

Cigna Health and Life Insurance Company puede modificar las primas de esta Póliza, pero primero debe enviarle a la Persona asegurada una notificación por escrito con 75 días de anticipación. Sin embargo, no modificaremos el programa de esta Póliza de manera individual, sino que lo haremos para todas las Personas aseguradas que pertenezcan a la misma clase y estén cubiertas por el mismo plan que usted. Solo modificaremos las primas anualmente.

Cigna Health and Life Insurance Company ("Cigna")
900 Cottage Grove Road
Bloomfield, CT 06002

**Cigna Connect 4500 and Native American/Alaskan Native over 300%
Plan de salud médico principal individual y familiar**

Si desea cancelar o tiene preguntas

Si no está satisfecho, por cualquier motivo, con los términos de esta Póliza, puede devolverla en un plazo de 10 días después de recibirla. En ese caso, procederemos a cancelar su cobertura a partir de la fecha original de entrada en vigor y le reembolsaremos de inmediato cualquier prima que haya pagado. Luego de esto, la Póliza quedará sin efecto. Si desea comunicarse con nosotros por este asunto o por cualquier otro motivo, escríbanos a la siguiente dirección:

**Cigna
Individual Services
P.O. Box 30365
Tampa, FL 33630-3365
1-877-484-5967**

Incluya su número de identificación de Cigna en la correspondencia. Este número figura en su tarjeta de identificación de Cigna.

ESTA PÓLIZA NO ES UNA PÓLIZA COMPLEMENTARIA DE MEDICARE. Si usted reúne los requisitos para Medicare, revise la Guía para las personas con Medicare que puede proporcionarle la compañía.

Renovación garantizada

Esta Póliza es una cobertura médica sujeta a pagos mensuales continuos por parte de la Persona asegurada. Cigna renovará esta Póliza, salvo por los eventos específicos que figuran en la Póliza. La cobertura en virtud de esta Póliza entra en vigor a las 12:01 a.m., **hora del este**, en la Fecha de entrada en vigor que figura en la página de especificaciones de la Póliza. La cobertura finalizará a las 12:00 a.m., **hora del este**.

Renovación. Esta Póliza se renueva por Año calendario.

Cancelación por parte de Cigna. Podemos cancelar esta Póliza únicamente en alguno de los siguientes casos:

1. Si usted no paga sus primas a medida que venzan, o bien, antes de que finalice el período de gracia de 31 días para los planes que no hayan sido adquiridos en el Mercado o el período de gracia de 90 días para los planes que hayan sido adquiridos en el Mercado.
2. Si usted ha cometido cualquier acto o llevado a cabo cualquier práctica que constituyan un fraude, o realizado una tergiversación intencional de un dato sustancial en relación con esta Póliza o cobertura.
3. Cuando dejemos de ofrecer este tipo de pólizas a todas las personas de su clase. En ese caso, la ley de Virginia nos exige que hagamos lo siguiente: (1) le enviemos una notificación por escrito a cada una de las Personas aseguradas para informarles sobre la cancelación, antes de los 90 días previos a la fecha de la cancelación de la cobertura; (2) le ofrezcamos a cada una de las Personas aseguradas la opción de adquirir cualquier otra cobertura individual de seguro hospitalario, médico hospitalario o quirúrgico, con emisión garantizada, al momento de la cancelación; y (3) actuemos de manera uniforme, independientemente de cualquier factor relacionado con una condición de salud de la Persona asegurada.
4. Cuando dejemos de ofrecer planes en el mercado individual de Virginia, le informaremos sobre la cancelación inminente de su cobertura 180 días antes de dicha cancelación, como mínimo.
5. Cuando la Persona asegurada ya no resida, viva ni trabaje en el Área de servicio.

Toda cancelación se realizará sin perjuicio de las reclamaciones por Gastos cubiertos en los que se haya incurrido antes de la cancelación.

Firmado en nombre de Cigna por:


Matthew G. Manders, President


Anna Krishtul, Corporate Secretary

INFORMACIÓN IMPORTANTE CON RESPECTO A SU SEGURO

Esta compañía está sujeta a la reglamentación del estado de Virginia, por la Oficina de Seguros de la Comisión de Corporaciones del Estado (conforme al Título 38.2) y por el Departamento de Salud de Virginia (conforme al Título 32.1).

