificado por la legislación federal y de Colorado, durante el cual las Personas que cumplen con los requisitos según se describe arriba pueden solicitar la inscripción para recibir cobertura o cambiar de cobertura de un plan a otro.

Para estar inscrito para recibir cobertura en virtud de este Plan, debe enviar una solicitud de cobertura completada y firmada en virtud de esta Póliza para Usted 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 de ese Año. **Nota: Si Usted no solicita obtener o cambiar su cobertura durante el Período de inscripción abierta anual, no podrá volver a solicitarlo hasta el Período de inscripción abierta anual del Año siguiente**, a menos que reúna los requisitos para un período de inscripción especial como se describe a continuación.

Períodos de inscripción especiales

Un período de inscripción especial comienza cuando una persona experimenta un evento habilitante.

Cuando le notifiquen o tome conocimiento de un evento habilitante que se producirá 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 entrada en vigor del evento habilitante, a fin de que la cobertura comience a partir del día del evento habilitante para evitar la interrupción de la cobertura. Debe poder proporcionar documentación escrita que respalde la fecha de entrada en vigor del evento habilitante al solicitar la inscripción.

Si Usted experimenta uno de los eventos habilitantes enumerados debajo, puede inscribirse para recibir cobertura e inscribir a Su(s) Dependiente(s) que cumpla(n) con los requisitos durante un período de inscripción especial en lugar de esperar hasta el próximo Período de inscripción abierta anual.

Los eventos habilitantes para un período de inscripción especial FUERA del Mercado son los siguientes:

- Una persona que cumple con los requisitos, y su(s) dependiente(s), si lo(s) tuviera, 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 de la relación laboral en forma voluntaria o involuntaria por motivos que no sean mala conducta, o debido a una reducción de las horas de trabajo; o
- Una persona que cumple con los requisitos agrega un dependiente o se convierte en dependiente por matrimonio, unión civil, nacimiento, adopción, tutela para la adopción, guarda, a través de una orden para manutención de los hijos u otra orden judicial, o al celebrar un contrato de beneficiario designado conforme a la legislación de Colorado, o
- Un cónyuge o hijo dependiente que cumple con los requisitos pierde la cobertura de un plan de salud patrocinado por el empleador porque el empleado adquiere el derecho a recibir Medicare, o debido al divorcio o la separación legal del empleado cubierto o la muerte del empleado cubierto; 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
- 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 no inscripción de una persona que cumple con los requisitos en un plan de salud calificado no es intencional, es involuntaria o es errónea, y como resultado del error, la tergiversación o la omisión de 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 organismos, según lo determine el Mercado. En esos casos, el Mercado puede tomar las medidas necesarias para corregir o eliminar los efectos de dicho error, tergiversación o acción; o
- Se determina que una persona que cumple con los requisitos ha empezado a cumplir o ha dejado de cumplir recientemente con los requisitos para recibir pagos adelantados del crédito fiscal por las primas o ha experimentado un cambio en el cumplimiento de los requisitos para las reducciones en los costos compartidos disponibles a través del Mercado, o tiene un dependiente inscrito en el mismo plan de salud calificado que se determina que ha empezado a cumplir o ha dejado de cumplir con los requisitos para recibir pagos adelantados del crédito fiscal federal o ha experimentado un cambio en el cumplimiento de los requisitos para las reducciones en los costos compartidos a través del Mercado, independientemente de que dicha persona ya esté inscrita en un plan de salud calificado. El Mercado debe permitir que las personas cuya cobertura actual a través de un plan patrocinado por el empleador que cumple con los requisitos que ya no será asequible o no brindará valor mínimo para el próximo año del plan de su empleador tengan 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 obtiene acceso a nuevos planes de salud calificados como resultado de una mudanza permanente (que incluye mudarse fuera del área de servicio del plan actual de la persona).

Los eventos habilitantes **no** incluyen la pérdida de cobertura por falta de pago de las primas en forma oportuna, incluidas las primas de la Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (COBRA, por sus siglas en inglés) antes del vencimiento de la cobertura en virtud de COBRA; ni las situaciones que justifiquen una rescisión en virtud del artículo 147.128, título 45 del Código de Normas Federales (CFR, por sus siglas en inglés).

El período de inscripción especial comienza en la fecha en que se produce el evento habilitante y finaliza 61 días después del evento habilitante. La fecha de entrada en vigor de la cobertura de las personas que se inscriban durante un período de inscripción especial se determinará de la siguiente forma:

- En el caso de nacimiento, adopción, tutela para la adopción o guarda, la cobertura entrará en vigor para una persona que cumple con los requisitos o una persona inscrita en la fecha de nacimiento, adopción, tutela para la adopción o guarda;
- En el caso de matrimonio o en el caso de que una persona que cumple con los requisitos pierda la cobertura esencial mínima, la cobertura entrará en vigor para una persona que cumple con los requisitos o una persona inscrita el primer día del mes siguiente.

Para todos los demás eventos habilitantes, las fechas de entrada en vigor serán las siguientes:

- Si la solicitud se realiza entre el primer día y el día 15 de cualquier mes, la fecha de entrada en vigor de la cobertura será el primer día del mes siguiente;

- Si la solicitud se realiza entre el día 16 y el último día de cualquier mes, la fecha de entrada en vigor de la cobertura será el primer día del segundo mes posterior.

Los eventos habilitantes para un período de inscripción especial DENTRO del Mercado son los siguientes:

Un período de inscripción especial comienza cuando una persona inscrita en un plan de salud calificado, según lo define la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA) de 2010, experimenta un evento habilitante, como la pérdida de cobertura o la incorporación de un dependiente. Si Usted está cubierto por un plan de salud calificado y experimenta uno de los eventos habilitantes enumerados a continuación, puede inscribirse para recibir cobertura durante un período de inscripción especial en lugar de esperar hasta el próximo Período de inscripción abierta anual. Los eventos habilitantes para un período de inscripción especial son los siguientes:

- Una persona que cumple con los requisitos pierde involuntariamente su cobertura acreditable existente por algún motivo que no sea haber cometido fraude, haber tergiversado información o no haber pagado la prima.
- Una persona que cumple con los requisitos, y cualquiera de sus dependientes, 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 de la relación laboral en forma voluntaria o involuntaria por motivos que no sean mala conducta, o debido a una reducción de las horas de trabajo; o
- Una persona que cumple con los requisitos agrega un dependiente o se convierte en dependiente por matrimonio, unión civil, nacimiento, adopción, tutela para la adopción, guarda, a través de una orden para manutención de los hijos u otra orden judicial, o al celebrar un contrato de beneficiario designado conforme a la legislación de Colorado, o
- 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
- Una persona que cumple con los requisitos pierde un dependiente o deja de ser considerada un dependiente a través de un divorcio o una separación legal según lo definido por la ley estatal del estado en el que se produzca el divorcio o la separación legal, o si muere la persona inscrita en el Mercado o su dependiente; o
- Un padre o tutor legal cancela la inscripción de un dependiente, o un dependiente deja de reunir los requisitos para el Plan de salud básico para niños; o
- Una persona deja de cumplir con los requisitos en virtud de la Ley de Asistencia Médica de Colorado; o
- Una persona o su dependiente que pierde la cobertura médicamente necesaria según lo descrito en el artículo 1902(a)(10)(C) de la Ley de Seguro Social puede solicitar, una vez durante un año calendario, la inscripción en un nuevo plan de beneficios de salud durante los sesenta (60) días calendario anteriores a la fecha de entrada en vigor de la pérdida de cobertura; o
- Una persona pierde la cobertura de Medicaid relacionada con el embarazo. La fecha de la pérdida de cobertura es el último día en que la consumidora tendría cobertura relacionada con el embarazo; o
- 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 no inscripción de una persona que cumple con los requisitos en un plan de salud calificado no es intencional, es involuntaria o es errónea, y como resultado del error, la tergiversación o la omisión de un funcionario, empleado o agente del Mercado estatal o del Departamento de Servicios Humanos y de Salud (HHS), o sus organismos, según lo determine el Mercado. En esos casos, el Mercado puede tomar las medidas necesarias para corregir o eliminar los efectos de dicho error, tergiversación o acción; o
- Una persona que cumple con los requisitos demuestra en forma adecuada al Mercado o al Comisionado de seguros de Colorado que el plan de salud calificado en el que está inscrita violó sustancialmente una disposición esencial de su contrato en relación con dicha persona; o
- Se determina que una persona que cumple con los requisitos ha empezado a cumplir o ha dejado de cumplir recientemente con los requisitos para recibir pagos adelantados del crédito fiscal por las primas o ha

experimentado un cambio en el cumplimiento de los requisitos para las reducciones en los costos compartidos disponibles a través del Mercado, o tiene un dependiente inscrito en el mismo plan de salud calificado que se determina que ha empezado a cumplir o ha dejado de cumplir con los requisitos para recibir pagos adelantados del crédito fiscal federal o ha experimentado un cambio en el cumplimiento de los requisitos para las reducciones en los costos compartidos a través del Mercado, independientemente de que dicha persona ya esté inscrita en un plan de salud calificado. El Mercado debe permitir que las personas cuya cobertura actual a través de un plan patrocinado por el empleador que cumple con los requisitos que ya no será asequible o no brindará valor mínimo para el próximo año del plan de su empleador tengan 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 obtiene acceso a nuevos planes de salud calificados como resultado de una mudanza permanente (que incluye mudarse fuera del área de servicio del plan actual de la persona); o
- Una persona indígena, según se define en el artículo 4 de la Ley de Mejoramiento de la Atención Médica de la Población Indígena, puede inscribirse en un plan de salud calificado o cambiarse de un plan de salud calificado a otro una vez al mes (no se aplica a los Planes “fuera del mercado”, es decir, cuando Usted no haya contratado Su plan en un mercado estatal); o
- Una persona que cumple con los requisitos o una persona inscrita demuestra al Mercado, de acuerdo con pautas emitidas por el HHS, que cumple con otras condiciones excepcionales que pueda establecer el Mercado.

Los eventos 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 en virtud del artículo 147.128, título 45 del CFR.

El período de inscripción especial comienza en la fecha en que se produce el evento habilitante y finaliza 61 días después del evento habilitante. La fecha de entrada en vigor de la cobertura de las personas que se inscriban durante un período de inscripción especial se determinará de la siguiente forma:

- En caso de nacimiento, adopción, tutela para la adopción o guarda, la fecha de entrada en vigor será la fecha del evento o el primer día del mes después del nacimiento, adopción, tutela para la adopción o guarda, si el Titular de la póliza lo solicita; o
- En caso de matrimonio, unión civil o cuando una persona que cumple con los requisitos pierda la cobertura esencial mínima, la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente;
- En caso de pérdida involuntaria de una cobertura acreditable existente, entrará en vigor: el primer día del mes después del evento habilitante si la selección del plan se realiza a más tardar el día del evento habilitante; o de acuerdo con las fechas de entrada en vigor establecidas en las reglamentaciones, o a entera discreción del Mercado, el primer día del mes después de la selección del plan cuando la selección del plan se realice después de un evento habilitante.
- En caso de que incorpore un dependiente o se convierta en dependiente a través de una orden judicial, la cobertura entrará en vigor: en la fecha en que entre en vigor la orden judicial; o cuando lo elija el titular de la póliza individual primario, ya sea el día 1 y el día 15 del mes o el día 16 y el último día del mes según lo indicado a continuación.

Para todos los demás eventos habilitantes, las fechas de entrada en vigor serán las siguientes:

- En el caso de una solicitud presentada entre el día 1 y el día 15 de cualquier mes, la fecha de entrada en vigor 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 entrada en vigor de la cobertura será el primer día del segundo mes siguiente.

CÓMO ACCEDER A SUS SERVICIOS Y OBTENER LA 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 esta 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 esta 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 esta 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 la solicitud individual firmada que Usted presentó. 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 ENTRADA EN VIGOR DE SU PARTICIPACIÓN EN LA PÓLIZA, DESCUBRIMOS UN ACTO FRAUDULENTO O LA TERGIVERSACIÓN INTENCIONAL DE INFORMACIÓN SUSTANCIAL EN SU SOLICITUD, PODREMOS RESCINDIR ESTA COBERTURA A PARTIR DE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR 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 QUE HAYAN SIDO INCORPORADOS DENTRO DE LOS 60 DÍAS A PARTIR DEL NACIMIENTO), DESCUBRIMOS UN ACTO FRAUDULENTO O LA TERGIVERSACIÓN INTENCIONAL DE INFORMACIÓN SUSTANCIAL EN SU SOLICITUD, PODREMOS RESCINDIR LA COBERTURA PARA EL/LOS MIEMBRO(S) DE SU FAMILIA ADICIONAL(ES) DESDE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR ORIGINAL DE LA COBERTURA DE DICHA(S) PERSONA(S). EN CASO DE QUE RESCINDAMOS SU COBERTURA, SE LO NOTIFICAREMOS CON 60 DÍAS DE ANTICIPACIÓN Y LE REEMBOLSAREMOS TODAS LAS PRIMAS QUE USTED 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 EL MÉDICO: El contenido de esta Póliza no restringirá ni afectará en modo alguno el derecho de una Persona asegurada a seleccionar el Hospital o el Médico de su preferencia. No obstante, este Plan no cubre los servicios que no son de emergencia prestados por Proveedores no participantes.

ESTE PLAN FUNCIONA SOLO CON LA RED

Eso significa que este Plan no incluye beneficios por servicios que Usted reciba de un Proveedor Fuera de la red, excepto en los siguientes casos:

- Servicios para la Estabilización y el tratamiento inicial de una Emergencia médica, o

- Servicios Médicamente necesarios que no están disponibles a través de un Proveedor Dentro de la red (Participante)

Los Proveedores Dentro de la red (Participantes) incluyen Médicos, Hospitales y otras instalaciones de atención médica. Consulte el directorio de Proveedores, que está 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 (es Participante).

Elección de un Médico de atención primaria

Cuando Usted se inscribe como Persona asegurada, debe elegir un Médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). Cada Miembro cubierto de Su familia también debe elegir un PCP. Si Usted no elige un PCP, le asignaremos uno. Si Su PCP deja de ser un Médico participante, Usted podrá elegir un PCP nuevo.

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

Cambio de Médico de atención primaria

Usted puede cambiar voluntariamente Su PCP, pero no más de una vez en cualquier mes calendario. Nos reservamos el derecho de determinar la cantidad de veces en que podrá cambiar de PCP durante un Año del Plan. Usted puede solicitar un cambio de un Médico de atención primaria a otro comunicándose con Nuestro Servicio al cliente al número que figura en Su tarjeta de identificación. Dicho cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente al mes en el cual se complete el procesamiento del cambio solicitado. Además, si en algún momento el Médico de atención primaria deja de ser un Proveedor participante, se lo notificaremos con 30 días de anticipación para que seleccione un nuevo Médico de atención primaria.

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 Dentro de la red que continúe prestando los Servicios cubiertos. Si está recibiendo tratamiento de un Proveedor participante en el momento en que se extinga el acuerdo de Proveedor participante de dicho profesional, salvo que dicha extinción sea por incompetencia médica o falta de conducta profesional, es posible que Usted cumpla con los requisitos para seguir recibiendo atención de ese Proveedor.

Referencias a especialistas

Usted debe obtener una Referencia de Su PCP antes de visitar a un Proveedor que no sea Su PCP para que la visita esté cubierta. La Referencia autoriza la cantidad específica de veces que Usted puede visitar a un proveedor dentro de un período especificado. Si Usted recibe tratamiento de un Proveedor que no es Su PCP sin una Referencia de Su PCP, el tratamiento no se cubrirá, y Usted deberá pagar el 100% de los costos asociados.

Excepciones al proceso de Referencia

Si Usted es una Persona asegurada de sexo femenino, puede visitar a un Proveedor participante calificado para recibir servicios obstétricos y ginecológicos cubiertos, según se definen en la sección "Beneficios/Cobertura (Lo que está cubierto)", sin obtener una Referencia de Su PCP.

No necesita la referencia de un PCP para hacer visitas Virtuales a un Médico del Programa Telehealth Connection.

Si Usted es una Persona asegurada de menos de 19 años, puede visitar a un dentista de la red por Beneficios dentales pediátricos o a un Proveedor de servicios de la vista de la red de Cigna por 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 se definen en la sección “Definiciones”. En caso de emergencia, pida 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, a la policía o al departamento de bomberos para pedir ayuda. No necesita una Referencia de Su PCP para Servicios de emergencia, pero sí debe llamar a Su PCP lo antes posible para recibir más asistencia y consejos sobre la atención de seguimiento.

En una emergencia, debe buscar atención médica de inmediato y, luego, lo antes posible después de haberlo hecho, debe llamar a Su PCP para recibir más asistencia y consejos 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.

También puede visitar a un Proveedor participante calificado para recibir Servicios de atención de la vista pediátrica y Servicios de atención dental pediátricos cubiertos, según se definen en la sección “Servicios y suministros cubiertos”, sin una referencia de Su PCP.

Referencia permanente a un especialista

Usted puede solicitar una referencia permanente a un Proveedor que no sea Su PCP si se aplican todas las condiciones enumeradas a continuación:

1. Usted está inscrito para recibir 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 Dentro de la red, determina que Su atención requiere de los conocimientos de otro Proveedor;
4. Su PCP determina que Su enfermedad o afección requerirán atención médica continua por un período prolongado;
5. Su PCP hace la referencia permanente a un especialista Dentro de la red que será responsable de brindarle Su atención de especialidad y coordinarla; y
6. El especialista Dentro de la red cuenta con la autorización de Cigna para prestar los servicios en virtud de la referencia permanente.

Es posible que limitemos la cantidad de visitas y el período en el cual Usted puede recibir una referencia permanente. Si recibe una referencia permanente o cualquier otra referencia de Su PCP, esa referencia permanecerá en vigor incluso si el PCP deja de ser un Médico participante. Si el especialista a cargo del tratamiento deja la red de Cigna o Usted deja de ser una Persona asegurada, la referencia permanente vencerá.

Excepción a la red

En caso de que no haya Servicios cubiertos Médicamente necesarios disponibles a través de Médicos participantes o Proveedores participantes, si un Proveedor o PCP Dentro de la Red lo solicita, Cigna:

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

Antes de negar una solicitud de Referencia a un Proveedor Fuera de la red (no participante), Cigna deberá obtener una revisión realizada por un Especialista de la misma especialidad o del mismo tipo de especialidad que el Médico o el Proveedor para el que se solicita la Referencia.