En caso de que necesite comunicarse con alguien por cualquier motivo relacionado con este seguro, comuníquese con su representante. Si ningún representante los ayudó a adquirir este seguro o si tiene más preguntas, puede comunicarse con la compañía de seguros que emitió este seguro a la siguiente dirección y número de teléfono:

Cigna Health and Life Insurance Company (“Cigna”)

Individual Services

900 Cottage Grove Road
Bloomfield, CT 06002
1.800.Cigna24 (1.800.244.6224)

Si no se ha podido comunicar o no ha quedado satisfecho con la compañía o con el representante, puede comunicarse con la Oficina de Seguros de la Comisión Corporativa Estatal de Virginia:

Life and Health Division

Bureau of Insurance

P.O. Box 1157
Richmond, VA 23218
1-800-552-7945, para llamadas estatales
1-877-310-6560, número de teléfono nacional gratuito

Es preferible que envíe correspondencia escrita para que quede un registro de su consulta. Cuando se comunique con su representante, la compañía o la Oficina de Seguros, tenga a mano su número de ID de miembro.

RESPONSABLE DEL PAGO COMO ÚLTIMO RECURSO. El Departamento de Servicios de Asistencia Médica, que administra el programa Medicaid en Virginia, es el responsable del pago como último recurso. Tenga en cuenta que el hecho de que el asegurado reúna los requisitos para recibir asistencia médica con Medicaid, no es un motivo para que Cigna descarte afiliar a una persona o retener pagos por beneficios a un asegurado o en nombre de un Asegurado, en concepto de atención médica o dental cubierta en virtud de la Póliza.

Acceso directo a obstetras y ginecólogos

No necesita autorización previa del plan ni de ninguna otra persona (como un proveedor de atención primaria) para acceder a la atención obstétrica o ginecológica brindada por un profesional de atención médica de nuestra red, especializado 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 derivaciones. Para ver una lista de profesionales de atención médica que se especializan en obstetricia o ginecología, visite www.mycigna.com o comuníquese con el servicio de atención al cliente al número de teléfono que figura en el dorso de su tarjeta de ID.

Selección de un proveedor de atención primaria

Es posible que este plan exija o permita la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en la red y que pueda aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Si su plan le exige que designe a un proveedor de atención primaria, Cigna podrá designar uno por usted hasta que usted efectúe la designación correspondiente. Para obtener información sobre cómo seleccionar a un proveedor de atención primaria y para ver una lista de los proveedores de atención primaria participantes, visite www.mycigna.com o comuníquese con el servicio de atención al cliente al número de teléfono que figura en el dorso de su tarjeta de ID.

En el caso de sus hijos, puede designar a un pediatra como el proveedor de atención primaria.

Índice

INTRODUCCIÓN	7
ACERCA DE ESTA PÓLIZA.....	7
ESTE ES UN PLAN ÚNICAMENTE DE PROVEEDORES EXCLUSIVOS DE LA RED.....	8
CÓMO ELEGIR UN MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	8
CÓMO CAMBIAR DE MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	8
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	8
DERIVACIONES A ESPECIALISTAS.....	9
EXCEPCIONES DEL PROCESO DE DERIVACIÓN:.....	9
DERIVACIÓN PERMANENTE A UN ESPECIALISTA	10
EXCEPCIONES DE LA RED	10
NOTA RESPECTO DE LAS CUENTAS DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS).....	10
INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LOS BENEFICIOS.....	11
PROGRAMA DE AUTORIZACIÓN PREVIA	11
PROGRAMA DE BENEFICIOS	13
DEFINICIONES	28
¿QUIÉNES REÚNEN LOS REQUISITOS PARA RECIBIR COBERTURA?	41
REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD.....	41
¿CUÁNDO PUEDE PRESENTAR LA SOLICITUD?.....	42
CAUSAS ESPECÍFICAS DE INELEGIBILIDAD	45
CONTINUACIÓN	46
CÓMO FUNCIONA LA PÓLIZA	47
PROGRAMA DE BENEFICIOS	47
CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES.....	47
DEDUCIBLES	48
DESEMBOLSO MÁXIMO.....	48
LÍMITES ESPECIALES.....	49
BENEFICIOS INTEGRALES: COBERTURA DE LA PÓLIZA	50
SERVICIOS Y SUMINISTROS PROVISTOS POR UN HOSPITAL O CENTRO QUIRÚRGICO AMBULATORIO INDEPENDIENTE.....	50
SERVICIOS Y SUMINISTROS PROVISTOS POR UN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	51
SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES	51
SERVICIOS PROFESIONALES Y DE OTRA NATURALEZA.....	52
CORRECCIÓN DE LA VISTA DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA O UN ACCIDENTE.....	53
CIRUGÍA	53
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA	54
LOS SERVICIOS ESTARÁN CUBIERTOS COMO CUALQUIER SERVICIO MÉDICO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA.....	54
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO.....	54
RADIOTERAPIA	55
FISIOTERAPIA RESPIRATORIA	55
TERAPIA DE INFUSIÓN	55
DIÁLISIS	56
EQUIPO MÉDICO DURADERO	56
SUMINISTROS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS.....	57
APARATOS Y DISPOSITIVOS PROTÉSICOS.....	57
DISPOSITIVOS ORTOPÉDICOS	57
SERVICIOS DE AMBULANCIA	58
SERVICIOS HABILITATIVOS Y DE REHABILITACIÓN	58
SERVICIOS PARA LA REHABILITACIÓN CARDÍACA Y PULMONAR.....	59
SERVICIOS PARA TRASTORNOS MENTALES, EMOCIONALES O NERVIOSOS FUNCIONALES (INCLUIDOS LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS) Y TRASTORNOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	59
ATENCIÓN DE MATERNIDAD Y DURANTE EL EMBARAZO.....	60
TRATAMIENTO PARA LA ESTERILIDAD	61
HOSPITALIZACIÓN POR HISTERECTOMÍA.....	61

SERVICIOS DE ATENCIÓN PREVENTIVA.....	61
ATENCIÓN PREVENTIVA PARA LA MUJER	62
ATENCIÓN PREVENTIVA PARA ADULTOS	64
PRUEBAS GENÉTICAS.....	65
SERVICIOS DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA.....	65
CIRCUNCISIÓN.....	65
ANOMALÍAS Y DEFECTOS CONGÉNITOS EN RECIÉN NACIDOS	66
TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS	66
TRATAMIENTO DE LA DIABETES	68
TRATAMIENTO RECIBIDO DE PROVEEDORES EN PAÍS EXTRANJERO	69
CIGNA TELEHEALTH CONNECTION	69
SERVICIOS DE TELEMEDICINA	70
ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO.....	70
DEJAR DE FUMAR.....	71
MASTECTOMÍA Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS	71
ATENCIÓN DENTAL.....	71
COBERTURA DENTAL PARA TRATAMIENTOS MÉDICOS	72
HOSPITALIZACIÓN Y ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES.....	72
TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (TMJ, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) Y TRASTORNOS CRANEOMANDIBULARES	72
PROCEDIMIENTOS QUE INVOLUCRAN HUESOS Y ARTICULACIONES DE LA CABEZA, EL CUELLO, LA CARA O LA MANDÍBULA	72
CIRUGÍA MAXILOFACIAL	73
FÓRMULAS NUTRICIONALES: FÓRMULA ELEMENTAL A BASE DE AMINOÁCIDOS O METABOLISMO DE ÁCIDO ORGÁNICO, ANOMALÍA METABÓLICA O ALERGIAS GRAVES A LA PROTEÍNA O LA SOJA.....	73
PRUEBAS Y TRATAMIENTOS PARA EL SUEÑO	74
ENSAYOS CLÍNICOS.....	74
HEMOFILIA Y TRASTORNO HEMORRÁGICO CONGÉNITO	75
MEDICAMENTOS USADOS EN EL TRATAMIENTO CONTRA EL CÁNCER.....	76
MEDICAMENTOS DE ADMINISTRACIÓN ORAL CONTRA EL CÁNCER.....	76
MEDICAMENTOS DE USO EXTRAOFICIAL Y MEDICAMENTOS CONTRA EL CÁNCER DE USO EXTRAOFICIAL	76
PAGO AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA DE VIRGINIA	77
MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA CUBIERTOS POR LOS BENEFICIOS MÉDICOS.....	77
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES: LO QUE ESTA PÓLIZA NO CUBRE.....	78
SERVICIOS EXCLUIDOS	78
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA.....	84
PAGOS A LA FARMACIA	84
MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA Y MEDICAMENTOS DE ESPECIALIDAD CUBIERTOS COMO BENEFICIOS MÉDICOS	84
GASTOS CUBIERTOS.....	84
ACCESO A FARMACIAS MINORISTAS PARTICIPANTES	85
ELECCIÓN DE LA FARMACIA.....	85
LO QUE ESTÁ CUBIERTO.....	85
CONDICIONES DE SERVICIO.....	86
EXCLUSIONES	86
LIMITACIONES.....	88
PROCESO DE AUTORIZACIÓN, EXCEPCIÓN Y APELACIÓN DE MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA Y SUMINISTROS RELACIONADOS	88
COBERTURA DE MEDICAMENTOS NUEVOS.....	90
REEMBOLSO/PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES.....	90
RECLAMACIONES Y SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE	91
BENEFICIOS DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA DE LA VISTA PARA LA ATENCIÓN PROVISTA POR UN OFTALMÓLOGO U OPTOMETRISTA	92
BENEFICIOS DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA DE LA VISTA.....	92
DEFINICIONES.....	92
BENEFICIOS CUBIERTOS	92
EXCLUSIONES	93