Continuidad de la atención

Es posible que haya instancias en las que Su PCP o especialista deje de ser un Médico participante. En esos casos, se le notificará y se le brindará asistencia para seleccionar a un nuevo PCP o para identificar un nuevo especialista Dentro de la red que continúe prestando los Servicios cubiertos. No obstante, en circunstancias especiales, es posible que pueda seguir viendo a Su PCP o especialista, incluso si este ya no está afiliado a Cigna.

La Continuidad de la atención le permite recibir servicios en los niveles de cobertura Dentro de la red si Su PCP abandonará 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 Su segundo trimestre de embarazo a la fecha de entrada en vigor de Su inscripción. Quizás cumpla con los requisitos para recibir continuidad de la atención a través de ese Proveedor no participante por un período de transición de hasta noventa (90) días o el período posparto directamente relacionado con el nacimiento de Su hijo. Cigna debe aprobar por adelantado dicha continuidad de la atención, y Su médico debe aceptar nuestra tarifa de reembolso y cumplir con las políticas, los procedimientos y los requisitos de aseguramiento de la calidad de Cigna. Es posible que haya otras circunstancias en las que no exista la posibilidad de seguir recibiendo atención de un Proveedor que deje de ser un Proveedor participante, por ejemplo, si el Proveedor pierde su licencia para ejercer o se jubila.

Nota sobre las Cuentas de ahorros para la salud (HSA)

Cigna ofrece algunos planes que tienen el objetivo de reunir los requisitos para ser considerados “planes de salud con deducible alto” (según se definen en el artículo 223(c)(2), título 26 del Código de los Estados Unidos). Los planes que cumplen con los requisitos para ser considerados planes de salud con deducible alto, si Usted es una “persona que cumple con los requisitos” (según se define en el artículo 223(c)(1), título 26 del Código de los Estados Unidos), pueden permitirle 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 los gastos médicos calificados, conforme lo autoriza la legislación federal en materia de impuestos.

AVISO: Cigna no brinda asesoramiento en materia de impuestos. **Usted tiene la responsabilidad de consultar a Su asesor fiscal o abogado si un plan cumple con los requisitos para ser considerado un plan de salud con deducible alto y si Usted cumple con los requisitos para aprovechar los beneficios fiscales de la HSA.**

Programa de autorización previa

Cigna le proporciona un programa integral personal de administración médica de soluciones de salud, que se concentra en brindar 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 USTED NO OBTIENE LA AUTORIZACIÓN PREVIA ANTES DE UNA ADMISIÓN OPCIONAL en un Hospital o en algunas otras instalaciones, 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 a fin de poder recibir los beneficios. SI USTED 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 solo 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 la prima y otros requisitos con los que se debe cumplir al momento en que se brinden 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 esta Póliza. Si se determina que un servicio no era Médicamente necesario, la Persona asegurada será responsable de pagar los cargos de dichos servicios.

Proceso de autorización, excepción y apelación para Medicamentos con receta y Suministros relacionados

Se necesita autorización de Cigna para determinados Medicamentos con receta y Suministros relacionados, lo que significa que Su Médico debe obtener la autorización de Cigna antes de que se cubra el Medicamento con receta o el Suministro relacionado.

Autorización previa

Cuando Su Médico le recete determinados Medicamentos con receta o Suministros relacionados, incluidos Medicamentos de alto costo y Medicamentos de especialidad, Cigna exigirá que Su Médico obtenga la autorización antes de que pueda despacharse el medicamento o suministro. Para obtener la Autorización previa, Su Médico debe seguir el Proceso de solicitud de autorización y excepción para Medicamentos con receta y Suministros relacionados que se describe a continuación.

Tratamiento escalonado

Tratamiento escalonado es un tipo de Autorización previa. Es posible que Cigna exija que una Persona asegurada siga determinados pasos antes de cubrir algunos Medicamentos con receta y Suministros relacionados, incluso algunos Medicamentos de alto costo y Medicamentos de especialidad para el tratamiento de afecciones tales como alergias, asma, diabetes, colesterol alto, salud mental y acidez estomacal. También es posible que le solicitemos que pruebe Medicamentos con receta y Suministros relacionados similares, incluso Medicamentos de especialidad, que se ha determinado que son seguros, efectivos y más convenientes en función de los costos para la mayoría de

las personas que tienen la misma afección. Los Medicamentos con receta y los Suministros relacionados que requieren Tratamiento escalonado pueden identificarse en la Lista de medicamentos con receta incluida en www.mycigna.com. Si Su Médico le receta un medicamento que figura en la lista de Tratamiento escalonado, después de que Usted despache inicialmente el Medicamento, Usted y Su Médico recibirán una carta de Cigna para informarle sobre el Medicamento de Tratamiento escalonado que deberá usar al renovar el Medicamento. Para obtener la Autorización de Tratamiento escalonado, Su Médico debe seguir el Proceso de solicitud de autorización y excepción para Medicamentos con receta y Suministros relacionados que se describe a continuación.

Excepciones para Medicamentos con receta y Suministros relacionados que no están incluidos en la Lista de medicamentos con receta

Si Su Médico le receta un Medicamento con receta o un Suministro relacionado que no está incluido en la Lista de medicamentos con receta de Cigna, el Médico puede solicitarle a Cigna que haga una excepción y acepte cubrir ese medicamento o suministro para Su afección. Para obtener una excepción para un Medicamento con receta o un Suministro relacionado, Su Médico debe seguir el Proceso de solicitud de autorización y excepción para Medicamentos con receta y Suministros relacionados que se describe a continuación.

Proceso de solicitud de autorización y excepción para Medicamentos con receta y Suministros relacionados

Para obtener una excepción, Su Médico puede llamar a Cigna o completar el formulario correspondiente y enviarlo por fax a Cigna para solicitar una excepción. Su Médico puede certificar por escrito que Usted ha usado previamente un Medicamento con receta o Suministro relacionado incluido en la Lista de medicamentos con receta de Cigna o en un Protocolo de tratamiento escalonado, y que el Medicamento con receta o Suministro relacionado ha sido perjudicial para Su salud o no ha sido efectivo para tratar Su afección y, según la opinión de Su Médico, probablemente vuelva a ser perjudicial para Su salud o a ser inadecuado para tratar la afección. Cigna revisará y completará la solicitud de excepción dentro de las 72 horas posteriores a haberla recibido.

Revisión acelerada de una solicitud de Autorización previa, Tratamiento escalonado o Excepción para medicamentos con receta

Su Médico puede solicitar una revisión acelerada si Usted tiene una afección médica que puede poner en grave peligro Su vida, Su salud o Su capacidad para recuperar su funcionamiento pleno, o si Usted se está realizando un tratamiento con un medicamento que no está incluido en la Lista de medicamentos con receta de Cigna. Cigna revisará y completará la solicitud de revisión acelerada dentro de las 24 horas de haberla recibido.

Si la solicitud es aprobada, Su Médico recibirá una confirmación. La Autorización/Excepción se procesará en el sistema de reclamos de farmacia de Cigna para permitirle tener cobertura para dichos Medicamentos con receta o Suministros relacionados. La Autorización se otorgará hasta que Usted ya no use el Medicamento con receta o el Suministro relacionado para el cual se haya aprobado la Autorización o Excepción. Cuando Su Médico le avise que se ha aprobado la cobertura para los Medicamentos que requieren receta médica o los Suministros relacionados, 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 con receta o los Suministros relacionados no fue autorizada.

Apelación de una denegación de Autorización previa, Tratamiento escalonado o Excepción para medicamentos con receta

Si Usted, una persona que actúe en Su nombre, el Médico que recetó el medicamento u otra persona que haya recetado el medicamento no está de acuerdo con la decisión respecto de la cobertura, Usted, una persona que actúe en Su nombre, el Médico que recetó el medicamento u otra persona que haya recetado el medicamento podrán apelar la decisión conforme a las disposiciones de esta Póliza enviando una solicitud por escrito con los motivos por los que deberían cubrirse los Medicamentos con receta o Suministros relacionados. Consulte la sección de esta Póliza titulada "QUÉ HACER CUANDO TENGA ALGUNA QUEJA O APELACIÓN", que describe el proceso de la Revisión independiente externa.

Si tiene alguna pregunta acerca de una solicitud específica de excepciones a la Lista de medicamentos con receta, de Autorización previa o de Tratamiento escalonado, llame a Servicio al cliente al número gratuito que figura en la parte de atrás de Su tarjeta de identificación.

Para conocer los requisitos de Autorización previa que se aplican a los Medicamentos y Suministros con receta, incluso para qué Medicamentos y Suministros con receta se necesita una Autorización, Usted puede:

- llamar a Cigna al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o
- iniciar sesión en <http://www.cigna.com/ifp-drug-list>.

Cobertura de medicamentos nuevos

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 con receta hasta que el equipo de decisiones comerciales de Cigna tome una decisión respecto de la inclusión del medicamento nuevo (o la 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 Comité de P&T hace todo lo razonablemente posible por revisar todos los productos farmacológicos nuevos aprobados por la FDA (o las indicaciones nuevas aprobadas por la FDA) dentro de un plazo de 90 días a partir de su lanzamiento al mercado. El equipo de decisiones comerciales debe hacer todo lo razonablemente posible por revisar un producto farmacológico nuevo aprobado por la FDA (o las indicaciones nuevas) dentro de un plazo de 90 días y debe tomar una decisión sobre cada producto farmacológico nuevo aprobado por la FDA (o cada indicación nueva aprobada por la FDA) dentro de un plazo de 180 días a partir de su lanzamiento al mercado, o debe documentarse una justificación clínica si no se cumple con este plazo.

Cómo funciona el plan

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, 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 el Programa de beneficios establezca específicamente lo contrario) recibido de Proveedores participantes cada Año antes de que esté disponible cualquier beneficio. Una Persona asegurada puede alcanzar su Deducible de dos maneras:

- Cuando una Persona asegurada alcance su Deducible individual, los beneficios de esa Persona asegurada se pagarán en consecuencia, independientemente de que se haya cumplido o no con cualquier Deducible familiar aplicable.
- Si uno o más Miembros de la familia están cubiertos por esta Póliza, 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 individual ni familiar durante el resto de ese Año.

Desembolso máximo

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

- El Desembolso máximo individual es una acumulación de Gastos cubiertos. Incluye Deducibles, Copagos y Co-seguros por Servicios médicos y de farmacia cubiertos. Una vez que se haya cumplido con el Desembolso máximo individual correspondiente al Año por Servicios cubiertos, Usted ya no será responsable de pagar ningún Co-seguro ni Copago por los servicios médicos o de farmacia 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. La cantidad del Desembolso máximo individual se describe en la sección “Programa de beneficios” de esta Póliza.
- El Desembolso máximo familiar se aplica si Usted tiene un plan familiar y Usted y uno o más de los Miembros de Su familia se encuentran Asegurados en virtud de esta Póliza. Es una acumulación de los Gastos cubiertos individuales, incluidos Deducibles, Copagos y Co-seguros por Servicios médicos y de farmacia cubiertos, pagados por cada Miembro de la familia por Gastos cubiertos correspondientes a Servicios médicos cubiertos durante un Año. Si Usted cubre a otro(s) Miembro(s) de Su familia, los Servicios cubiertos de cada Persona asegurada se acumulan 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 alcanzado el Desembolso, el Grupo familiar ya no tendrá que pagar ningún Deducible, Co-seguro ni Copago por Gastos cubiertos incurridos durante el resto de ese Año. Las cantidades del Desembolso máximo individual y familiar se describen en la sección “Programa de beneficios” de esta Póliza.

Multas

Una Multa es una cantidad de Gastos cubiertos que:

- No cuenta para ningún Deducible;
- No cuenta para el Desembolso máximo; 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 como paciente internado pueden estar sujetas a una Multa si Su Proveedor no obtiene Autorización previa.
- Los Servicios de instalaciones quirúrgicas independientes para pacientes en consulta externa pueden estar sujetos a una Multa por admisión si Su Proveedor no obtiene una Autorización previa.
- Determinados procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico para pacientes en consulta externa requieren una Autorización previa. Si Su Proveedor no obtiene una Autorización previa para dicho procedimiento quirúrgico o de diagnóstico para pacientes en consulta externa, Su Proveedor puede ser responsable del pago de una Multa, por admisión o por procedimiento.
- Se requiere autorización antes de otras admisiones específicas y antes de recibir otros servicios y procedimientos determinados. Si no obtiene una 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.

BENEFICIOS/COBERTURA (LO QUE ESTÁ CUBIERTO)

Beneficios médicos (en orden alfabético en inglés)

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

Para cumplir con los requisitos para recibir beneficios en virtud de esta Póliza, el Proveedor debe contar con la debida licencia, de conformidad con las leyes estatales y locales, y estar autorizado para prestar servicios dentro del marco para el cual lo habilitan su licencia y acreditación.

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 la 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 prestados por un Proveedor Fuera de la red (no participante) no están cubiertos, excepto los Servicios de emergencia.

Si Usted es un paciente internado en un Hospital, una Instalación de enfermería especializada o una instalación de rehabilitación para pacientes internados el día en que comience Su cobertura, Nosotros pagaremos beneficios por los Servicios cubiertos que Usted reciba en Su primer día de cobertura o después de dicha fecha en relación con esa estancia como paciente internado, siempre que reciba los Servicios cubiertos de acuerdo con los términos de esta Póliza. Estos beneficios están sujetos a las obligaciones de cualquier compañía de seguros anterior en virtud de un contrato o ley estatal.

Servicios de ambulancia

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

Esta Póliza brinda beneficios por Gastos cubiertos incurridos en concepto de 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 una 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 solamente 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 asociados del Hospital o la instalación para la atención dental para Personas aseguradas están cubiertos si se aplican las siguientes condiciones: (a) la Persona asegurada tiene una afección peligrosa desde el punto de vista físico, mental o médico; (b) la anestesia local no es eficaz para la Persona

asegurada porque tiene una infección aguda, variaciones anatómicas o alergia; (c) la Persona asegurada no colabora en absoluto, es imposible de manejar, está ansiosa o no comunica sus necesidades dentales, y se considera suficientemente importante que la atención dental no se postergue; o (d) la Persona asegurada ha sufrido un traumatismo dental y orofacial importante.

Trastornos del espectro autista

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

Se pagarán beneficios para el tratamiento de Trastornos del espectro autista.

Los siguientes servicios están cubiertos:

- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla para pacientes en consulta externa en un consultorio médico, cuando las receta un médico como médicamente necesarias.
- Terapia de análisis conductual aplicado (ABA, por sus siglas en inglés), que incluye consultas, atención directa, supervisión o tratamiento, o cualquier combinación de ellos, a través de Proveedores de servicios para el 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 para rehabilitación cardíaca y pulmonar

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

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos incurridos por rehabilitación pulmonar 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 un establecimiento recreativo, 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.

Cigna Telehealth Connection

Cigna Telehealth Connection es un Servicio cubierto proporcionado a través de medios Virtuales. Cigna Telehealth Connection incluye dos componentes:

- **Programa Cigna Telehealth Connection:** Se brindan servicios para el tratamiento de afecciones médicas agudas menores, como resfríos, gripe y dolor de oídos, a través de un grupo específico de Proveedores conocidos como Médicos de Cigna Telehealth Connection. Puede encontrarlo en www.mycigna.com. Puede acceder a los Médicos de Cigna Telehealth Connection ingresando en www.mycigna.com y haciendo clic en *Find a Doctor, Dentist or Facility* (Buscar un médico, un dentista o una instalación); escriba *Telehealth/Telemedicine/eVisit* (Telesalud/Telemedicina/Visita electrónica) en *search criteria* (criterios de búsqueda).

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 Cigna Telehealth Connection ingresando en myCigna.com. Luego vaya a la página *Find a Doctor* (Buscar un médico) y haga clic en *Cigna Telehealth Connection*.

Si el Médico de Cigna Telehealth Connection considera que Su afección no puede tratarse de manera óptima mediante contacto remoto, le referirá a Su PCP para que reciba tratamiento o para que le 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, incluidos los antecedentes y los síntomas actuales.
- Diagnóstico de la afección.
- Receta de medicamentos para tratar la afección, según corresponda.
- Instrucciones de alta por correo electrónico.

Usted tiene la opción de que se le envíen a Su Médico habitual los registros de cada visita a un Médico de Cigna Telehealth Connection por una afección médica aguda menor.

- **Otros servicios de Cigna Telehealth Connection:** El segundo componente de este beneficio también está disponible a través de cualquier Médico que desee brindar Servicios cubiertos apropiados a través de medios Virtuales y esté calificado para hacerlo. Nota: Este beneficio no incluye el Servicio de Médicos de Cigna Telehealth Connection descrito previamente.

Esta Póliza cubre los Servicios de telesalud/telemedicina como si se tratara de cualquier otro beneficio médico. Para obtener una descripción completa de los servicios, consulte la sección “Definiciones” de esta Póliza.

Labio o paladar leporino

Se pagarán beneficios por servicios relacionados con el labio/paladar leporino para recién nacidos y, si corresponde, para niños mayores y adultos cuando se consideren Médicamente necesarios. Los beneficios incluirán: (a) cirugía bucal y facial, tratamiento quirúrgico y atención de seguimiento brindados por cirujanos plásticos y bucales; (b) tratamientos protésicos, como obturadores, dispositivos para el habla y dispositivos para la alimentación; (c) tratamiento ortodóncico médicamente necesario; (d) tratamiento prostodóncico médicamente necesario; (e) terapia de habilitación del habla; (f) tratamiento de otorrinolaringología; y (g) evaluaciones y tratamientos audiológicos.

Estudios clínicos

Se pagarán beneficios por todos los costos de atención de rutina de los pacientes relacionados con un estudio clínico aprobado realizado por un Proveedor participante, incluso las fases I a IV, para tratar el cáncer o afecciones discapacitantes, progresivas o con riesgo de vida para una Persona asegurada que cumpla con los siguientes requisitos:

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

- 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 centro o grupo cooperativo de cualquiera de las entidades descritas en los puntos (i) a (vi) o del 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 médicos.
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 atención médica, incluidos medicamentos, artículos, dispositivos y servicios que Cigna cubriría habitualmente para una Persona asegurada que no está inscrita en un estudio clínico, entre los que se incluyen:

- Servicios que suelen brindarse sin que haya un estudio clínico.
- Servicios que se requieren únicamente para suministrar el medicamento, artículo, dispositivo o servicio en investigación.
- Servicios que se requieren para efectuar un control clínicamente apropiado del medicamento, dispositivo, artículo o servicio en investigación.
- Servicios brindados para la prevención de complicaciones que puedan surgir al suministrar el medicamento, dispositivo, artículo o servicio en investigación.
- Atención razonable y necesaria que pueda surgir al suministrar el medicamento, dispositivo, artículo 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 lo siguiente:

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 por la administración de la investigación relacionada con el estudio clínico.
4. Cualquier parte del estudio clínico pagada por un gobierno o una industria biotécnica, farmacéutica o médica.
5. Cobertura de cualquier medicamento o dispositivo que pague el fabricante, distribuidor o Proveedor de dicho medicamento o dispositivo.
6. Gastos externos relacionados con la participación en el estudio clínico, que incluyen, a modo de ejemplo, viaje, alojamiento y otros gastos en los que pueda incurrir un participante o una persona que acompaña a un participante.

Atención dental

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

Esta 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 se hayan dañado 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 esta Póliza.

Tratamiento de la diabetes

Se pagarán beneficios por Equipos para la diabetes, Capacitación para el autocontrol de la diabetes y Productos farmacéuticos para la diabetes y Suministros para personas diabéticas insulino dependientes y no insulino dependientes que tengan niveles elevados de azúcar en sangre debido a un embarazo u otras afecciones médicas:

- Cargos por Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) relacionados con la diabetes, incluidos los dispositivos podiátricos; no se aplicará ningún límite del plan sobre los DME para los DME relacionados con la diabetes. Bombas de insulina y accesorios.
- Cargos por capacitación brindada por un Médico, incluido un podólogo con educación reciente en control de la diabetes, pero que se limitarán a lo siguiente:
 - (a) visitas Médicamente necesarias cuando se diagnostique diabetes;
 - (b) visitas luego de un diagnóstico de un cambio significativo en los síntomas o las afecciones que justifica un cambio en el autocontrol;
 - (c) visitas cuando el Médico indique una capacitación de reeducación o actualización; y
 - (d) terapia de nutrición médica relacionada con el control de la diabetes.

Equipo médico duradero

Esta póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos por cargos por la compra o el alquiler de equipos médicos duraderos indicados y recetados por un Médico, y brindados por un proveedor aprobado por Cigna para su uso fuera de un Hospital u otras instalaciones de atención médica.

A los fines de este beneficio, el Equipo médico duradero se define como los objetos diseñados para poder soportar el uso reiterado 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 movilizar 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 la hematología/inyecciones: brazaletes para medir la presión arterial, lapiceras de insulina e inyecciones 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, equipo magnético, balanzas (para bebés y adultos) y deslizadores para escaleras.
- Alquiler o compra de equipos y/o suministros médicos que cumplan 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;
- y han sido específicamente fabricados para uso médico.

Nota: Los equipos y suministros médicos deben cumplir con **todas** las pautas anteriores para poder recibir beneficios en virtud de esta 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 debe incluirse en la 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, a menos que Cigna haya determinado previamente que el equipo está incluido en la categoría de alquiler continuo y requiere mantenimiento y servicio con frecuencia.

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 proporcionados por un Proveedor calificado de servicios de intervención temprana a una persona que cumpla con los requisitos. Los Servicios de intervención temprana especificados en un IFSP calificarán como servicios de atención médica Médicamente necesarios según lo estipulado por los planes de seguro de salud privados. La persona debe residir dentro de Colorado para poder participar en este programa.

Un “IFSP” es un Plan individualizado de servicios familiares (por sus siglas en inglés) por escrito, que autoriza los servicios de intervención temprana para una persona que cumpla con los requisitos y su familia. Un “Proveedor calificado de servicios de intervención temprana” o “Proveedor calificado” es una persona o agencia que brinda servicios de intervención temprana y figura en el Registro de servicios de intervención temprana.

La cobertura estará disponible anualmente para una persona que cumpla con los requisitos y tenga retrasos significativos en el desarrollo o tenga diagnosticada una afección física o mental con una alta probabilidad de provocar retrasos significativos en el desarrollo.

Los Servicios de intervención temprana NO incluyen:

- Transporte médico que no es de emergencia;
- Atención de relevo;
- Coordinación de servicios que no sean servicios de administración de casos; y
- Tecnología de asistencia. No obstante, es posible que la tecnología de asistencia esté cubierta por las disposiciones de beneficios para equipos médicos duraderos de la póliza.

La cobertura no estará sujeta a Deducibles ni Copagos.

Aparatos y dispositivos protésicos externos

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

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos realizados 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 la totalidad o parte de un brazo o una pierna”. 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 de Proveedores en país extranjero

Esta 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

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos por cargos cobrados por pruebas genéticas que utilicen 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.
- 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 realizará 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).

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos por servicios que ayuden a una persona a conservar, aprender o mejorar las habilidades y funciones para la vida cotidiana, proporcionados de manera semejante y adicional a cualquier servicio de rehabilitación ofrecido en el plan de beneficios de salud esenciales (EHB, por sus siglas en inglés) de referencia de Colorado. En este contexto, “semejante” significa del mismo tipo y sustancialmente equivalente en alcance, cantidad y duración. Definir los beneficios de habilitación de esta manera brinda beneficios de habilitación a la par con aquellos ofrecidos actualmente en la rehabilitación y refleja la utilización actual en el campo de la rehabilitación. Se pagarán beneficios según lo establecido en el Programa de beneficios.

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos incurridos en concepto de los siguientes servicios de rehabilitación:

- Uso terapéutico del calor, del frío, del ejercicio, de la electricidad o de 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; y
- Servicios diseñados para ayudar a un niño a desarrollar una función física, del habla o mental que no se desarrolló normalmente o que se demoró en forma significativa en relación con el período de desarrollo normal.

Los beneficios se proporcionan hasta alcanzar cualquier cantidad máxima de visitas que se indique 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 brinden 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:

Es posible que se cubran visitas adicionales para Servicios de habilitación que superen el máximo indicado en el Programa de beneficios si Cigna determina que es probable que el tratamiento adicional genere una mejoría significativa a través de una reducción cuantificable del impedimento de la Persona asegurada. Cigna debe autorizar dichas visitas adicionales antes de que se proporcione el tratamiento.

Servicios de audición

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

Este Plan brinda los siguientes beneficios para servicios de audición:

- Pruebas de audición y exámenes relacionados para determinar la necesidad de corregir la audición para todas las edades.
- Aparatos auditivos y servicios audiológicos hasta los dieciocho (18) años para niños que tengan una pérdida de audición que haya sido verificada por un Médico con licencia y un audiólogo con licencia.
- Se pagarán beneficios como si se tratara de cualquier otra afección médica. Los beneficios están sujetos a la Autorización previa y son beneficios cubiertos solamente 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 reemplazo, no más de una vez cada 3 años.
- Un nuevo aparato auditivo cuando alterar el aparato auditivo existente no pueda satisfacer adecuadamente las necesidades del niño.

- Servicios y suministros, entre los que se incluyen, a modo de ejemplo, la evaluación inicial, la colocación, los ajustes y la capacitación auditiva proporcionada conforme a los estándares profesionales aceptados.

La cobertura NO incluye:

- Pruebas para determinar un modelo de aparato auditivo apropiado.
- 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).

Se proporcionarán beneficios cuando se necesiten Servicios de salud en el hogar como una alternativa a la hospitalización o en lugar de una hospitalización (no se requiere hospitalización previa). Los Servicios de salud en el hogar deben proporcionarse conforme a lo indicado por escrito por el Médico que brinde tratamiento para la Enfermedad o Lesión que necesite Servicios de salud en el hogar, y según un plan de cuidados 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 en total, independientemente de la cantidad de días por semana; y deben durar menos de 8 horas por día. Es posible que se apruebe, según el caso, tiempo adicional hasta un máximo de 35 horas por semana, pero menos de 8 horas por día.

Los siguientes servicios están cubiertos:

- Servicios de enfermería profesionales de una Enfermera titulada.
- Servicios de un asistente de enfermería certificado bajo la supervisión de una Enfermera titulada o un terapeuta calificado.
- Servicios de un terapeuta con licencia para fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y audiología, o terapia respiratoria y de inhalación.
- Asesoría nutricional proporcionada por un nutricionista o dietista.
- Servicios sociales médicos.
- Suministros médicos necesarios proporcionados por la Agencia de salud en el hogar.
- Prótesis y aparatos ortopédicos.
- Alquiler o compra de equipos médicos duraderos suministrados 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 no son gastos cubiertos:

- Servicios o suministros para comodidad o conveniencia personal, incluidos los Servicios domésticos.
- Servicios relacionados con la atención de rutina para bebés.
- Servicios de alimentos o comidas, excepto la asesoría en materia de alimentación o la alimentación por sonda.

Programa de servicios especiales:

Si a una Persona asegurada le diagnostican una enfermedad terminal con una esperanza de vida de 1 año o menos, pero no está lista para elegir la atención para enfermos terminales, la Persona asegurada podrá participar en el Programa de servicios especiales, que permite recibir hasta 15 visitas de atención médica en el hogar de por vida. La Persona asegurada estará cubierta por el Programa de servicios especiales hasta que elija la cobertura de atención para enfermos terminales. La Persona asegurada puede estar o no recluida en el hogar o puede tener o no necesidades de atención de enfermería especializada; o puede necesitar solamente cuidados espirituales o emocionales. Los servicios son proporcionados por profesionales con capacitación específica en cuestiones relacionadas con el final de la vida.

Servicios para enfermos terminales

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

Se proporcionarán beneficios para Servicios para enfermos terminales cuando dichos servicios se brinden bajo la supervisión activa de una Instalación para enfermos terminales que sea responsable de coordinar todos los servicios de Atención para enfermos terminales, independientemente del lugar o la instalación donde se proporcionen dichos servicios. Los beneficios se proporcionarán solamente para Personas aseguradas que tengan una enfermedad terminal y una esperanza de vida de seis meses o menos. No obstante, si el paciente supera el pronóstico de esperanza de vida de seis meses, los beneficios continuarán del mismo modo por un Período de beneficios adicional, según lo definido en la Póliza. Una vez que se hayan agotado tres Períodos de beneficios, Nuestro equipo de administración de casos trabajará con el Médico a cargo de la atención del paciente y con el director médico de la Instalación para enfermos terminales para determinar si corresponde continuar con la Atención para enfermos terminales.

Un Médico deberá certificar por escrito la Enfermedad de la Persona asegurada, el pronóstico de esperanza de vida y si es apropiado brindar Atención para enfermos terminales. También es posible que solicitemos una copia del plan de cuidados de la Persona asegurada y cualquier cambio realizado en el Nivel de atención para enfermos terminales o el plan de cuidados. Los servicios y cargos incurridos por una Enfermedad o Lesión que no esté relacionada se procesarán conforme a las disposiciones de la Póliza aplicables a todas las demás Enfermedades y Lesiones.

Servicios de atención en el hogar de rutina para enfermos terminales:

Se proporcionarán beneficios por cargos incurridos para los siguientes servicios de Atención en el hogar de rutina para enfermos terminales conforme al plan de cuidados de la Instalación para enfermos terminales:

- Servicios de enfermería profesionales intermitentes y de guardia las 24 horas proporcionados por una Enfermera titulada o bajo su supervisión.
- Servicios sociales y de psicoterapia intermitentes y de guardia las 24 horas.
- Servicios de un asistente de enfermería certificado o servicios de enfermería delegados a otras personas conforme al artículo 12-38-132 del C.R.S.

Todos los demás Servicios para enfermos terminales:

Se proporcionarán beneficios como para cualquier otra afección médica para los siguientes Servicios adicionales para enfermos terminales:

- Atención general como paciente internado (aguda) a corto plazo para enfermos terminales o Atención en el hogar continua que pueda requerirse durante un período de crisis para el control del dolor o el manejo de los síntomas. Se requiere Autorización previa, excepto para emergencias, los fines de semana o feriados, o cuando se necesite la transferencia a un nivel de atención más alto fuera de Nuestro horario de atención habitual, siempre que la Instalación para enfermos terminales obtenga autorización el primer día hábil posterior.
- Suministros médicos.
- Medicamentos y productos biológicos.
- Prótesis y aparatos ortopédicos.
- Oxígeno y suministros respiratorios.
- Pruebas de diagnóstico.
- Alquiler o compra de equipos médicos duraderos.
- Transporte.
- Servicios de Médicos.
- Terapias, como fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia respiratoria.
- Asesoría nutricional proporcionada por un nutricionista o dietista.
- Servicios de apoyo para el duelo para la familia de la persona fallecida durante el período de 12 meses posterior a la muerte.
- Medicamentos paliativos de acuerdo con las pautas del formulario de medicamentos.

- Servicios de voluntarios.

Servicios y suministros de Hospitales o Instalaciones quirúrgicas independientes 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, esta Póliza brinda los beneficios indicados para 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.
- Servicios de enfermería privada como parte de la atención hospitalaria como paciente internado, cubiertos solamente si se determina que son médicamente necesarios.
- La fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla están cubiertas como parte de la atención hospitalaria como paciente internado si, a criterio de un médico, puede lograrse una mejoría significativa dentro de un período de 2 meses.
- Los 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).

Esta Póliza brinda cobertura para los siguientes Servicios, que incluyen radiografías y procedimientos de laboratorio:

- servicios para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad involuntaria; e
- inseminación artificial, excepto la donación de esperma, la donación de óvulos y los Servicios relacionados con la obtención y el almacenamiento.

Mastectomía y procedimientos relacionados

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos por 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 linfedemas, independientemente de que la mastectomía se haya realizado o no 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 estética 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, provocados por un defecto en un gen en particular involucrado en el metabolismo de aminoácidos, ácidos orgánicos, ácidos grasos y alergias graves a las proteínas en recién nacidos, lo cual incluye, a modo de ejemplo, el diagnóstico de las siguientes afecciones: fenilcetonuria; fenilcetonuria materna; enfermedad urinaria del “jarabe de arce”; tirosinemia; homocistinuria; histidinemia; trastornos del ciclo de la urea; hiperlisinemia; acidemias glutáricas; acidemia metilmalónica; acidemia propiónica; alergias mediadas y no mediadas por inmunoglobulina E a múltiples proteínas alimentarias; síndrome grave de enterocolitis inducida por proteínas de los alimentos; trastornos eosinofílicos, según lo prueben los resultados de una biopsia; y dificultades en la absorción de nutrientes ocasionadas por trastornos que afectan la superficie de absorción, la función, la longitud y la motilidad del tubo digestivo. “Alimentos médicos” significa fórmulas metabólicas con receta y sus equivalentes modulares, obtenidas a través de una farmacia, que estén específicamente designadas y fabricadas para el tratamiento de trastornos enzimáticos hereditarios, sin incluir la fibrosis quística ni los trastornos de intolerancia a la lactosa o 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 Trastornos 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 los trastornos o enfermedades mentales de naturaleza biológica), o el Trastorno 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 pueda 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 se encuentran cubiertos solamente por la cantidad de días o de visitas que sean Médicamente necesarios para tratar la afección de la Persona asegurada.
- Los servicios para pacientes internados deben recibirse en un Hospital o una Instalación de tratamiento residencial.

Servicios y suministros de Instalaciones de servicios de rehabilitación multidisciplinarios

Cubriremos el tratamiento durante un máximo de dos (2) meses por afección, por año, en un programa de servicios de rehabilitación multidisciplinarios organizados en una Instalación de enfermería especializada o instalación designada. Cubriremos los servicios de rehabilitación multidisciplinarios mientras Usted esté 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 tejidos

(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”).

Se brinda cobertura para servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos en instalaciones designadas en todos los Estados Unidos. También se brinda cobertura para servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos en otras instalaciones Participantes (Dentro de la red) de Cigna que tengan un contrato con Cigna para brindar servicios de trasplante. Los servicios de trasplante incluyen procedimientos de órganos sólidos y médula ósea/células madre. Esta cobertura está sujeta a las siguientes condiciones y limitaciones:

Se brinda cobertura tanto para el receptor como para el donante de un trasplante cubierto de la siguiente forma:

- Si tanto el donante como el receptor tienen cobertura de la misma aseguradora, el programa de cada uno pagará sus respectivos beneficios.
- Si Usted es el receptor del trasplante, y el donante del trasplante no tiene cobertura de ninguna otra fuente, se brindarán los beneficios en virtud de este plan tanto para Usted como para el donante. En este caso, los pagos realizados al donante se imputarán a Sus beneficios.
- Si Usted es el donante del trasplante y no tiene cobertura de ninguna otra fuente, se le brindarán los beneficios en virtud de este plan. Sin embargo, no se pagarán beneficios al receptor.

Se brindará cobertura para:

- Servicios cubiertos para pacientes internados y en consulta externa relacionados con la cirugía de trasplante. Los servicios de trasplante incluyen los servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios; los medicamentos inmunosupresores para pacientes internados; y los costos para la obtención de los órganos o de la médula ósea/células madre. Los servicios de trasplante están cubiertos solo si son necesarios para realizar alguno de los siguientes trasplantes de órganos o tejidos de un ser humano a otro: alogénico de médula ósea/células madre, autólogo de médula ósea/células madre, de córnea, corazón, corazón/pulmón, riñón, riñón/páncreas, riñón/hígado, hígado, pulmón, páncreas o intestino, que incluye intestino delgado, intestino delgado/hígado o multivisceral.
- La evaluación, preparación y entrega del órgano del donante.
- La extirpación del órgano del donante. La cobertura para los costos de obtención de órganos se limitará a los costos directamente relacionados con la obtención de un órgano, ya sea de un cadáver o de un donante vivo. Los costos de la obtención del órgano consisten en la intervención quirúrgica necesaria para la extirpación del órgano, el transporte del órgano y el transporte, la hospitalización y la cirugía del donante vivo. Los cargos por pruebas de compatibilidad realizadas antes de la obtención gozan de cobertura si resultan Médicamente necesarias. También están cubiertos los costos relacionados con la búsqueda y la identificación de un donante de médula ósea o células madre para un trasplante alogénico.
- El transporte del órgano del donante a la ubicación de la Cirugía de trasplante. Los beneficios se limitarán al transporte del órgano del donante en los Estados Unidos o Canadá. Solo se proporcionarán beneficios en una instalación de Cigna LIFESOURCE Transplant Network® designada.