PROVEEDORES DE CIGNA VISION	94
REEMBOLSO/PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES.....	94
CLÁUSULAS GENERALES	95
CLÁUSULA ALTERNATIVA DE CONTENCIÓN DE COSTOS.....	95
SEGURO CON OTRAS COMPAÑÍAS.....	95
QUÉ HACER CUANDO TIENE UNA QUEJA O APELACIÓN	95
TÉRMINOS DE LA PÓLIZA	100
OTRO SEGURO CON ESTA ASEGURADORA.....	104
CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN PARA BENEFICIOS.....	104
PROCEDIMIENTOS DE DETERMINACIÓN DE RECLAMACIONES	106
PRIMAS	109

Introducción

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 es un contrato legal entre Usted y Nosotros.

Según esta Póliza, las palabras “nosotros” y “nuestro” hacen referencia a Cigna. “Usted” o “su” hacen referencia al titular de la Póliza, cuya solicitud ha sido aceptada por el Intercambio de seguros en virtud de la Póliza emitida. Cuando usamos el término “Persona asegurada” en esta Póliza, nos referimos a usted y a cualquier Familiar que reúna los requisitos y esté cubierto por esta Póliza. Usted y todos los Familiares cubiertos por esta Póliza figuran en la página de especificaciones de la Póliza.

Los beneficios de esta Póliza se brindan únicamente para los servicios que se consideren Necesarios por razones médicas, conforme se definen 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 que dicho servicio, en sí mismo, sea Necesario por razones médicas ni que sea un Servicio cubierto. Si tiene preguntas respecto de si los servicios están cubiertos, consulte esta Póliza o llámenos por teléfono al número que figura en su tarjeta de identificación de Cigna.

Esta Póliza contiene muchos términos importantes (como “Necesario por razones médicas” y “Servicios cubiertos”) que se definen en la sección titulada “Definiciones”. Antes de leer esta Póliza, asegúrese de que entiende el significado de estas palabras, ya que están relacionadas con la Póliza.

En contraprestación por el pago de las primas estipuladas en esta Póliza, les proporcionaremos los servicios y beneficios que se mencionan en esta Póliza a usted y a sus Familiares cubiertos en virtud de esta Póliza.

SI, DENTRO DE LOS 2 AÑOS POSTERIORES A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE SU PARTICIPACIÓN EN LA PÓLIZA, DESCUBRIMOS CUALQUIER ACTO, PRÁCTICA U OMISIÓN QUE CONSTITUYA UN FRAUDE, O BIEN, QUE SE HAN TERGIVERSADO INTENCIONALMENTE DATOS SUSTANCIALES, PODEMOS RESCINDIR ESTA COBERTURA A PARTIR DE LA FECHA ORIGINAL DE ENTRADA EN VIGOR. ADEMÁS, SI EN LOS 2 AÑOS POSTERIORES A LA INCLUSIÓN DE FAMILIARES ADICIONALES (SIN INCLUIR A LOS HIJOS RECIÉN NACIDOS DEL ASEGURADO INCLUIDOS DENTRO DE LOS 31 DÍAS POSTERIORES AL NACIMIENTO), DESCUBRIMOS CUALQUIER ACTO, PRÁCTICA U OMISIÓN QUE CONSTITUYA UN FRAUDE, O BIEN, QUE SE HAN TERGIVERSADO INTENCIONALMENTE DATOS SUSTANCIALES, PODEMOS RESCINDIR LA COBERTURA DE LOS FAMILIARES ADICIONALES A PARTIR DE SU FECHA ORIGINAL DE ENTRADA EN VIGOR. SI RESCINDIMOS SU COBERTURA, LE NOTIFICAREMOS CON 30 DÍAS DE ANTICIPACIÓN Y LE REEMBOLSAREMOS TODAS LAS PRIMAS QUE PAGÓ POR LA PÓLIZA, MENOS LA CANTIDAD CORRESPONDIENTE A CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE CIGNA HAYA PAGADO. LA RESCISIÓN DE SU COBERTURA TENDRÁ COMO RESULTADO LA DENEGACIÓN DE TODAS LAS RECLAMACIONES PENDIENTES Y, SI EL PAGO DE LAS RECLAMACIONES SUPERA EL TOTAL DE LAS PRIMAS PAGADAS, LAS RECLAMACIONES QUE CIGNA HAYA PAGADO ANTERIORMENTE SE DENEGARÁN DE MANERA RETROACTIVA; ESTO LO OBLIGARÁ A USTED A PAGARLE AL PROVEEDOR LA TOTALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, SEGÚN LA TARIFA HABITUAL DEL PROVEEDOR, NO LA TARIFA QUE SE HAYA NEGOCIADO CON CIGNA.