No puede denegarse el reembolso de un Gasto cubierto incurrido por cualquier procedimiento de trasplante de órganos exclusivamente porque dicho procedimiento se considere Experimental o En investigación, a menos que la Oficina de Evaluación de Tecnología para la Atención Médica de la Agencia de Políticas e Investigación de la Atención Médica del Departamento de Salud y Servicios Humanos federal determine que dicho procedimiento es Experimental o está En investigación, o que haya una experiencia o datos suficientes para determinar si un procedimiento de trasplante de órganos es clínicamente aceptable.

Los servicios de Trasplante recibidos en instalaciones de Proveedores participantes (Dentro de la red) que tengan un contrato con Cigna para brindar dichos servicios de Trasplante se pagarán al nivel Dentro de la red.

NOTA: Algunas instalaciones de Proveedores Dentro de la red NO tienen un contrato con Cigna para brindar servicios de trasplante. Si Usted opta por recibir servicios de trasplante en una instalación Dentro de la red que no tenga un contrato con Cigna para brindar servicios de trasplante, dichos servicios se cubrirán al nivel de beneficios Fuera de la red del Plan. Para averiguar si una instalación Dentro de la red tiene un contrato con Cigna para brindar servicios de trasplante, comuníquese con Su administrador de casos de Cigna o llame al número que figura en Su tarjeta de identificación.

Los servicios de trasplante que se reciban en cualquier otra instalación, incluidos los Proveedores no participantes (Fuera de la red) y los Proveedores participantes (Dentro de la red) que Cigna no haya contratado específicamente para brindar tales servicios, no están cubiertos.

Servicios de viaje para trasplantes

Se brinda cobertura para gastos de transporte y alojamiento incurridos por Usted en relación con un trasplante de órganos/tejidos preaprobado que, si fuera reembolsado por Cigna, sería caracterizado por el Servicio de Impuestos Internos como un ingreso no imponible conforme a la Publicación 502 y estaría sujeto a las siguientes condiciones y limitaciones. Los beneficios de transporte y alojamiento están a Su disposición únicamente si Usted es el receptor de un trasplante de órganos/tejidos preaprobado de una instalación de Cigna LIFESOURCE Transplant Network® designada. El término "receptor" incluye a una Persona asegurada que recibe servicios relacionados con un trasplante autorizado durante cualquiera de los siguientes momentos: (a) evaluación, (b) candidatura, (c) trasplante propiamente dicho o (d) atención posterior al trasplante. Los gastos de viaje para el Afiliado que reciba el trasplante incluirán los Cargos correspondientes a:

- transporte hacia y desde el sitio del trasplante (incluidos los Cargos de alquiler de un automóvil para usar durante el período de atención en la instalación donde se realice el trasplante); y
- alojamiento mientras se encuentre en el sitio del trasplante o mientras esté viajando hacia y desde el sitio.

Además de Su cobertura para los Servicios cubiertos asociados con los conceptos precedentes, dichos Servicios cubiertos también se considerarán gastos de viaje cubiertos para un acompañante que viaje con Usted. El término "acompañante" incluye a Su cónyuge, un miembro de Su familia, Su tutor legal o cualquier persona que no tenga relación con Usted, pero que participe activamente en Su atención y que tenga al menos dieciocho (18) años.

Se excluyen específicamente los siguientes gastos de viaje:

- costos de viaje incurridos debido a un viaje dentro de menos sesenta (60) millas de Su hogar;
- alimentos y comidas;
- facturas de lavandería;
- facturas de teléfono;
- productos con alcohol o tabaco; y
- gastos de transporte en aerolíneas que superen las tarifas de clase económica.

Nota: Los beneficios de viaje para trasplante no están disponibles para trasplantes de córnea.

Los Servicios de viaje para trasplantes solo están disponibles cuando la Persona asegurada sea la receptora de un trasplante de órganos/tejidos. Los gastos de viaje del donante vivo designado para un receptor cubierto están cubiertos sujetos a las mismas condiciones y limitaciones mencionadas arriba. Los cargos por los gastos del acompañante de un donante no están cubiertos. No se brindan beneficios cuando la Persona asegurada es donante.

Los gastos de viaje para trasplantes de órganos y tejidos están sujetos a cualquier límite máximo indicado en el Programa de beneficios.

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 sostener, alinear, prevenir o ayudar a aumentar el uso de una extremidad o parte del cuerpo que funciona mal, que limita o impide el movimiento de una parte del cuerpo débil o que funciona mal. Un ejemplo de un aparato ortopédico es una rodillera. Se proporcionan beneficios para la compra y los accesorios necesarios para aparatos ortopédicos. La cobertura también incluye ajustes y reparaciones, siempre que los ajustes o las reparaciones no resulten necesarios porque la persona realizó un uso indebido de los aparatos o los perdió. La cobertura de los beneficios se limita al modelo más apropiado que satisfaga adecuadamente las necesidades médicas del miembro.

Atención para el embarazo y la maternidad

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

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

Todos los beneficios integrales que se describen en este 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 “Elegibilidad”.

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 después de un parto caen después de las 8:00 p.m., la cobertura continuará hasta las 8:00 a.m. de la mañana siguiente); y de 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones (si las 96 horas después de una cesárea caen después de las 8:00 p.m., la cobertura continuará hasta las 8:00 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, lo cual incluye una visita al hogar del recién nacido durante la primera semana de vida si el recién nacido recibe el alta hospitalaria menos de 48 horas después del parto.

Esta Póliza brinda beneficios para complicaciones del embarazo. Hay beneficios disponibles para otros servicios de atención por embarazo y maternidad según se indica arriba en la sección “Atención para el embarazo y la 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 o la enfermera partera), después de consultarlo con la madre, da de alta antes a la madre o al recién nacido.

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, que incluyen: orientación y asesoría para el Trastorno de consumo de sustancias, consumo indebido de alcohol, consumo de tabaco, obesidad, ejercicio y dieta saludable/asesoría nutricional.
- Dos Intentos de dejar de fumar (máximo de 4 sesiones de asesoría por intento); los Medicamentos con receta para el tratamiento para dejar de fumar están cubiertos por el beneficio de Medicamentos con receta.
- Un examen anual de detección del cáncer de seno con mamografía, examen de Papanicolaou anual, examen anual de detección del cáncer de próstata, que incluye un análisis de sangre para la detección del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés), examen de detección colorrectal para todas las personas de alto riesgo y el costo total de la vacuna para 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, cuidado preventivo y exámenes de detección basados en evidencias contemplados en las pautas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud.
- 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 (excepto las vacunas contra la malaria), 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 con 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 implantes estéticos y dentales.
- Procedimientos quirúrgicos de esterilización (como vasectomía y/o ligaduras de trompas).
- Prótesis/aparatos y dispositivos protésicos, miembros u ojos artificiales.
- Los aparatos protésicos/médicos internos que brindan soporte funcional interno permanente o transitorio para partes del cuerpo no funcionales están cubiertos. La reparación, mantenimiento o reemplazo Medicamente 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 con receta 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. La fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla Medicamente necesarias estarán cubiertas para las Personas aseguradas con defectos congénitos y anomalías de nacimiento. Se proporcionará terapia independientemente de que una afección sea aguda o crónica, e independientemente de que el objetivo de la terapia sea mantener o mejorar la capacidad funcional.

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

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

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos incurridos en concepto de los siguientes servicios de rehabilitación:

- Uso terapéutico del calor, del frío, del ejercicio, de la electricidad o de 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 proporcionan hasta alcanzar cualquier cantidad máxima de visitas que se indique 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 brinden 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:

Es posible que las visitas adicionales para Fisioterapia, Terapia ocupacional o Terapia del habla que superen la cantidad máxima que se indica en el Programa de beneficios estén cubiertas en caso de traumatismo grave, como por ejemplo:

- la hospitalización de un paciente debido a un traumatismo grave, como Lesión de la columna o derrame cerebral; y
- si Cigna determina que es probable que el tratamiento adicional provoque una mejoría 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, esta 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 una habitación doble vigente en la instalación. La fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla están cubiertas como parte de la atención de enfermería especializada si, a criterio de un médico, puede lograrse una mejoría significativa dentro de un período de 2 meses.

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

- Usted y los Miembros de Su familia deben ser referidos por un Médico a la Instalación de enfermería especializada.
- Los servicios deben ser aquellos que la Instalación de enfermería especializada brinda y factura habitualmente.
- Los servicios deben ser acordes con la Enfermedad, la Lesión, el grado de incapacidad y las necesidades médicas. Los beneficios 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 trate la Enfermedad o Lesión por la cual estén 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 Instalaciones de enfermería especializada que superen el máximo de días cubiertos por Año.

Telesalud/Telemedicina

Los beneficios para telemedicina se pagarán 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 audio interactivo, video interactivo o comunicación interactiva de datos. Para obtener una descripción completa de los servicios, consulte la sección “Definiciones” de esta Póliza.

Nota: Este beneficio no incluye los Servicios de Cigna Telehealth Connection.

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) se cubren 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., frenillos y otros aparatos de ortodoncia) no están cubiertos por esta Póliza para ningún diagnóstico, incluida la TMJ.

Servicios para personas transgénero

Se pagarán beneficios para procedimientos, cirugía o tratamientos para cambiar características del cuerpo por las del sexo opuesto cuando dichos servicios se consideren Médicamente necesarios o cumplan de otra forma con los requisitos de cobertura aplicables.

Beneficios de Medicamentos con receta

Gastos cubiertos

Si una Persona asegurada, mientras cuenta con la cobertura de esta Póliza, incurre en gastos por cargos cobrados por una Farmacia, por Medicamentos con receta 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 con receta y Suministros relacionados Médicamente necesarios indicados a través de una receta emitida a Usted o los Miembros 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 los Miembros de Su familia por Medicamentos con receta 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.

Lo que está cubierto

- 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 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 con alcohol.

- Medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA. En la actualidad, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) tiene 18 métodos anticonceptivos aprobados diferentes. Todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA están cubiertos por esta póliza sin ningún costo compartido, conforme a lo exigido por la legislación 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 un medicamento para el cáncer si a) el medicamento está reconocido para el tratamiento de ese tipo de cáncer en los compendios de referencia con autoridad según lo identificado por la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; y b) el tratamiento es para una afección cubierta.
- Las gotas para los ojos con receta podrán renovarse antes si la persona asegurada solicita la renovación al menos:
 - (1) 21 días para un suministro para 30 días de gotas para los ojos,
 - (2) 42 días para un suministro para 60 días de gotas para los ojos,
 - (3) 63 días para un suministro para 90 días de gotas para los ojos,
 después de la última fecha en que se haya despechado o renovado el medicamento recetado. La receta original debería indicar que se necesita una cantidad adicional. Permitiremos un frasco adicional si la persona asegurada lo necesita para usarlo en una guardería infantil, una escuela o un programa de cuidados diurnos para adultos. El frasco adicional tiene un límite de un (1) frasco cada tres (3) meses. Los beneficios de gotas para los ojos con receta están sujetos al mismo Deducible anual del plan, Copago o Co-seguro establecido para todos los demás Medicamentos con receta.
- Todas las Recetas de compuestos que no se administren por infusión y que contengan al menos un componente recetado cubierto.
- Medicamentos de especialidad.

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 Administración de Alimentos y Medicamentos 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 estéticos 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 para la cantidad de días que se indica en la sección "Limitaciones" a continuación.
- Los Medicamentos de especialidad para infusión e inyectables con receta pueden requerir Autorización previa o precertificación.

Beneficios de atención de la vista pediátrica

Tenga en cuenta que la red de Servicios 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 que se indique en el Programa de beneficios, cuando corresponda.

Los beneficios se aplicarán hasta el final del mes en el que se alcance esta edad límite.

Nota: Los exámenes de detección de la vista de rutina realizados por un PCP o pediatra se cubren en virtud del beneficio de Servicios preventivos.

Lo que está cubierto

Los Beneficios cubiertos Dentro de la red para Personas aseguradas hasta el final del mes en que la Persona asegurada cumpla 19 años incluyen:

- Exámenes: Una evaluación de la salud de la vista y de los ojos por año realizada por un Optometrista o un Oftalmólogo, que incluye, a modo de ejemplo, examen de la salud de los ojos, dilatación, refracción y recetas para anteojos.
- Lentes de anteojos: Todos los lentes recetados, incluidos prismas, lentes monofocales estándares, bifocales con línea, trifocales con línea, lenticulares y progresivos estándares de policarbonato, vidrio o plástico, incluidos los siguientes accesorios adicionales:
 - Recubrimiento contra rayones
 - Recubrimiento ultravioleta (UV)
 - Lentes extragrandes
 - Colores lisos y en degradé
 - Mínimo del 30% de ahorro* en todas las mejoras adicionales de los lentes que usted elija para sus lentes, que incluyen, a modo de ejemplo: recubrimiento antirreflex; fotocromía (vidrio o plástico); polarizado; lentes de alto índice y estilos de lentes, como bifocales sin línea, intermedios y lentes progresivos prémium.

* La participación del proveedor es 100% voluntaria; consulte a su Profesional de atención de la vista sobre los descuentos ofrecidos.

- Marcos: Un marco para lentes recetados cada dos años de la Colección de marcos pediátricos. Solo los marcos de la Colección de marcos pediátricos se cubren al 100%. Marcos que no pertenecen a la Colección: El costo compartido de la Persona asegurada puede ser hasta del 75% del precio minorista.
- Lentes de contacto opcionales: 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), que incluye los servicios profesionales.
- Se cubre un suministro para un año de Lentes de contacto terapéuticos cada dos años, independientemente del tipo de lentes de contacto, incluidos los servicios profesionales, en lugar de marcos y lentes. 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.

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 u obtener un formulario de reclamo, la Persona asegurada debe visitar myCigna.com y usar el vínculo que se encuentra en la página de cobertura de la vista. También puede llamar a Servicios a los miembros al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación.

LIMITACIONES/EXCLUSIONES (LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO)

Servicios excluidos

Además de las otras exclusiones y limitaciones que se describen en esta Póliza, no se brindan beneficios para lo siguiente:

- 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 entrada en vigor 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, Secciones 4, 5 y 6, 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 juez, a menos que el tratamiento sea médicamente necesario y se encuentre en la lista de servicios cubiertos por este plan.
- Servicios profesionales o suministros recibidos o comprados a Usted.
- Atención de custodia.
- Enfermería privada, salvo cuando se brinde como parte de los Servicios de atención médica en el hogar o los beneficios de Servicios para enfermos terminales en esta Póliza, o según lo dispuesto específicamente en la sección de esta Póliza titulada "Beneficios/Cobertura (Lo que está cubierto)".

- Cargos de cuarto y comida 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 instalaciones similares.
- Servicios recibidos durante una estadía como paciente internado cuando la estadía esté relacionada principalmente con la inadaptación social del comportamiento, la falta de disciplina u otras acciones antisociales que no sean específicamente el resultado de la salud mental.
- Servicios de medicina complementaria y alternativa, entre los que se incluyen: terapia de masajes; terapia con animales, entre otras, a modo de ejemplo, equinoterapia o terapia con perros; arteterapia; meditación; visualización; acupuntura; acupresión; reflexología; *rolfing* (masaje de tejido conectivo); fototerapia; aromaterapia; musicoterapia o terapia del sonido; danzaterapia; terapia del sueño; hipnosis; balanceo de energía; ejercicios de respiración; terapia del movimiento y/o ejercicio, incluidos, a modo de ejemplo, yoga, pilates, taichi, caminata, senderismo, natación y golf; y cualquier otro tratamiento alternativo según lo definido por el National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) de los Institutos Nacionales de Salud. Los servicios específicamente indicados como cubiertos en “Terapia de rehabilitación” y “Terapia de habilitación” no están sujetos a esta exclusión.
- Los servicios o suministros brindados por o en un hogar de ancianos, un asilo de convalecencia o cualquier instalación en la que una parte significativa de las actividades incluyan el descanso, la recreación, el tiempo libre o cualquier otro servicio que no sea un Servicio cubierto.
- Asistencia con las actividades cotidianas, entre las que se incluyen, a modo de ejemplo: bañarse, comer, vestirse u otras actividades de Atención de custodia o de cuidado personal, Servicios domésticos y servicios que sean principalmente para descanso, cuidado en el hogar o de convalecencia.
- Servicios brindados por profesionales sin licencia o servicios cuya realización no requiere una licencia, como 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 que son autodirigidos a instalaciones de diagnóstico independientes u Hospitalarias.
- Servicios indicados por un Médico u otro Proveedor que sea empleado o representante de instalaciones de diagnóstico independientes u hospitalarias, cuando ese Médico u otro 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 se recibe el servicio.

Esta exclusión no se aplica a las mamografías.

- 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, frenillos y otros aparatos ortodóncicos, incluidos los servicios de ortodoncia para la Disfunción de la articulación temporomandibular, a excepción del tratamiento de ortodoncia médicamente necesario para una persona que nació 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, excluido el tratamiento médicamente necesario del labio y el paladar leporino.
- Aparatos auditivos, salvo según lo indicado específicamente en esta Póliza, que incluyen, a modo de ejemplo, dispositivos semiimplantables para la audición, aparatos auditivos de implante óseo y aparatos auditivos implantados en el hueso (BAHA, por sus siglas en inglés), limitados al dispositivo profesionalmente adecuado que sea 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 la sección “Beneficios/Cobertura (Lo que está cubierto)”.
- Exámenes genéticos o exámenes genéticos de preimplantación: el diagnóstico genético general basado en la población es un método de prueba que se realiza cuando no hay ningún síntoma o ningún factor de riesgo significativo comprobado de enfermedades hereditarias de transmisión genética.

- 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.
- Cirugía estética u otros servicios para embellecerse, mejorar o alterar la apariencia o la autoestima, o con el fin de tratar problemas psicológicos o psicosociales relacionados 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 deformidad provocada por una Lesión, una cirugía médicamente necesaria o un defecto congénito de un niño Recién nacido, o para tratar el hemangioma congénito (manchas rojas) en la cara y el cuello de una persona asegurada de 18 años o menos, 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 no médica o servicios auxiliares, que incluyen, a modo de ejemplo, educación, capacitación, rehabilitación vocacional, entrenamiento del comportamiento, biorretroalimentación, neuroretroalimentación, 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, a excepción de lo dispuesto específicamente en esta Póliza. Esta exclusión no se aplica a los servicios de educación de la salud para enfermedades crónicas y cuidado personal sobre temas como el manejo del estrés y la nutrición.
- Servicios y procedimientos para cirugía para retirar piel sobrante, incluidos cirugía de la pared abdominal/paniclectomía, 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.
- Cualquier tratamiento, medicamento con receta, 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 infertilidad, reversiones de esterilizaciones; donación de semen y de óvulos; trasplantes de óvulos; 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 dispuesto 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 no recetados, 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 la supervisión de un Médico; todos los medicamentos no inyectables con receta, los medicamentos inyectables con receta que no requieran la supervisión de un Médico y se consideren comúnmente medicamentos autoadministrados, medicamentos sin receta, medicamentos experimentales y en investigación, y Medicamentos inyectables autoadministrados, excepto según lo indicado en el Programa de beneficios y en la sección “Beneficios de Medicamentos con receta” de esta Póliza.
- Los Medicamentos de especialidad para infusión o inyectables que requieren receta médica que deben ser supervisados por un Médico, a menos que esta Póliza establezca lo contrario, si no fueran proporcionados por un Proveedor participante aprobado designado específicamente para suministrar ese medicamento de especialidad 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), agregados al calzado y 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 para la obesidad patológica, aunque la Persona asegurada tenga otras afecciones médicas que pudieran beneficiarse con una reducción de la obesidad o la pérdida 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 se establezca lo contrario en esta Póliza 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.
- Terapia o tratamiento destinado principalmente a mejorar o mantener la condición física general o con el propósito de mejorar el desempeño laboral, escolar, atlético o recreativo, que incluye, a modo de ejemplo, 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 mejora 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, salvo el Programa de capacitación para el autocontrol de la diabetes, y según lo dispuesto o coordinado específicamente por Cigna.
- Asesoría en materia de nutrición o suplementos alimenticios, salvo según lo indicado en esta Póliza.
- Equipos para realizar ejercicios, artículos para hacer la vida más cómoda y otros equipos y suministros médicos no incluidos específicamente como Servicios cubiertos en la sección "Servicios cubiertos" de esta Póliza. Los equipos médicos excluidos incluyen, a modo de ejemplo: calzado ortopédico o agregados al calzado; 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 para estoma o catéteres urinarios, incluidos, a modo de ejemplo, 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 'Servicios de terapia de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla)' en la sección de esta Póliza titulada "Beneficios/Cobertura (Lo que está cubierto)".
- 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 (Lo que está cubierto)".
- 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 el uso previsto, y dicho tratamiento debe tener probabilidades de generar una mejoría 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 o durezas; 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 la fecha en que se prestó el servicio, salvo en caso de incapacidad legal.

Exclusiones de beneficios de medicamentos que requieren receta médica

Los siguientes conceptos 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 no incluido en la Lista de medicamentos con receta y que no se apruebe como Medicamento necesario.
- Medicamentos que no requieren receta médica en virtud de la ley federal o estatal, a menos que esta Póliza establezca lo contrario, o se exija en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA).
- Medicamentos que no requieren una leyenda federal (una designación 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 para la infertilidad inyectables y cualquier medicamento inyectable que requiera supervisión de un Médico y que no sea considerado normalmente como un medicamento autoadministrado 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 respiratorio sincitial (RSV, por sus siglas en inglés), medicamentos inyectables para quimioterapia, y medicamentos para trastornos endocrinos y metabólicos.
- Medicamentos usados para el tratamiento de una disfunción sexual, que incluye, a modo de ejemplo, disfunción eréctil, eyaculación tardía, anorgasmia y disminución de la libido y/o el deseo sexual.
- Medicamentos Experimentales o En investigación según lo descrito en la sección "Exclusiones" de la Póliza, salvo según lo indicado específicamente en las secciones de esta Póliza tituladas "Estudios clínicos" y cualquier disposición sobre beneficios relacionada con "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 particular en uno 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 por los beneficios médicos del Plan.
- Suministros (como materiales para estoma), dispositivos y aparatos que requieren y que no requieren receta médica, a excepción de los Suministros relacionados; excepto los vinculados con Suministros y equipos para diabéticos.

- Vitaminas con receta que no sean vitaminas prenatales, suplementos alimenticios, suplementos a base de hierbas y flúor, a excepción de los suplementos designados específicamente como 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 tengan un uso médicamente aceptable, 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, salvo los 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 la talla baja idiopática o para mejorar el desempeño atlético no está cubierto en ninguna circunstancia.
- Medicamentos obtenidos fuera de los Estados Unidos.
- Cualquier despacho o renovación de Medicamentos con receta y Suministros relacionados para reponer los perdidos, robados, derramados, arruinados o dañados antes de la siguiente fecha de renovación.
- Reposición de Medicamentos con receta y Suministros relacionados debido a pérdida o robo.
- Medicamentos usados para mejorar el desempeño atlético.
- Medicamentos que deba tomar o que se le deban administrar a la Persona asegurada mientras sea paciente en un Hospital con licencia, Instalaciones de cuidados especiales, un hogar de ancianos u otra institución similar, que opere o permita que operen en su establecimiento instalaciones para despachar productos farmacéuticos;
- Los medicamentos u otras sustancias que se administren en cualquier entorno para pacientes en consulta externa. Esto incluye, a modo de ejemplo, los artículos administrados por un Médico.
- Kits de medicamentos para comodidad.
- Recetas que tengan más de un año desde la fecha de emisión original.
- Los costos relacionados con el envío por correo, el envío o la entrega de Medicamentos con receta.
- Cualquier uso indebido intencional de este beneficio, lo que incluye la compra de medicamentos con receta para el consumo por parte de una persona distinta de la Persona asegurada.

Limitaciones de beneficios de medicamentos que requieren receta médica

Se aplicarán las siguientes limitaciones a todas las Recetas o renovaciones, a menos que se indiquen otras limitaciones en el envase del fabricante del medicamento:

- Suministro para hasta 30 días en una Farmacia minorista para Genéricos preferidos, Genéricos no preferidos, Medicamentos de marca preferidos, Medicamentos de marca no preferidos y suministro para hasta 30 días de Medicamentos de especialidad, a menos que esté limitado por el envase del fabricante del medicamento; o
- Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista para 90 días participante para Genéricos preferidos, Genéricos no preferidos, Medicamentos de marca preferidos, Medicamentos de marca no preferidos y suministro para hasta 30 días de Medicamentos de especialidad, a menos que esté limitado por el envase del fabricante del medicamento. Para localizar una Farmacia minorista para 90 días participante, puede llamar al número de Servicio al cliente que figura en Su tarjeta de identificación o ingresar en www.cigna.com/ifp-providers.
- Suministro para hasta 90 días 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 hasta 30 días de Medicamentos de especialidad, a menos que esté limitado por el envase del fabricante del medicamento; o los medicamentos para dejar de fumar que estén incluidos en la Lista de medicamentos con receta de Cigna están limitados a dos suministros para 90 días por Año.

- Es posible que se apliquen los 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 el fabricante del medicamento.
- Los Medicamentos de especialidad para infusión e inyectables con receta 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 de los ojos.
- 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 que superen el cargo razonable y usual por el Servicio o los Materiales.
-
- Cargos incurridos después de finalizada la Póliza o de finalizada la cobertura de la Persona asegurada en virtud de la Póliza, salvo según lo indicado en la Póliza.
- Tratamiento o dispositivo experimental o no convencional.
- Dispositivos de aumento o para personas con poca visión que no figuren de otra forma en el título “Lo que está cubierto” incluido anteriormente en la sección de Beneficios de atención de la vista pediátrica.
- 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 figuren de otra forma en el título “Lo que está cubierto” incluido anteriormente en la sección de Beneficios de atención de la vista pediátrica.
- 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.
- 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 servicios proporcionados fuera de la red sin la aprobación previa de Cigna no están cubiertos.

PAGOS A CARGO DEL MIEMBRO

Programa de beneficios

Usted será responsable de las cantidades de Co-seguro que se indican en el Programa de beneficios una vez que se haya cumplido con cualquier Deducible o Copago aplicable, a menos que se especifique lo contrario. Usted también será responsable de las cantidades de Copago indicadas en el Programa de beneficios.

El Programa de beneficios indica el Deducible y los Desembolsos máximos individuales y familiares, y el Gasto máximo cubierto para cada tipo de beneficio.

No se pagará ningún beneficio a menos que la cobertura de la Persona asegurada se encuentre en vigor 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 esta Póliza.

Además, no se pagará ningún beneficio a menos que la Persona asegurada reciba los servicios a través de un Proveedor participante, salvo según lo indicado debajo en la sección “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 cobrarle a la Persona asegurada por servicios que no sean Servicios cubiertos en virtud de la Póliza. Además, los Proveedores participantes Nos presentarán reclamos correspondientes a la Persona asegurada y solicitarán Autorizaciones previas si se requieren.

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

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 trasladarlo 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.

- **Disponibilidad de Proveedores participantes**

Los Gastos cubiertos por los servicios de un Proveedor no participante se pagarán conforme a lo estipulado en el programa de beneficios de Proveedores participantes cuando los servicios que no sean de Emergencia Médicamente necesarios de un Proveedor participante no se encuentren disponibles dentro del Área de servicio. Para conocer el Área de servicio, consulte la sección “Definiciones” de esta Póliza.

Disposiciones generales

- Cuando la cantidad pagada por Cigna supere la cantidad por la cual seamos responsables en virtud de esta Póliza, tendremos 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 vigor en la fecha en que se incurra el gasto que dé lugar a un reclamo por beneficios. En virtud de esta 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 de este 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 pagarle 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 conocer las Definiciones asociadas con los beneficios de Medicamentos con receta, consulte la sección “Definiciones” de esta Póliza.

Los Medicamentos con receta 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 Usted haya alcanzado cualquier Deducible aplicable. Consulte el Programa de beneficios para conocer los Copagos, Co-seguros y Deducibles aplicables.

Puede obtener la Lista de medicamentos con receta de Cigna si la solicita llamando a Servicio al cliente al número que figura en Su tarjeta de identificación o visitando 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.

Usted deberá pagar la cantidad que sea menor entre las que se indican debajo por los Medicamentos con receta y Suministros relacionados cubiertos:

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

“Usual y habitual” (U&C) significa el precio de venta minorista en efectivo establecido por la Farmacia, menos todos los descuentos para clientes aplicables que la Farmacia suele aplicar a sus clientes, sin importar cuál sea la fuente de pago del afiliado.

Si canjea un cupón o una oferta de un fabricante de productos farmacéuticos para un medicamento cubierto en virtud de esta Póliza, es posible que Cigna no permita que la cantidad en dólares del cupón o de la oferta reduzca Su Deducible anual, Copago y/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 en virtud de esta Póliza.

Medicamentos con receta y Medicamentos de especialidad cubiertos como médicos

Cuando los Medicamentos con receta y Medicamentos de especialidad incluidos en la Lista de medicamentos con receta de Cigna sean administrados en un entorno de atención médica por un Médico o un profesional de atención médica, y se facturen junto con los cargos del consultorio o la instalación, estarán cubiertos en virtud de los beneficios médicos de esta Póliza. No obstante, es posible que estén sujetos a requisitos de Tratamiento escalonado o Autorización previa para Medicamentos con receta.

PROCEDIMIENTO DE RECLAMO (CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO)

Reclamos médicos

Cómo presentar un reclamo de beneficios

Notificación del reclamo:

No es necesario completar ningún trámite para hacer reclamos por servicios de Proveedores participantes. Usted deberá mostrar Su tarjeta de identificación y pagar el copago que corresponda; Su Proveedor participante Nos enviará un reclamo para solicitar el reembolso. Los reclamos por Servicios de emergencia de Proveedores no participantes pueden ser enviados por el Proveedor si el Proveedor puede realizar este trámite en nombre suyo y desea hacerlo. Si un Proveedor no participante no envía el reclamo en Su nombre, Usted deberá 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 esta 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 presente los formularios para que proporcione una prueba de pérdida. Si estos formularios no se proporcionan a la persona que haga el reclamo en el término de 15 días a partir de que se curse dicha notificación, la persona 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". También puede obtener los formularios de reclamo necesarios en www.cigna.com, en *HealthCare* (Atención médica), *Important Forms* (Formularios importantes), o llamando a Servicios a los miembros al número gratuito que figura en Su tarjeta de identificación.

Recordatorios 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. Los Gastos cubiertos por Servicios de emergencia de un

Proveedor no participante se pagarán a la Persona asegurada, a menos que se realice una cesión conforme a lo detallado previamente. 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, y el pago que le realicemos a la Persona asegurada se considerará el cumplimiento de Nuestra obligación.

Nosotros 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 pagan a Usted o a Sus Dependientes, Usted o Sus Dependientes tienen la responsabilidad de pagarle al Proveedor no participante, y el pago que le realicemos a Usted se considerará el cumplimiento de Nuestra obligación.

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

1. se encuentra debidamente firmada en un formulario aceptable para Nosotros; y
2. contamos con una copia archivada en Nuestras oficinas; y
3. es realizada por 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. Puede revocar la cesión presentándonos una revocación por escrito a Nosotros y al Proveedor. La revocación tendrá validez únicamente para los cargos incurridos después de que Nosotros y el Proveedor la recibamos.

Reclamos de hijos Dependientes: Los reclamos de un hijo Dependiente cubierto pueden ser presentados por uno de sus padres o por el departamento de servicios sociales del estado en caso de que se realice una cesión conforme al artículo 26-13-106 del CRS, quien deberá presentar copias válidas de las facturas médicas. Los reclamos presentados por un padre que tenga la custodia que no sea una Persona asegurada en virtud de esta póliza se considerarán una cesión válida de beneficios para el pago al Proveedor de atención médica.

Pago oportuno de los reclamos: Los beneficios se pagarán inmediatamente al recibir la debida prueba de pérdida por escrito, con sujeción a lo indicado en la sección "El proceso de reclamos" a continuación.

Pago de reclamos: Con sujeción a cualquier instrucción por escrito de la persona asegurada en la solicitud o de otro modo, la totalidad o parte de los beneficios proporcionados por esta póliza por servicios hospitalarios, de enfermería, médicos o quirúrgicos podrá, a entera discreción de la persona asegurada y a menos que la persona asegurada solicite lo contrario por escrito antes del momento de presentar las pruebas de dicha pérdida, pagarse directamente al hospital o la persona que prestó dichos servicios, pero no es necesario que el servicio sea prestado por un hospital o 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 servicios, 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 reclamos:** Dentro de un plazo de 30 días después de que Usted reciba Servicios cubiertos, o tan pronto como sea razonablemente posible, Usted o alguien en Su nombre debe notificarnos por escrito acerca de Su reclamo.
2. Pagaremos, denegaremos o resolveremos los reclamos que se presenten correctamente dentro de un plazo de 30 días después de que recibamos Su notificación por escrito de un reclamo electrónico o 45 días después de que recibamos Su notificación por escrito de un reclamo no electrónico.

3. Si recibimos un reclamo que requiera información adicional, dentro de un plazo de 30 días calendario después de la recepción del reclamo, le proporcionaremos al Proveedor, al Titular de la póliza, a la Persona asegurada o al paciente, según corresponda, una explicación completa por escrito de la información adicional necesaria para resolver el reclamo, incluida cualquier información adicional médica o de otro tipo relacionada con el reclamo.
 - o La persona que reciba la solicitud de dicha información adicional deberá presentarnos toda la información adicional solicitada dentro de un plazo de 30 días calendario después de recibir la solicitud.
 - o Sin perjuicio de cualquier disposición en contrario de una póliza de indemnidad, podremos denegar un reclamo si un Proveedor recibe una solicitud de información adicional y no presenta oportunamente la información adicional solicitada, con sujeción a una nueva presentación del reclamo o el proceso de apelación. Si la persona ha proporcionado toda la información adicional necesaria para resolver el reclamo, la aseguradora lo pagará, denegará o resolverá dentro del plazo aplicable establecido en el párrafo (c) de esta subsección.
4. En ausencia de fraude, todos los reclamos, a excepción de los reclamos presentados correctamente mencionados anteriormente en el punto 2 anterior, deberán pagarse, denegarse o resolverse dentro de un plazo de 90 días calendario después de que los recibamos.

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 legislación de Colorado define la “Revisión de la utilización” como un conjunto de técnicas formales diseñadas para monitorear el uso de los servicios de atención médica, procedimientos o instalaciones, o evaluar su necesidad clínica, conveniencia, eficacia o eficiencia. Las técnicas incluyen la 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 con el fin de determinar la cobertura en función de si un procedimiento o tratamiento se considera o no 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 se aplica a una situación determinada. La siguiente información brinda más detalles acerca de 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 cubiertos por 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 médica) 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 funcionalidad plena, 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 simultáneas al servicio

En caso de que se haya aprobado un tratamiento continuo para una Persona asegurada y esta 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 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 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 servicios ya 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 del plan sobre las que se basó la determinación; (4) una descripción de cualquier material o información adicionales 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 para 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 de Medicamentos con receta

Reembolso/presentación de reclamos

Cuando una Persona asegurada compra Medicamentos con receta 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 con receta 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 Farmacias minoristas:

Cigna Pharmacy Service Center
P.O. Box 188053
Chattanooga, TN 37422-8053

Para reclamos de Farmacias 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 con receta, llame al número gratuito de servicio al cliente que figura en la parte de atrás de Su tarjeta de identificación.

Reclamos de beneficios de atención de la vista pediátrica

Reembolso/presentación de reclamos

Cuando una Persona asegurada recibe un examen o compra Materiales de un Proveedor de Cigna Vision, paga el 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 beneficios 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 Usted o los Miembros de Su familia tienen alguna pregunta sobre el beneficio de Servicios 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 esta Póliza. En caso de que Usted no Nos notifique acerca de dicho reclamo o no colabore con Nosotros, o si toma medidas que perjudiquen nuestros derechos o intereses, podremos considerar que ha incurrido en un incumplimiento sustancial e iniciar acciones legales en Su contra.

Es posible que tengamos un derecho de privilegio, en la medida de los beneficios adelantados, respecto de cualquier cantidad de dinero que Usted recupere del tercero en cuestión, o bien 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. Tendremos derecho de cobro en virtud de nuestro derecho de privilegio aun si la cantidad recuperada por la Persona asegurada o para esta (o sus herederos, padres o tutor legal) de dicho tercero o por cuenta de este como compensación por la Lesión, Enfermedad o afección fuera inferior a la pérdida real sufrida por la Persona asegurada. Nota: La cobertura de este plan es secundaria a cualquier cobertura de un seguro automotriz sin culpa o similar. Nuestro derecho de privilegio respecto de cualquier suma recuperada por Usted se limita únicamente a la cantidad que supere Su compensación total por todos los daños que surjan 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 cantidad que la Persona asegurada, los padres de la Persona asegurado, si esta es 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 al régimen del *Common Law*, acuerdo o conciliación, 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 menor, o el representante legal de la Persona asegurada pueda(n) o haya(n) 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 alternativa de contención de costos

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 atención médica. 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.