Elección del hospital y el médico: Ninguna sección de esta Póliza restringe o interfiere con el derecho de una Persona asegurada a elegir el Hospital o el Médico que desee. Sin embargo, este plan no cubre los servicios que no sean de emergencia y que estén provistos por un proveedor no participante, salvo que se especifique en las cláusulas denominadas “Circunstancias especiales” y “Excepciones de la red” de este plan.

ESTE ES UN PLAN ÚNICAMENTE DE PROVEEDORES EXCLUSIVOS DE LA RED

Esto significa que este plan no ofrece beneficios por ningún servicio que reciba de un proveedor fuera de la red, salvo:

- por servicios de estabilización y tratamiento inicial de una Afección médica de emergencia; o bien,
- por servicios necesarios por razones médica que no estén disponibles a través de un proveedor de la red (participante).

Los proveedores de la red (participantes) incluyen médicos, hospitales y otros centros de atención médica. Consulte el directorio de proveedores, disponible en **Cigna.com/ifp-providers**, o bien, inicie sesión en myCigna.com o llame al número que figura en su tarjeta de ID para averiguar si un proveedor pertenece a la red (participante) o para solicitar que le envíen por correo postal una copia impresa del directorio de proveedores.

Cómo elegir un médico de atención primaria

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

Usted tiene derecho a designar como su PCP a cualquier proveedor de atención primaria que participe en la red y que pueda aceptarlo a usted o a sus familiares. Para obtener información sobre cómo elegir un médico de atención primaria y para ver una lista de los médicos de atención primaria participantes, visite www.mycigna.com o comuníquese con el servicio de atención al cliente al número de teléfono que figura en el dorso de su tarjeta de ID. En el caso de sus hijos, puede designar a un pediatra como el médico de atención primaria.

Cómo cambiar de médico de atención primaria

Puede cambiar de PCP de manera voluntaria, pero no más de una vez por mes calendario. Nos reservamos el derecho de decidir la cantidad de veces durante un Año del plan que se le permitirá cambiar de PCP. Si desea cambiar su médico de atención primaria por otro, comuníquese con nosotros al número de servicio de atención al cliente que figura en su tarjeta de ID. Estos cambios entrarán en vigor el primer día del mes siguiente al mes en el cual finaliza el procesamiento del cambio solicitado. Además, si en algún momento el médico de atención primaria deja de ser un Proveedor participante, le informaremos con 30 días de anticipación para que pueda elegir un nuevo médico de atención primaria.

Continuidad de la atención

Si su PCP o especialista deja de ser un médico participante, salvo cuando se cancele su participación en la red de este plan con causa, le permitiremos a dicho proveedor prestar servicios de atención médica por un período de 90 días, como mínimo, a cualquier miembro que cumpla con lo siguiente:

- Haya estado en tratamiento activo con el proveedor antes de recibir el aviso de cancelación.
- Solicite seguir recibiendo servicios de atención médica por parte del proveedor.

Asimismo, a menos que la participación del médico participante en la red de este plan se cancele con causa, Cigna permitirá que todos los proveedores que dejen de ser médicos participantes sigan prestando sus servicios de atención médica a todos los miembros que cumplan con las siguientes características:

- Han entrado al segundo trimestre de embarazo en el momento en que se cancela la participación del proveedor. Si el miembro está de acuerdo, dicho tratamiento continuará durante la provisión de atención puerperal directamente relacionada con el parto.