Otros seguros 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 tendrá derecho a recibir los beneficios de una sola 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 en vigor.

No obstante, todos los pagos de reclamos realizados por Nosotros 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 cumpla con los requisitos para 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 con 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 dicha 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

Totalidad del contrato; cambios: Esta 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 esta Póliza solo 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 entrada en vigor 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 contrató Su Plan a través de un Mercado y eligió recibir el crédito fiscal por las primas por adelantado, Su período de gracia se extenderá por tres meses consecutivos, siempre que haya pagado, al menos, la 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 de gracia, Su cobertura finalizará el 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 que figura 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 acuerdo con lo detallado en la disposición de Cancelación incluida a continuación. Todas las primas que se encuentren vencidas e impagas podrán deducirse del pago de un reclamo en virtud de esta Póliza.

Contingencia de costos compartidos: Si Usted contrató Su Póliza a través de un Mercado estatal o dirigido federalmente, y cumple con determinados límites de ingresos, es posible que haya cumplido con los requisitos para recibir reducciones de los costos compartidos en virtud de la ley federal y que Su Póliza las incluya. En ese caso, Su obligación de costos compartidos (por ejemplo, copagos, co-seguro o deducible, según corresponda) será menor que la obligación de costos compartidos que, de otro modo, se aplicaría en virtud de esta Póliza.

Dichas reducciones de los costos compartidos se basan en el pago que hace el gobierno federal a Cigna de cantidades que tienen el objetivo de reembolsar a Cigna por la diferencia entre Su obligación de costos compartidos y la obligación de costos compartidos que, de otro modo, se aplicaría en virtud de esta Póliza. En el caso de que el gobierno federal no haga dichos pagos o se determine de otra forma que dichos pagos no se permiten o no están disponibles, Su obligación de costos compartidos reducida (por ejemplo, copagos, co-seguro o deducible, según corresponda), mediante notificación escrita con 30 días de anticipación, podrá aumentar a la cantidad que, de otro modo, se aplicaría en virtud de esta Póliza. En dicho caso, Sus obligaciones de costos compartidos continuarán administrándose de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales y estatales aplicables.

En el caso de que, por cualquier motivo, se prohíba que Cigna aumente Su obligación de costos compartidos de acuerdo con esta sección, Su prima podrá aumentarse mediante notificación por escrito con 60 días de anticipación para reflejar la pérdida del reembolso a Cigna.

Servicios a los miembros/Programas adicionales: Es posible que periódicamente le ofrezcamos, en forma directa o a través de diversas entidades, descuentos, beneficios, créditos de primas o costos compartidos, 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 plazo que se le otorga para el pago, Nosotros podemos, si Usted lo solicita y a Nuestra discreción, aceptar la rehabilitación de la cobertura en virtud de esta Póliza.

Si esta Póliza se rehabilita, los beneficios se brindarán únicamente por una Lesión accidental que se produzca luego de la fecha de rehabilitación o por una Enfermedad que comience 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 los endosos y las modificaciones 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 sesenta días previos a la fecha de rehabilitación.

Si una Persona asegurada Nos pide por escrito una copia de la solicitud, le entregaremos o enviaremos a la Persona asegurada una copia de la solicitud en el término de 15 días a partir de la recepción del pedido.

Excepción para Personas aseguradas asignadas al Servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o convocadas para este: En caso de que se solicite una rehabilitación, le brindaremos al Titular de la póliza asignado al servicio activo en las Fuerzas Armadas o convocado para este los mismos beneficios que se encontraban en vigor antes de la caducidad de la póliza. No se aumentará la prima, a menos que se apliquen aumentos de tarifas para todos los Titulares de la póliza.

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 esta 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.

Incontestabilidad: Una vez transcurridos dos años a partir de la fecha de emisión 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 que comience una vez vencido dicho período de dos años.

Acciones legales: No se iniciará ninguna acción conforme al régimen del *Common Law* o de *Equity* para obtener compensación en virtud de esta póliza hasta tanto transcurran sesenta días después de que se haya presentado la prueba de pérdida por escrito de acuerdo con los requisitos de esta póliza. No se iniciarán dichas acciones más de tres años después del momento en que se requiera la presentación de la prueba de pérdida por escrito.

Arbitraje: Excepto según lo dispuesto en el artículo 10-16-202(12) del C.R.S., y en la medida que la ley lo permita, las partes pueden acordar presentar una controversia que surja en relación con esta Póliza para el arbitraje administrado por la Asociación Estadounidense de Arbitraje (AAA, por sus siglas en inglés) mediante notificación por escrito. Dicho arbitraje se registrará por las Normas de arbitraje comercial de la AAA vigentes, en la medida en que dichas disposiciones no sean contrarias a las disposiciones de esta sección. Un solo árbitro (el "Árbitro") tomará una decisión con respecto al arbitraje. El arbitraje, que incluye, a modo de ejemplo, la existencia, la naturaleza, la resolución y/o el resultado, se realizará en estricta confidencialidad. La audiencia de arbitraje se celebrará dentro de los 30 días luego de la designación del Árbitro, a menos que las partes acuerden lo contrario. El Árbitro dictará el laudo definitivo dentro de los 30 días después de la finalización de la audiencia de arbitraje. La decisión del Árbitro será exigible en cualquier tribunal de jurisdicción competente. En caso de arbitraje, el Árbitro no tendrá la facultad de iniciar una acción en cualquier supuesto procedimiento de clase, colectivo, de representantes, de múltiples demandantes o similar, combinar o consolidar demandas similares de una entidad o persona que no sea parte de este acuerdo, ni dictar un laudo a favor de una persona o entidad que no sea parte de este acuerdo.

Conformidad con las leyes estatales y federales: Si alguna disposición de esta Póliza, en su Fecha de entrada en vigor, es contraria a las leyes del estado en el cual resida la Persona asegurada en dicha 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 alguna disposición o alguna palabra, término, cláusula o parte de alguna disposición de esta Póliza resultara nula, por cualquier motivo, 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 esta 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 entrada en vigor de esta Póliza se encuentra impresa en la tarjeta de identificación de Cigna y en la página de especificaciones de la Póliza.

Cigna no tendrá responsabilidad alguna 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. Dichos Proveedores e instalaciones 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 3360-3365**

Cuando la cantidad pagada por Cigna supere la cantidad por la cual seamos responsables en virtud de esta Póliza, tendremos 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 vigor en la fecha en que se incurra el gasto que dé lugar a un reclamo por

beneficios. En virtud de esta 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 pagarle 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 les 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, si este 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 que finaliza la participación de un Proveedor que ya no tiene una relación contractual:

Cigna brindará beneficios para Usted y los Miembros de Su familia asegurados como Proveedor participante por Servicios cubiertos de un Proveedor con el cual ya no tenga relación contractual en las siguientes circunstancias especiales:

- Tratamiento continuo de una Persona asegurada hasta el día 90 contado desde la fecha de finalización de los servicios del Proveedor.
- Tratamiento continuo de una Persona asegurada a quien, en el momento de la finalización, se le diagnosticó una enfermedad terminal, pero en ningún caso, más de 9 meses después de la fecha de finalización de los servicios del Proveedor.

Le proporcionaremos a la Persona asegurada una lista actualizada de Proveedores participantes locales cuando lo solicite. 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 tendrá derecho a recibir los beneficios de una sola 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 en vigor. No obstante, todos los pagos de reclamos realizados por Nosotros 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 esta 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 lo requiramos, 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/la cónyuge deje de estar casado/a con la Persona asegurada.
- 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 la Persona asegurada deje de vivir en el Área de inscripción.

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 planes no contratados a través del Mercado, o el período de gracia de 61 días para planes contratados a través de un Mercado, o el período de gracia de 90 días para personas aseguradas que reciban el Crédito fiscal por las primas por adelantado.
2. El primer día del mes posterior a que recibamos Su notificación de cancelación por escrito. Si contrató Su plan en un intercambio del estado, cancelaremos esta Póliza de acuerdo con Su notificación de cancelación por escrito, siempre que Nos notifique al menos catorce días antes de la fecha de entrada en vigor de la finalización solicitada. Si Nos notifica la cancelación por escrito menos de catorce días antes de la fecha de finalización solicitada, la fecha de entrada en vigor de la finalización no superará los catorce días después de que Usted haya proporcionado 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 esta 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 con 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 contratar cualquier otra cobertura de seguro 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 más de 12 meses después de que le enviemos la notificación.
7. Cuando deje de vivir en el Área de servicio.

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 caso de fraude o tergiversación intencional, le notificaremos la cancelación al menos 30 días antes de la cancelación de la Póliza, a menos que la ley exija una mayor anticipación.

Continuación

Si una Persona asegurada deja de cumplir con los requisitos en virtud de esta Póliza debido al fallecimiento de la Persona asegurada, un divorcio u otro motivo que le impida a la Persona asegurada cumplir con los requisitos establecidos en la Póliza, o si otro Miembro de Su familia asegurado deja de cumplir con los requisitos debido a su edad o deja de cumplir con los requisitos como dependiente para recibir cobertura en virtud de este Plan, salvo en el caso de que la Persona asegurada incumpla con el pago de la prima, dicha Persona asegurada tiene derecho a continuar con 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 lo contrario, esta Póliza se extinguiría. En dicho caso, la cobertura continuará sin evidencia de asegurabilidad. Además, si una Persona asegurada deja de cumplir con los requisitos en virtud de esta Póliza debido al fallecimiento de la Persona asegurada, un divorcio u otro motivo que le impida a la Persona asegurada cumplir con los requisitos establecidos en la Póliza, salvo en el caso de que la Persona asegurada incumpla con el pago de la prima, dicha finalización se consideraría un evento habilitante, y la Persona asegurada podría inscribirse durante un período de inscripción especial si no ejerció su derecho de continuación. El período de inscripción especial comienza en la fecha en que se produce el evento habilitante y finaliza 61 días después del evento habilitante. Las fechas de entrada en vigor de la cobertura de las personas que se inscriban durante un período de inscripción especial se determinarán de la siguiente forma: en el caso de una solicitud presentada entre el primer día y el día 15 del mes, la fecha de entrada en vigor 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 entrada en vigor de la cobertura será el primer día del segundo mes siguiente. Consulte la sección “Elegibilidad” para obtener más información sobre los 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 la Persona asegurada incluirá también a cualquier representante o Proveedor que una Persona asegurada haya designado para actuar en su nombre, a menos que se indique lo contrario.

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

Comience con el Servicio al cliente

Cigna está aquí para escucharle y ayudarle. Si la Persona asegurada tiene alguna inquietud con respecto a una persona, un servicio, la calidad de la atención, beneficios contractuales, una denegación de elegibilidad inicial o la rescisión de la cobertura, la Persona asegurada puede llamar a Nuestro número gratuito y explicarle su 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 la inquietud, se comunicará con la Persona asegurada lo antes posible, dentro de un plazo de 30 días como máximo.

Si la Persona asegurada no está conforme 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 enviar una solicitud de apelación por escrito dentro de los 365 días de haber recibido una notificación de denegación a la siguiente dirección:

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

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 coordinada o una entrevista sin turno.

La legislación de Colorado proporciona un nivel de apelación para las apelaciones internas de una determinación adversa. "Determinación adversa" significa:

- Una denegación de una autorización previa para un beneficio cubierto;
- Una denegación de una solicitud de beneficios para una persona alegando que el tratamiento o el beneficio cubierto no es médicamente necesario, apropiado, eficaz o eficiente, o no se proporciona en el entorno de atención médica o el nivel de atención apropiado;
- Una rescisión o cancelación de la cobertura de un plan de cobertura de salud que no se atribuye a la falta de pago de las primas y que se aplica retroactivamente;
- Una denegación de una solicitud de beneficios alegando que el tratamiento o servicio es experimental o está en investigación; o
- Una denegación de cobertura a una persona en función de una determinación sobre la elegibilidad inicial.

Las solicitudes de apelación con respecto a una determinación adversa para la Persona asegurada serán analizadas por un Comité, que estará integrado por una o más personas que no hayan estado involucradas previamente 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) derecho a asistir a la revisión del Comité en persona, por teleconferencia o por videoconferencia; (2) derecho a exponer su situación ante el Comité en persona o por escrito; (3) derecho a presentar material respaldatorio antes de la revisión del Comité y durante la revisión; (4) derecho a hacer preguntas acerca de cualquier representante de Cigna antes de la revisión; (5) derecho a cuestionar a cualquier revisor de la revisión; y (6) derecho a ser asistida o representada por una persona de su preferencia.

Para las determinaciones de cobertura de atención requeridas previas o simultáneas al servicio, 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 notificará a la Persona asegurada por escrito para solicitarle una prórroga de hasta 15 días calendario y especificar la información adicional que necesitamos 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 dicha persona 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 dicha persona tenga la oportunidad de responder.

La decisión se le notificará por escrito a la Persona asegurada dentro de los cinco días hábiles después 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 de este proceso: (a) pusieran en grave peligro la vida de la Persona asegurada, su salud o su capacidad para recuperar la funcionalidad plena, 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 su 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 su afección médica.

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 con un revisor Médico de la misma especialidad o de una especialidad similar a la de la atención bajo revisión 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 respecto de la Necesidad médica

Si la Persona asegurada sigue disconforme con la decisión de una determinación adversa de Cigna y ha completado la revisión de apelación interna, podrá presentar por escrito una solicitud de Revisión independiente externa (EIR, por sus siglas en inglés). Cigna pagará el costo de la EIR y no hay ninguna restricción con respecto a la cantidad de dinero mínima de un reclamo para poder solicitar una revisión externa. La Persona asegurada tiene cuatro meses a partir de la fecha de recepción de la determinación adversa definitiva de Cigna para presentar por escrito una solicitud de EIR. Todas las solicitudes de revisión externa deben enviarse 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 autorice a Cigna a divulgar información sobre la salud protegida, incluidos registros médicos, que sea relevante para la revisión externa. Si Cigna recibe una solicitud de revisión externa estándar incompleta que no cumpla con los procedimientos de presentación de Cigna, se notificará a la Persona asegurada acerca de este incumplimiento lo antes posible, pero en ningún caso más de cinco días después de la fecha en que se reciba la solicitud incompleta.

Dentro de los dos días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud de EIR de la Persona asegurada, Cigna enviará una copia de la solicitud al Comisionado. Si Cigna decide revertir la determinación adversa definitiva antes de enviar la solicitud de la Persona asegurada al Comisionado, se informará la decisión de Cigna a la Persona asegurada dentro de un plazo de un día hábil por fax, teléfono u otro medio electrónico, y luego por escrito.

Dentro de un plazo de dos días hábiles a partir de la recepción de la solicitud de EIR de la Persona asegurada enviada por Cigna, el Comisionado asignará una entidad de revisión externa independiente para que realice la revisión externa. Una vez realizada la asignación, el Comisionado notificará a Cigna, electrónicamente, por fax o por teléfono, y luego por escrito, el nombre y la dirección de la entidad de revisión externa independiente a la que se debe enviar la apelación. Dentro de un plazo de un día hábil a partir de la recepción de la notificación del Comisionado, Cigna le proporcionará a la Persona asegurada, electrónicamente, por fax o por teléfono, y luego por escrito, una descripción de la entidad de revisión externa independiente y cómo proporcionarle al Comisionado la documentación acerca de cualquier posible conflicto de intereses con la entidad de revisión externa independiente. Dentro de un plazo de dos días hábiles a partir de la recepción de la notificación de Cigna acerca de la entidad de revisión externa independiente, la Persona asegurada podrá proporcionarle al Comisionado la documentación acerca de cualquier posible conflicto de intereses con la entidad de revisión externa independiente, electrónicamente, por fax o por teléfono, y luego por escrito. Si el Comisionado determina que la entidad de revisión externa independiente presenta un conflicto de intereses, el Comisionado asignará, dentro de un plazo de un día hábil, otra entidad de revisión externa independiente para que realice la revisión externa. Una vez realizada la reasignación, el Comisionado notificará a Cigna, electrónicamente, por fax o por teléfono, y luego por escrito, el nombre y la dirección de la nueva entidad de revisión externa independiente a la que se debe enviar la apelación. El Comisionado también notificará por escrito a la Persona asegurada la determinación del Comisionado con respecto al posible conflicto de intereses y el nombre y la dirección de la nueva entidad de revisión externa independiente. Dentro de un plazo de cinco días hábiles a partir de la recepción de la notificación de CIGNA con respecto a la entidad de revisión externa independiente, la Persona asegurada podrá presentar la información directamente a la EIR, y la EIR le proporcionará una copia de la información a CIGNA dentro de un plazo de un día hábil luego de la recepción de la información.

Dentro de un plazo de cinco días hábiles a partir de la fecha en que Cigna reciba la notificación del Comisionado con respecto a la selección de la entidad de revisión externa independiente, Cigna le enviará lo siguiente a la entidad de revisión externa independiente asignada: (1) todos los registros médicos relevantes; (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 y/o un profesional de atención médica para respaldar la solicitud de cobertura; (5) los criterios utilizados y los motivos clínicos de la decisión adversa; y (6) un índice de toda la documentación presentada. Dentro de un plazo de dos días hábiles a partir de la recepción del material enviado por Cigna, la entidad de revisión externa independiente le enviará a la Persona asegurada el índice de todos los materiales que Cigna haya enviado a la entidad de revisión externa independiente. Cigna le proporcionará a la Persona asegurada, si lo solicita, toda la información relevante suministrada a la entidad de revisión externa independiente que no sea confidencial o privilegiada conforme a la legislación estatal o federal.

La entidad de revisión externa independiente notificará, a la Persona asegurada o a su profesional de atención médica y a Cigna, sobre cualquier información médica adicional necesaria para realizar la revisión. Dentro de un plazo de cinco días hábiles a partir de la recepción de dicha solicitud, la Persona asegurada o su profesional de atención médica enviarán la información adicional o una explicación de por qué no se presentará la información adicional a la entidad de revisión externa independiente y a Cigna. Si la Persona asegurada o su profesional de atención médica no proporcionan la información adicional o la explicación de por qué no se presentará la información adicional dentro de un plazo de cinco días hábiles, la entidad de revisión externa independiente tomará una decisión basándose en la información enviada por Cigna. Si Cigna no proporciona la información y documentación necesaria dentro de un plazo de cinco días hábiles, es posible que la entidad de revisión externa independiente ponga fin a la revisión externa y tome la decisión de revertir la determinación adversa definitiva de Cigna. Inmediatamente después de la reversión, la entidad de revisión externa independiente notificará a la Persona asegurada, a Cigna y al Comisionado.