- Se determina que el miembro tiene una enfermedad terminal (según la definición del § 1861 (dd)(3)(A) de la Ley del Seguro Social) en el momento en que se cancela la participación del proveedor. Si el miembro está de acuerdo, dicho tratamiento continuará mientras el paciente siga con vida y reciba atención directamente relacionada con el tratamiento para la enfermedad terminal.

El proveedor recibirá un reembolso de nuestra parte por la continuidad de la cobertura según el contrato que tenía con nosotros inmediatamente antes de la cancelación de su participación.

Derivaciones a especialistas

Para que una consulta con un proveedor que no sea su PCP esté cubierta, debe recibir una derivación previa de su PCP, salvo que se indique lo contrario más abajo en la sección “Excepciones del proceso de derivación”. La derivación autoriza la cantidad específica de veces que puede consultar con un proveedor en un período de tiempo específico. Si recibe tratamiento de un proveedor que no sea su PCP sin una derivación del PCP, el tratamiento no estará cubierto y usted será responsable de pagar el 100 % de los costos relacionados.

Excepciones del proceso de derivación:

Usted puede acceder a ciertos servicios de Proveedores participantes y Servicios de emergencia sin una derivación de su PCP. Los siguientes servicios están excluidos del proceso de derivación:

- Servicios de emergencia

No necesita una derivación de su PCP para acceder a Servicios de emergencia, según se definen en la sección “Definiciones”. En caso de que haya una emergencia, busque asistencia de inmediato. Acuda a la sala de emergencia o al hospital más cercano a su domicilio, o bien, llame o pídale a alguien que llame al 911, a su servicio local de emergencia, a la policía o al departamento de bomberos para solicitar ayuda. No necesita una derivación de su PCP para acceder a Servicios de emergencia, pero sí debe llamar a su PCP cuanto antes para recibir asistencia adicional y consejos sobre la atención de seguimiento. **En caso de emergencia, debe buscar atención médica de inmediato y, luego, debe comunicarse con su PCP lo antes posible para recibir asistencia adicional y consejos sobre la atención de seguimiento.**

- En una situación que requiera atención de urgencia no es necesario tener una derivación para acudir a un centro de atención de urgencia participante, pero debe comunicarse con su PCP lo antes posible para que le brinde instrucciones antes de que sea atendido.
- Si es mujer y está asegurada, no necesita una derivación o autorización de su PCP para acceder a servicios obstétricos o ginecológicos por parte de un Proveedor participante que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el proveedor de atención obstétrica/ginecológica deba cumplir con determinados procedimientos, como obtener autorización previa para algunos servicios, seguir un plan de tratamiento previamente aprobado o respetar procedimientos para efectuar derivaciones. Para ver una lista de proveedores participantes que especializan en obstetricia o ginecología, visite www.mycigna.com o comuníquese con el servicio de atención al cliente al número de teléfono que figura en el dorso de su tarjeta de ID.
- Si es una Persona asegurada y es menor de 19 años, puede acudir a un dentista de la red para recibir beneficios dentales pediátricos o a un proveedor de la red de Cigna Vision para recibir beneficios pediátricos de la vista, sin una derivación de su PCP.
- También puede acudir a un Proveedor participante que reúna los requisitos para acceder a Servicios cubiertos de Atención pediátrica de la vista y a Servicios de atención dental pediátrica, según se definen en la sección “Servicios y suministros cubiertos”, sin una derivación de su PCP.
- No necesita una derivación de su PCP para acceder a servicios de atención preventiva.
- Tampoco necesita una derivación de su PCP para realizar una consulta virtual con un médico del programa Telehealth Connection.

Derivación permanente a un especialista

Puede solicitar una derivación permanente a un proveedor que no sea su PCP cuando se cumplan todas las siguientes condiciones:

- 1 Usted está inscrito para recibir cobertura en virtud de este plan.
- 2 Usted tiene una enfermedad o afección que representa un peligro para la vida, es degenerativa, crónica o incapacitante y requiere de atención médica especializada durante un período de tiempo prolongado, o bien, le han diagnosticado cáncer.
- 3 La derivación permanente es para un oncólogo o médico certificado especialista en analgesia que esté autorizado a brindar servicios en virtud de este plan y lo haya elegido usted si se le ha diagnosticado cáncer.
- 4 Su PCP junto con un especialista de la red determinan que su atención requiere de la experiencia de otro proveedor.
- 5 Su PCP determina que su enfermedad o afección requerirá de atención médica permanente durante un período de tiempo prolongado.
- 6 Su PCP realiza una derivación permanente a un especialista de la red, quien será responsable de proporcionar y coordinar su atención especializada.
- 7 El especialista de la red cuenta con la autorización de Cigna para brindar los servicios en virtud de la derivación permanente.

Una derivación permanente continúa vigente mientras dure el tratamiento. Si recibe una derivación permanente o cualquier otra derivación de su PCP, dicha derivación continuará vigente, incluso si el PCP deja de ser un médico participante. Si el especialista responsable del tratamiento abandona la red de Cigna, la derivación permanente queda sujeta a la cláusula de continuidad de la atención que se mencionó anteriormente. Si usted pierde la condición de Persona asegurada, la derivación permanente se considerará vencida.

Excepciones de la red

Si los Servicios cubiertos Necesarios por razones médicas no están disponibles a través de Médicos o Proveedores participantes, cuando un PCP o Proveedor de la red lo solicite, Cigna hará lo siguiente:

- Permitirá que se realice una derivación a un proveedor fuera de la red (no participante).
- Reembolsará completamente al proveedor fuera de la red (no participante), teniendo en cuenta la tarifa máxima reembolsable o una tarifa acordada.

Antes de denegar una solicitud de derivación a un proveedor fuera de la red (no participante), Cigna debe ordenar una revisión a cargo de un especialista que tenga una especialidad igual o similar a la del médico o proveedor a quien se le solicita la derivación.

Nota respecto de las cuentas de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés)

Cigna ofrece ciertos planes cuya finalidad es reunir los requisitos como “planes de salud con deducibles altos” (según se los define en el §223[c][2] del título 26 del Código de los EE. UU. [USC, por sus siglas en inglés]). Los planes que reúnen los requisitos para ser considerados planes de salud con Deducibles altos pueden permitirle aprovechar los beneficios del impuesto sobre los ingresos disponibles cuando establece una cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés) y usa el dinero que deposita en dicha cuenta para pagar los gastos médicos que reúnan los requisitos, según lo permita la legislación federal en materia de impuestos, y siempre y cuando usted sea una “persona que reúne los requisitos” (según se define en el §223[c][1] del título 26 del USC).

Cigna no brinda asesoramiento fiscal. Usted es responsable de consultar con un asesor fiscal o abogado sobre si un plan reúne los requisitos para ser considerado un plan de salud con Deducible alto y si usted reúne los requisitos para aprovechar los beneficios fiscales de la HSA.

Información importante sobre los beneficios

Programa de Autorización previa

Cigna le ofrece un programa integral de administración médica para la salud personal que se centra en mejorar los resultados de calidad y maximizar el valor.

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA SERVICIOS HOSPITALARIOS

Es necesaria una autorización previa para todas las hospitalizaciones que no sean de emergencia, así como para otros tipos de hospitalizaciones, a fin de reunir los requisitos para los beneficios. Tenga en cuenta que: un Proveedor participante es responsable de obtener la autorización previa.

A la autorización previa la puede obtener usted, un familiar o el proveedor, mediante una llamada telefónica al número que figura en el dorso de su tarjeta de ID.

Si desea averiguar cuáles son los requisitos para obtener una autorización previa para servicios hospitalarios, además de qué otros tipos de hospitalizaciones requieren de una autorización previa, puede hacer lo siguiente:

- Llame a Cigna al número que figura en el dorso de su tarjeta de ID.
- Vaya a mycigna.com y luego a la sección *View Medical Benefit Details* (ver los detalles de los beneficios médicos).

Tenga en cuenta que las hospitalizaciones de emergencia serán evaluadas luego del ingreso.

La autorización previa para servicios hospitalarios evalúa tanto la necesidad de la hospitalización, como la necesidad de continuar con la estadía en el hospital.

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA SERVICIOS AMBULATORIOS

También es necesario obtener una autorización previa para acceder a ciertos procedimientos y servicios ambulatorios, a fin de reunir los requisitos para recibir beneficios. Tenga en cuenta que: un Proveedor participante es responsable de obtener la autorización previa.