Una vez recibida cualquier nueva información enviada por Usted, Cigna podrá reconsiderar la determinación adversa definitiva que sea objeto de la revisión externa. La revisión externa solo podrá finalizarse si Cigna decide revertir su determinación adversa definitiva y brindar cobertura o pagar por el servicio de atención médica que se denegó. Dentro de un plazo de un día hábil luego de que Cigna tome la decisión de revertir su determinación adversa definitiva, Cigna les notificará la decisión a usted, a la entidad de revisión externa independiente y al

Comisionado, electrónicamente, por fax o por teléfono, y luego por escrito. La entidad de revisión externa independiente pondrá fin a la revisión externa en cuanto reciba la notificación de Cigna.

Dentro de un plazo de 45 días calendario a partir de la fecha en que Cigna reciba la solicitud de revisión externa, la entidad de revisión externa independiente notificará por escrito su decisión de confirmar o revertir la determinación adversa definitiva de Cigna a la Persona asegurada, si corresponde, a su representante designado, a Cigna, a su Médico y al Comisionado.

En cuanto Cigna reciba la notificación de la entidad de revisión externa independiente acerca de la decisión de revertir la determinación adversa definitiva, Cigna aprobará la cobertura que haya sido objeto de la determinación adversa definitiva. En el caso de las revisiones de atención previas y simultáneas al servicio, Cigna aprobará la cobertura dentro de un plazo de un día hábil. En el caso de las revisiones posteriores al servicio, Cigna aprobará la cobertura dentro de un plazo de cinco días hábiles. Cigna notificará por escrito la aprobación a la Persona asegurada dentro de un plazo de un día hábil luego de que aprobemos la cobertura. La cobertura se proporcionará con sujeción a los términos y las condiciones aplicables a los beneficios en virtud del plan.

Proceso de revisión externa acelerada para decisiones adversas respecto de la Necesidad médica

La Persona asegurada o el representante designado de la Persona asegurada podrán solicitarle a Cigna una revisión externa acelerada si la Persona asegurada tiene una afección médica y si el plazo para completar una revisión externa estándar podría poner en grave peligro la vida de la Persona asegurada, su salud o su capacidad para recuperar la funcionalidad plena, o, en el caso de una Persona asegurada con una discapacidad física o mental, podría crear una limitación inminente y sustancial de la capacidad existente de la Persona asegurada para vivir de manera independiente. La solicitud de una revisión acelerada debe incluir un certificado del Médico que indique que la afección médica de la Persona asegurada cumple con los criterios para una revisión acelerada.

Siempre que Cigna reciba una solicitud de revisión externa acelerada incompleta que no cumpla con los procedimientos de presentación de Cigna, se notificará a la Persona asegurada acerca de este incumplimiento lo antes posible, pero en ningún caso más de veinticuatro horas después de que se reciba la solicitud incompleta. Una vez que se reciba la solicitud de revisión externa acelerada de la Persona asegurada, Cigna notificará y enviará una copia de la solicitud al Comisionado dentro de un plazo de un día hábil, electrónicamente, por teléfono, por fax o por cualquier otro método rápido disponible. Dentro de un plazo de un día hábil a partir de la recepción de la solicitud enviada por Cigna, el Comisionado asignará una entidad de revisión externa independiente para que realice la revisión. Una vez realizada la asignación, el Comisionado informará a Cigna el nombre y la dirección de la entidad de revisión externa independiente. Dentro de un plazo de un día hábil a partir de la recepción de la notificación del Comisionado, Cigna notificará a la Persona asegurada, electrónicamente, por fax o por teléfono, y luego por escrito. La notificación incluirá una descripción por escrito de la entidad de revisión externa independiente seleccionada por el Comisionado.

Inmediatamente después de recibir la solicitud de una revisión externa acelerada, Cigna le proporcionará a la entidad de revisión externa independiente toda la documentación necesaria y la información que se haya tenido en cuenta al tomar la determinación adversa definitiva, ya sea electrónicamente, por teléfono, por fax o por cualquier otro método rápido disponible. Cigna le proporcionará a la Persona asegurada, si lo solicita, toda la información enviada a la entidad de revisión externa independiente que no sea confidencial o privilegiada conforme a la legislación estatal o federal.

Lo antes posible, pero no más de 72 horas después de la fecha en que Cigna reciba la solicitud de revisión externa, la entidad de revisión externa independiente tomará la decisión de confirmar o revertir la determinación adversa definitiva de Cigna, y notificará 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 deberá proporcionar una confirmación por escrito de la decisión dentro de un plazo de 48 horas después de la fecha en que se transmita la notificación de la decisión a la Persona asegurada, al Médico de la Persona asegurada, a Cigna y al Comisionado.

En cuanto Cigna reciba la decisión de la entidad de revisión externa independiente, Cigna aprobará inmediatamente la cobertura que haya sido objeto de la revisión y notificará por escrito la aprobación de la notificación de la entidad de revisión externa independiente a la Persona asegurada. La cobertura se proporcionará con sujeción a los

términos y las condiciones aplicables a los beneficios en virtud del plan. No se puede proporcionar una revisión externa acelerada para las determinaciones adversas posteriores al servicio.

La decisión de una revisión externa es vinculante para Cigna y para Usted, excepto en la medida que Cigna y Usted tengan otras reparaciones disponibles en virtud de la legislación federal o estatal. Usted no podrá presentar otra solicitud de revisión externa que involucre la misma determinación adversa definitiva del plan por la cual ya haya recibido una decisión a través 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 una 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, u otro criterio similar, en 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 exclusión o limitación por 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 para el proceso de apelación. Todas las denegaciones por escrito de solicitudes de beneficios cubiertos que aleguen que dichos beneficios no son médicamente necesarios, apropiados, eficaces o eficientes deben ser firmadas por un médico/dentista con licencia que esté familiarizado con los estándares de atención de Colorado. Una enfermera o un procesador no pueden firmar con el nombre de un médico/dentista, sino que debe firmar el médico o dentista, pero sí se permite usar una firma electrónica. En la notificación definitiva de una determinación adversa se incluirá un análisis de la decisión.

Es posible que existan otras opciones de resolución voluntaria y alternativa de controversias, como la Mediación. Una manera de averiguar las opciones disponibles es comunicarse con la oficina del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos de su área y con la agencia reguladora de seguros del estado, o 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 LAS TARIFAS

Primas

La cantidad de la prima mensual figura en la página de especificaciones de la Póliza, que se envió con esta Póliza. Esta prima mensual se aplica a las personas cuyo pago mensual se deduce directamente de su cuenta corriente.

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

Su prima podrá modificarse oportunamente debido a (por ejemplo):

- a. La eliminación o incorporación de una nueva Persona asegurada que cumple con los requisitos correspondientes;
- b. Un cambio en la edad de cualquier Persona asegurada que implique una prima más alta; o
- c. Un cambio de domicilio.

Usted deberá pagar las primas de cada Persona asegurada hasta la fecha en que Nos notifique que la Persona asegurada ya no cumple con los requisitos o ya no está cubierta, con la excepción de que si un Dependiente ya no está cubierto porque fue inscrito en el plan de salud básico para niños, establecido conforme al artículo 8, título 25.5, del CRS, deberá notificarnos el cambio de cobertura al menos 30 días antes de la fecha en que el Dependiente deje de estar cubierto por Nosotros.

Estos cambios entrarán en vigor 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 vigor en la fecha que se indique en la notificación, y el pago de las nuevas primas indicará que ha aceptado dicho cambio.

Usted Nos pagará las primas.

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.

DEFINICIONES

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

Farmacia minorista para 90 días significa una Farmacia minorista participante que tiene un contrato con Cigna, o con una organización que celebra contratos en nombre de Cigna, para proporcionar productos o suministros farmacológicos con receta específicos, entre los que se incluyen, a modo de ejemplo: un suministro por una cantidad extendida de días, Medicamentos de especialidad y servicios de asistencia al afiliado. Tenga en cuenta que no todas las Farmacias participantes son Farmacias minoristas para 90 días; sin embargo, todas las Farmacias participantes pueden brindar un suministro para 30 días de los productos o suministros farmacológicos con receta.

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 local, estatal o federal, incluido un beneficiario al que un programa gubernamental le ha indicado realizar pagos en su nombre; 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 artículo 501(c)(3), título 26 del U.S.C. y (iii) realiza pagos en Su nombre basándose exclusivamente en los criterios públicamente disponibles y de ninguna manera considera el estado de salud de una Persona asegurada para determinar si realizará o no tales pagos en Su nombre.

Añual, 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 significa el período designado durante cada Año calendario en el que las personas pueden solicitar cobertura en virtud de esta Póliza para el Año siguiente. El gobierno federal establece el Período de inscripción abierta anual, y las fechas de inicio y finalización están sujetas a cambios cada Año.

Análisis conductual aplicado se refiere al diseño, a la implementación y a la 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 del espectro autista significa trastornos generalizados del desarrollo, según se definen en la edición más reciente del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, que incluyen autismo, trastorno de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Período de beneficios para servicios de Atención para enfermos terminales es un período de tres meses durante el cual se proporcionan servicios en forma regular.

Duelo significa el período durante el cual los sobrevivientes están de luto y atraviesan el sufrimiento. Los servicios por duelo son servicios de apoyo que se ofrecen durante el período de duelo.

Enfermedad mental de naturaleza biológica significa esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno afectivo bipolar, trastorno depresivo grave, trastorno obsesivo-compulsivo específico, trastorno de pánico, trastorno por estrés postraumático, trastornos por consumo de drogas y alcohol (p. ej., todos los trastornos de abuso de sustancias), distimia, ciclotimia, fobia social, agorafobia con trastorno de pánico, trastorno de ansiedad general, y anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

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

Cigna Nosotros, Nuestro y Nos significa 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.

Instalación de trasplantes de Cigna LifeSOURCE es una instalación con un programa de trasplantes que está incluida en la red de Cigna LifeSOURCE Transplant Network®.

Cigna Telehealth Connection es un Servicio cubierto proporcionado a través de medios Virtuales.

Médico de Cigna Telehealth Connection se refiere a un Médico que es parte de una red designada de una o más organizaciones que tienen un contrato con Cigna para brindar tratamiento Virtual para afecciones médicas agudas menores.

Servicio de un Médico de Cigna Telehealth Connection significa una visita de telesalud, iniciada por la Persona asegurada y proporcionada por un Médico de Cigna Telehealth Connection, que brinda tratamiento Virtual para afecciones médicas agudas menores, como resfríos, gripe, dolor de garganta, sarpullido o dolor de cabeza.

Nota: La red que proporciona Médicos de Cigna Telehealth Connection es distinta de la red del Plan y solo está disponible para los servicios que se detallan en “Cigna Telehealth Connection”, en la sección “Servicios y beneficios cubiertos” de este Plan.

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 esta Póliza.**

Copago significa una cantidad fija 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 estética 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 estética: La Cirugía estética no se considerará una Cirugía reconstructiva por la incidencia de motivos psicológicos o psiquiátricos.**

Gastos cubiertos son los gastos incurridos por Servicios cubiertos en virtud de esta Póliza que Cigna evaluará para el pago en virtud de esta Póliza. Los Gastos cubiertos nunca podrán superar 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) se encuentran mencionados en las secciones de beneficios de esta Póliza, y
- b) no están específicamente excluidos de la Póliza, y
- c) son prestados por un Proveedor que:
 - i. cuenta con licencia de acuerdo con todas las leyes estatales y federales aplicables,
 - ii. cuenta con la certificación de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Salud o de otra organización, si fue aprobada por Cigna, y
 - iii. actúa dentro del alcance de su licencia y acreditación (si corresponde).

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 en su 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. Es posible que se apliquen otros tipos de deducibles 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, a modo de ejemplo, monitores de glucosa en sangre, incluidos los monitores diseñados para ser utilizados por personas ciegas; bombas de insulina con sus correspondientes accesorios, incluidos dispositivos para infusión de insulina, baterías, artículos para la preparación de la piel, suministros adhesivos, equipos de infusión, cartuchos de insulina, dispositivos duraderos y desechables para la inyección de insulina y cualquier otro suministro desechable que resulte necesario; aparatos podológicos para la prevención de complicaciones asociadas con la diabetes; y la reparación o el mantenimiento de bombas de insulina que no se encuentran cubiertas por la garantía de un fabricante y los alquileres de bombas durante la reparación y el mantenimiento necesario de las bombas de insulina. Ninguno de estos conceptos podrá superar el precio de compra de una bomba de reemplazo similar.

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 incluidos en la Lista de medicamentos con receta 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 con y sin receta para controlar los niveles de azúcar en sangre; y botiquines de emergencia de glucagón.

Capacitación para el autocontrol de la diabetes es una instrucción, incluida la 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.

Equipo médico duradero se define como los objetos que:

- están diseñados para poder soportar el uso reiterado de más de una persona;
- generalmente tienen un fin terapéutico respecto de una Enfermedad o Lesión en particular, según lo certifique por escrito el Proveedor médico a cargo;
- generalmente no son útiles en ausencia de una lesión o enfermedad;
- son adecuados para su uso en el hogar;
- son de una naturaleza verdaderamente duradera; y
- no son desechables.

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

Fecha de entrada en vigor 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.

Área de inscripción es cualquier lugar que esté dentro de los condados, las ciudades y/o las áreas de código postal en el estado de CO que Cigna designó como el área en que este Plan está disponible para la inscripción.

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 con receta, 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.

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 la evaluación de la afección o enfermedad para la cual se propone no han sido probadas mediante la literatura científica existente basada en evidencias y revisada por colegas médicos; o
- 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 y uno o más de los Miembros de Su familia están Asegurados en virtud de esta Póliza. Es una acumulación del Deducible individual pagado por cada Miembro de la familia por Gastos cubiertos correspondientes a Servicios médicos cubiertos durante un Año. 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 en un Año, los Deducibles individuales restantes no se aplicarán durante el resto del Año. La cantidad del Deducible familiar 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 “Elegibilidad”.

Desembolso máximo familiar: Se aplica si Usted tiene un plan familiar y Usted y uno o más de los Miembros de Su familia se encuentran asegurados en virtud de esta Póliza. Es una acumulación del Deducible, el Co-seguro y los Copagos acumulados por cada Miembro de la familia durante un Año. 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 a un Año, Usted y los Miembros de Su familia ya no serán responsables de pagar el Co-seguro o los Copagos 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 familiar, y siempre las pagará Usted. La cantidad del Desembolso máximo familiar se describe en la sección “Programa de beneficios” de esta Póliza.

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 cumple con todos los requisitos mencionados a continuación:

- 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 instalaciones 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 con receta (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 conservar, aprender o mejorar las habilidades y funciones para la vida cotidiana, proporcionados de manera semejante y adicional a cualquier servicio de rehabilitación ofrecido en el plan EHB de referencia de Colorado. En este contexto, “semejante” significa del mismo tipo y sustancialmente equivalente en alcance, cantidad y duración. Definir los beneficios de habilitación de esta manera brinda beneficios de habilitación a la par con aquellos ofrecidos actualmente en la rehabilitación y refleja la utilización actual en el campo de la rehabilitación.

Servicios de atención en el hogar para enfermos terminales son servicios para enfermos terminales, que se proporcionan en el lugar que el Paciente designe como su residencia principal, que puede ser una residencia privada, una comunidad de retiro o una instalación de vivienda asistida, para convalecientes o para personas con Alzheimer.

Agencia de salud en el hogar significa una agencia que ha sido certificada por el Departamento de Salud Pública y Ambiente de Colorado por cumplir con las disposiciones del título XVIII de la Ley de Seguro Social Federal, con sus modificaciones, para agencias de salud en el hogar, y que se ocupa de coordinar y proporcionar servicios de enfermería, servicios de asistentes de salud en el hogar y otros servicios terapéuticos y relacionados.

Servicios de salud en el hogar significa los siguientes servicios proporcionados por una agencia de salud en el hogar certificada bajo un plan de cuidados para personas que cumplan con los requisitos en su lugar de residencia:

- Servicios de enfermería profesionales.
- Servicios de un asistente de enfermería certificado y con licencia, según lo definido en el artículo 12-38.1-102(3) del C.R.S.
- Suministros, equipos y dispositivos médicos adecuados para usar en el hogar.
- Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla y del lenguaje.
- Servicios de asistencia social, según lo definido en el artículo 12-43-403 del C.R.S., proporcionados por un trabajador social con licencia, según lo dispuesto en el artículo 12-43-201(5.5).

Servicios domésticos significa servicios proporcionados al paciente, que incluyen: tareas domésticas en general, como la preparación de comidas y el cuidado de rutina del hogar; y la enseñanza, demostración y prestación de técnicas de administración del hogar al Paciente/la Familia, a fin de promover el cuidado personal, la vida independiente y una buena alimentación.

Instalación o servicios para enfermos terminales significa una instalación o servicio con licencia del Departamento de Salud Pública y Ambiente bajo un programa administrado centralmente de servicios Paliativos y de apoyo a través de un Equipo interdisciplinario, que proporciona cuidados físicos, psicológicos, espirituales y por Duelo para personas con enfermedades terminales y sus familias dentro de un marco continuo de servicios para pacientes internados y servicios de Atención en el hogar para enfermos terminales disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana. Los servicios para enfermos terminales deben proporcionarse en el hogar, en una Instalación para enfermos terminales con COINDEPO042017

licencia y/o en otra instalación para la salud con licencia. Los servicios para enfermos terminales incluyen, a modo de ejemplo: servicios de enfermería, servicios de Médicos, servicios de asistentes de enfermería certificados, servicios de enfermería delegados a otros asistentes, Servicios domésticos, fisioterapia, asesoría pastoral, servicios de voluntarios capacitados, servicios básicos, servicios personales, servicios de atención diurna para enfermos terminales y servicios sociales médicos.

Atención para enfermos terminales significa un modo alternativo de cuidar a las personas con enfermedades terminales, que hace hincapié en los cuidados Paliativos, en lugar de la atención curativa o restaurativa. En la Atención para enfermos terminales, el Paciente/la Familia son la unidad de atención. Se ofrecen servicios de apoyo a la familia antes y después de la muerte del Paciente. La Atención para enfermos terminales no se limita a la intervención médica, sino que aborda las necesidades físicas, sociales, psicológicas y espirituales del Paciente. La Atención para enfermos terminales es planificada, implementada y evaluada por un Equipo interdisciplinario de profesionales y voluntarios. El énfasis del programa de Atención para enfermos terminales está puesto en mantener al Paciente en su hogar con su familia y amigos la mayor cantidad de tiempo posible.

Niveles de atención para enfermos terminales significa:

- Atención de rutina en el hogar: El nivel de atención que recibe el Paciente/la Familia conforme al plan de cuidados del equipo interdisciplinario cada día que el paciente está en su hogar y sin recibir 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 lograr aliviar y controlar los síntomas médicos agudos. La atención debe ser preponderantemente de enfermería (al menos la mitad) y debe ser proporcionada por un período de al menos ocho horas en un día calendario. Pueden proporcionarse Servicios de un asistente de salud en el hogar o Servicios domésticos, o ambos, para complementar la atención de enfermería.
- Atención de relevo como paciente internado en una Instalación para enfermos terminales: El nivel de atención recibido cuando el paciente se encuentra en una instalación con licencia para proporcionarle al cuidador un período de descanso. La atención de relevo como paciente internado puede proporcionarse únicamente en forma intermitente, fuera de rutina y a corto plazo, limitada a períodos de cinco días o menos.
- Atención general como paciente internado (aguda) a corto plazo para enfermos terminales: El nivel de atención que el paciente recibe cuando la Atención como paciente internado a corto plazo para el control del dolor o el manejo de los síntomas agudos no puede lograrse en el hogar. Este nivel de atención puede proporcionarse en una instalación con licencia con la aprobación del Médico y la Instalación para enfermos terminales.

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 Enfermeras tituladas registradas; o
- una institución que cumple con 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 que una parte significativa de las actividades incluya el descanso, la recreación, el tiempo libre o cualquier otro servicio que no sea exclusivamente un Servicio cubierto.

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

Deducible individual es la cantidad de Gastos cubiertos incurridos por servicios médicos 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: El Desembolso máximo individual es una acumulación de Gastos cubiertos. Incluye Deducibles, Copagos y Co-seguros por Servicios médicos y de farmacia cubiertos. Una vez que se haya COINDEPO042017

MIEP0133

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 o Copago 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 individual, y siempre las pagará Usted. La cantidad del Desembolso máximo individual se describe en la sección “Programa de beneficios” de esta Póliza.

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 con receta son medicamentos indicados o recetados por un Médico y administrados bajo la supervisión de un profesional de atención médica para afecciones raras y/o crónicas. Estos medicamentos incluyen, a modo de ejemplo, factor y suministros para hemofilia, reemplazo de enzimas e inmunoglobulina intravenosa. Dichos medicamentos de especialidad pueden requerir Autorización previa o precertificación, y solo estarán cubiertos cuando los proporcione un Proveedor participante aprobado específicamente designado para suministrar dicho medicamento de especialidad con receta.

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 Usted, el solicitante y todos los demás Miembros de la familia que estén cubiertos por esta Póliza.

Equipo interdisciplinario significa un grupo de personas calificadas, que incluye, a modo de ejemplo, Médicos, enfermeras tituladas, clérigos/consejeros, directores voluntarios y/o voluntarios capacitados, y personal apropiado que tengan colectivamente experiencia en satisfacer las necesidades especiales de los Pacientes terminales y sus Familias.

Mercado significa un Mercado estatal, un Mercado asociado con el estado o un Mercado dirigido federalmente, según sea el caso.

Cargo máximo reembolsable

El Cargo máximo reembolsable por Servicios de emergencia prestados en el Departamento de emergencias de un Hospital se determina en función de 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 negociada con Proveedores participantes/Dentro de la red de Cigna por los mismos servicios; 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 en función de 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 negociada con Proveedores participantes/Dentro de la red de Cigna por los mismos servicios; 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.

Medicamente necesarios o Dentalmente necesarios hace referencia a los servicios o suministros que el Director médico de Cigna determine 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.
- Cumplen con los estándares generalmente aceptados de buenas prácticas médicas dentro de la comunidad de profesionales calificados.
- No tienen como fin principal la comodidad de ninguna Persona asegurada, Médico u otro Proveedor.
- Se proporcionan en la unidad menos intensiva que sea apropiada para la prestación de los servicios o la entrega de los suministros. Si corresponde, Cigna podrá comparar la relación costo-eficacia de servicios, unidades o suministros alternativos al determinar cuál es 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, indicado, recomendado o aprobado un servicio, suministro, tratamiento o Internación, de por sí, no hace que sea Medicamente necesario o Dentalmente necesario, ni que constituya 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.

Trastornos 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.

Farmacia no participante/fuera de la red es una Farmacia minorista con la cual Cigna NO ha celebrado un contrato para brindar servicios de despacho de Medicamentos con receta a las Personas aseguradas; o una Farmacia de pedido por correo con la cual Cigna NO ha celebrado un contrato para brindar servicios de pedido por correo de Medicamentos con receta a las Personas aseguradas.

Proveedor no participante/Proveedor fuera de la red es un Proveedor que no tiene un acuerdo de Proveedor participante en vigor 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 exclusivamente uno o más de los 3 servicios específicos que se mencionan a continuación:

- 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 necesarios para sostener o corregir una forma o función defectuosa de una parte del cuerpo inoperativa o que funciona mal, o para restringir el movimiento en una parte del cuerpo enferma o lesionada.

Otra instalación de atención médica significa una instalación distinta de un Hospital o una instalación para enfermos terminales. Algunos ejemplos de Otras instalaciones de atención médica 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 significa los servicios y/o intervenciones que no son curativos, pero que producen el grado más alto de alivio del dolor y otros síntomas de una Enfermedad terminal.

Farmacia participante/dentro de la red es una Farmacia minorista con la cual Cigna ha celebrado un contrato para brindar servicios de despacho de Medicamentos con receta a las 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 con receta a las Personas aseguradas.

Proveedor participante/dentro de la red es un Hospital, un Médico o cualquier otro profesional o entidad de atención médica 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 integrada por las personas que están estrechamente vinculadas con el paciente, entre los que se incluyen los familiares inmediatos, el cuidador primario y las 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 y otros servicios o tratamientos que se describen en la sección “Servicios de atención de la vista pediátrica” de esta Póliza proporcionados a una Persona asegurada que tiene menos de 19 años.

Farmacia es una Farmacia minorista o una farmacia de pedido por correo.

Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) es un comité de Proveedores participantes, Directores médicos y Directores de farmacia de Cigna, que revisa periódicamente los Medicamentos con receta y los Suministros relacionados para determinar su seguridad y eficacia. El Comité de P&T evalúa los Medicamentos con receta y los Suministros relacionados para determinar su posible incorporación a la Lista de medicamentos con receta o su eliminación de dicha lista, y también puede establecer los límites de dosis y/o suministro respecto de Medicamentos con receta 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, u otra autorización, 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 que 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 este documento, incluida la página de especificaciones de la Póliza, la solicitud de cobertura completada y aceptada, y cualquier modificación o endoso de este documento. En este documento, 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 esta y es designado como Titular de la póliza en la página de especificaciones.

Medicamento con receta se refiere a:

- un medicamento cuya eficacia y seguridad ha sido aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos;
- 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 con receta es una lista de los Medicamentos con receta y los Suministros relacionados aprobados. Los Medicamentos con receta y los Suministros relacionados que se incluyen en la Lista de medicamentos con receta han sido aprobados de conformidad con los parámetros establecidos por el Comité de P&T. La Lista de medicamentos con receta se revisa y actualiza periódicamente. Puede ver la lista de medicamentos en <http://www.cigna.com/ifp-drug-list>.

Receta significa la Autorización legal para un Medicamento con receta 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 de atención primaria 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 pediatría, y que, a través de un acuerdo con Cigna, proporciona servicios de salud básicos a aquellas Personas aseguradas que lo seleccionan como Médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) y coordina servicios especializados para ellas.

Autorización previa significa la aprobación para determinados servicios médicos o Medicamentos con receta y Suministros relacionados que un Proveedor participante debe solicitar y recibir de Cigna para servicios médicos y del Comité de farmacia y terapéutica para Medicamentos con receta y Suministros relacionados, antes de que se presten los servicios o se receten los Medicamentos con receta, a fin de que dichos servicios médicos o Medicamentos con receta y Suministros relacionados cumplan con los requisitos para recibir beneficios en virtud de este Plan. Puede identificar los Medicamentos con receta y Suministros relacionados para los que se necesita Autorización previa en la Lista de medicamentos con receta en www.myCigna.com.

Prótesis/aparatos y dispositivos protésicos son dispositivos fabricados con el fin de reemplazar partes del cuerpo faltantes. Las Prótesis/aparatos y dispositivos protésicos 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 atención médica (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 una cirugía para corregir la apariencia de rasgos o características del cuerpo de apariencia anormal ocasionados por defectos de nacimiento, una Lesión, una cirugía médicamente necesaria, hemangioma congénito (manchas rojas) en la cara y el cuello de una persona asegurada de 18 años o menos, tumores o una infección. Un rasgo o una característica del cuerpo tiene una apariencia anormal cuando una persona promedio consideraría que se encuentra fuera del rango de las variaciones generales de la apariencia normal de los seres humanos. La Cirugía reconstructiva incluye cirugía para mejorar el funcionamiento de una estructura craneofacial anormal ocasionada por defectos congénitos, deformidades del desarrollo, traumatismo, tumores, infecciones o enfermedades, o para intentar crear una apariencia normal de dicha estructura. La Cirugía reconstructiva también incluye la reconstrucción del seno. A efectos de esta Póliza, “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 los servicios de un Proveedor participante, que no sea el PCP o un obstetra/ginecólogo participante, a fin de que los servicios médicos estén cubiertos por este Plan. Los servicios dentales y de 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 con receta para pacientes en consulta externa que no se despachan en jeringas prellenadas, inhaladores, espaciadores de inhaladores para el manejo y tratamiento de asma pediátrico 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 significa medicamentos aprobados por la FDA que una persona puede administrarse a sí misma mediante una inyección intramuscular, intravenosa o subcutánea. Esto no incluye insulina recetada para el uso de la Persona asegurada.

Área de servicio significa el área en que Cigna tiene una red de Proveedores participantes para que este Plan utilice. Para buscar un Proveedor que participe en la Red utilizada por este Plan, llame al número gratuito que figura en la parte de atrás de Su tarjeta de identificación, o ingrese en www.mycigna.com y haga clic en *Find a Doctor, Dentist or Facility* (Buscar un médico, un dentista o una instalación).

Instalación de enfermería especializada es una institución que proporciona servicios de enfermería especializada en forma continua. Debe cumplir con los siguientes requisitos:

- 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 una enfermera profesional titulada registrada (RN, por sus siglas en inglés), y
- mantener un registro médico diario de cada paciente.

Esta definición excluye cualquier establecimiento, instalación o parte de estos 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 enfermedades o trastornos mentales o la atención de custodia o educativa.

Intento de dejar de fumar significa 4 sesiones de asesoría para dejar de consumir tabaco de, al menos, 10 minutos cada una por intento (que incluyen asesoría telefónica, asesoría grupal y asesoría individual); y un régimen de 90 días por intento de determinados medicamentos para dejar de consumir tabaco aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) (que incluyen medicamentos con receta y medicamentos de venta libre con la receta de un Médico; consulte la Lista de medicamentos preventivos sin costo en myCigna.com 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.

Medicamentos de especialidad significa un Medicamento con receta Genérico o De marca que cumple con los siguientes criterios, con sujeción a la legislación aplicable:

- (A) El medicamento deriva de procesos de biotecnología, que utilizan cultivos de tejido, células vivas o enzimas celulares; o es un medicamento de moléculas pequeñas (compuesto orgánico, se une a una proteína, ácido nucleico o polisacárido); y
- (B) en general, cumple con, al menos, 3 de los siguientes atributos:
 1. se indica para combatir la patología de la enfermedad subyacente;
 2. modifica la secuela de la enfermedad;
 3. se indica para combatir afecciones poco frecuentes, crónicas y costosas;
 4. requiere atenta supervisión y control de la terapia para verificar su seguridad y efectividad;
 5. hay una prueba genética disponible para determinar su eficacia dentro de una población definida.

El hecho de que se considere que un medicamento es un Medicamento de especialidad en función de los criterios anteriores no determina necesariamente en qué nivel se asignará el Medicamento de especialidad o si el Medicamento de especialidad está cubierto en virtud del beneficio médico o del beneficio de medicamentos con receta 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.

Tratamiento escalonado es un tipo de Autorización previa. Es posible que Cigna requiera que una Persona asegurada siga determinados pasos antes de cubrir algunos Medicamentos con receta y Suministros relacionados, incluso Medicamentos de especialidad. Es posible que también requiramos que una Persona asegurada pruebe Medicamentos con receta y Suministros relacionados similares, incluso Medicamentos de especialidad que se ha determinado que son seguros, efectivos y más convenientes en función de los costos para la mayoría de las personas que tienen la misma afección que la Persona asegurada. Los Medicamentos con receta y los Suministros relacionados que requieren Tratamiento escalonado pueden identificarse en la Lista de medicamentos con receta incluida en www.mycigna.com.

Trastorno de consumo de sustancias significa la dependencia psicológica o física al alcohol u otros fármacos que alteran la mente, que requiere diagnóstico, atención y tratamiento.

Servicio médico de telemedicina/telesalud es un servicio de atención médica iniciado o prestado por un Médico con el objetivo de evaluar, diagnosticar o tratar a un paciente, hacer una consulta con este o transferir sus datos médicos, que requiere el uso de tecnologías de telecomunicaciones avanzadas.

Enfermedad terminal es una afección que convierte al paciente en un enfermo terminal, con un pronóstico de seis meses de vida o menos, según el diagnóstico de un Médico.

Virtual, con respecto a Cigna Telehealth Connection, significa Servicios cubiertos que se proporcionan a través de tecnologías de telecomunicaciones seguras, como teléfonos e internet.

Nosotros/Nos/Nuestro hace referencia a Cigna Life and Health Insurance Company, Inc. (Cigna).

Usted y Su se refieren al Titular de la póliza que ha pedido la cobertura, ha sido aceptado para esta y es designado como Titular de la póliza en la página de especificaciones.

Discrimination is Against the Law

Cigna complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Cigna does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Cigna:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Customer Service at the toll-free number shown on your ID card, and ask a Customer Service Associate for assistance.

If you believe that Cigna has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by sending an email to ACAGrievance@cigna.com or by writing to the following address:

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

If you need assistance filing a written grievance, please call the number on the back of your ID card or send an email to ACAGrievance@cigna.com. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Proficiency of Language Assistance Services

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. **For current Cigna customers**, call the number on the back of your ID card. **Otherwise, call 1-800-244-6224** (TTY: Dial 711).

[Spanish]

ATENCIÓN: tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. **Si es un cliente actual de Cigna**, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. **Si no lo es, llame al 1-800-244-6224** (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

[Chinese]

注意：我們可為您免費提供語言協助服務。**對於 Cigna 的現有客戶，**請致電您的 ID 卡背面的號碼。**其他客戶請致電 1-800-244-6224**（聽障專線：請撥 711）。

[Vietnamese]

CHÚ Ý: Có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. **Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna,** gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên. **Các trường hợp khác xin gọi số 1-800-244-6224** (TTY: Quay số 711).

[Korean]

주의: 있습니다 수 이용하실 비용없이 서비스를 지원 언어. 기존 Cigna 경우 가입자의, 가입자 ID 주십시오 연락해 전화번호로 있는 뒷면에 카드. 아니면 **1-800-244-6224** 연락해 번으로 주십시오(TTY: 711전화 번으로).

[Tagalog]

PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. **Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna,** tawagan ang numero sa likuran ng iyong ID card. **O kaya, tumawag sa 1-800-244-6224** (TTY: I-dial ang 711).

[Russian]

ВНИМАНИЕ: вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. **Если вы уже участвуете в плане Cigna,** позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки участника плана. **Если вы не являетесь участником одного из наших планов,** позвоните по номеру **1-800-244-6224** (TTY: 711).

[Arabic]

برجاء الانتباه خدمات الترجمة المجانية متاحة لكم لعملاء Cigna الحاليين برجاء الاتصال بالرقم المدون علي ظهر بطاقتكم الشخصية. او اتصل ب **1-800-244-6224**(TTY: اتصل ب 711).

[French Creole]

ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang ki disponib gratis pou ou. **Pou kliyan Cigna yo,** rele nimewo ki dèyè kat ID ou. **Sinon, rele nimewo 1-800-244-6224** (TTY: Rele 711).

[French]

ATTENTION : des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. **Si vous êtes un client actuel de Cigna,** veuillez appeler le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité. **Sinon, veuillez appeler le numéro 1-800-244-6224** (ATS : composez le numéro 711).

[Portuguese]

ATENÇÃO: Tem ao seu dispor serviços de assistência linguística, totalmente gratuitos. **Para clientes Cigna atuais**, ligue para o número que se encontra no verso do seu cartão de identificação. **Caso contrário, ligue para 1-800-244-6224** (Dispositivos TTY: marque 711).

[Polish]

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

[Japanese]

お知らせ： 無料の日本語サポートサービスをご利用いただけます。現在のCignaのお客様は、IDカード裏面の電話番号におかけ下さい。その他の方は、1-800-244-6224におかけください。(文字電話: 番号711)。

[Italian]

ATTENZIONE: sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. **Per i clienti Cigna attuali**, chiamare il numero sul retro della tessera ID. **In caso contrario, chiamare il numero 1-800-244-6224** (utenti TTY: chiamare il numero 711).

[German]

Achtung: Die Leistungen der Sprachunterstützung stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. **Für gegenwärtige Cigna-Kunden**, Bitte rufen Sie die Nummer auf der Rückseite Ihres Personalausweises. **Sonst, rufen Sie 1-800-244-6224** (TTY: Wählen Sie 711).

[Persian (Farsi)]

توجه: خدمات کمکی زبان، رایگان در دسترس شما است. برای مشتریان فعلی Cigna، لطفاً با شماره ای که در پشت کارت شناسایی شما است تماس بگیرید. در غیر اینصورت، با شماره 1-800-244-6224 تماس بگیرید (TTY: 711 را شماره گیری کنید).