A la autorización previa la puede obtener usted, un familiar o el proveedor, mediante una llamada telefónica al número que figura en el dorso de su tarjeta de ID. La autorización previa para servicios ambulatorios solo debe solicitarse para procedimientos o servicios que no sean de emergencia, y debe hacerlo al menos cuatro días hábiles (de lunes a viernes) antes de que se realice el procedimiento o se brinde el servicio.

Si desea averiguar cuáles son los requisitos para obtener una autorización previa para servicios y procedimientos ambulatorios, además de qué otros tipos de servicios y procedimientos requieren de una autorización previa, puede hacer lo siguiente:

- Llame a Cigna al número que figura en el dorso de su tarjeta de ID.
- Vaya a mycigna.com y luego a la sección *View Medical Benefit Details* (ver los detalles de los beneficios médicos).

LA AUTORIZACIÓN PREVIA NO CONSTITUYE UNA GARANTÍA DE PAGO. La autorización previa no constituye una garantía de pago de los beneficios. La cobertura está siempre sujeta a otros requisitos de esta Póliza, a las limitaciones y exclusiones, al pago de la prima y a la elegibilidad al momento en que se brindan los servicios y la atención.

Evaluación retrospectiva

Si no se obtuvo una autorización previa, Cigna realizará una evaluación retrospectiva para determinar si una hospitalización programada o de emergencia fue necesaria por razones médicas. Si se determina que los servicios fueron Necesarios por razones médicas, los beneficios serán provistos según se describió en esta Póliza. Si se determina que un servicio no era Necesario por razones médicas, la Persona asegurada es responsable de pagar los cargos por dichos servicios.

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA

Es necesaria una autorización previa para ciertos Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados. **Para obtener información minuciosa y detallada sobre los procedimientos de autorización para Medicamentos que requieren receta médica, las excepciones y la Terapia escalonada, consulte la sección de esta Póliza titulada “Beneficios de Medicamentos que requieren receta médica”.**

Si desea averiguar cuáles son los requisitos para obtener una autorización previa para medicamentos y suministros que requieren receta médica, además de cuáles son aquellos que requieren de una autorización, puede hacer lo siguiente:

- Llame a Cigna al número que figura en el dorso de su tarjeta de ID.
- O bien, inicie sesión en <http://www.cigna.com/ifp-drug-list>.

PROGRAMA DE BENEFICIOS

El siguiente es el Programa de beneficios del plan **Cigna Connect 4500 and Native American/Alaskan Native over 300%**, el cual incluye los beneficios médicos, de Medicamentos que requieren receta médica y de atención pediátrica de la vista. La Póliza establece, en más detalle, los derechos y las obligaciones, tanto suyas como las de sus Familiares y las del Plan. Por lo tanto, es importante que todas las Personas aseguradas **LEAN DETENIDAMENTE TODA LA PÓLIZA**.

Recuerde, los servicios de proveedores no participantes (fuera de la red) no están cubiertos, salvo en el caso de la atención inicial para tratar y estabilizar una Afección médica de emergencia. Para conocer los detalles adicionales, consulte la sección “Cómo funciona el plan” de su Póliza.

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS	PROVEEDOR PARTICIPANTE (En función de la tarifa negociada)
<p>Nota: Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible anual, a menos que se anule específicamente.</p>	<p>USTED PAGA:</p>
Beneficios médicos	
<p>Deducible anual del plan</p> <p>Individual</p> <p>Familiar</p> <p>Nota: cada integrante de una familia es responsable únicamente de la cantidad individual.</p> <p>El Deducible se aplica a menos que se anule específicamente.</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>Deducible</p> <p style="text-align: center;">\$4,500</p> <p style="text-align: center;">\$9,000</p>
<p>Co-seguro</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p style="text-align: center;">Usted y sus Familiares pagan el 20% de los cargos después del Deducible anual del plan.</p>
<p>Desembolso máximo</p> <p>Individual</p> <p>Familiar</p> <p>Nota: cada integrante de una familia es responsable únicamente de la cantidad individual.</p> <p>Los servicios que superen los máximos de la Póliza no aplican para el Desembolso.</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p style="text-align: center;">\$7,350</p> <p style="text-align: center;">\$14,700</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**Nota:**

Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible anual, a menos que se anule específicamente.

PROVEEDOR PARTICIPANTE**(En función de la tarifa negociada)****USTED PAGA:**

<p>Programa de Autorización previa</p> <p>Autorización previa: servicios hospitalarios</p> <p>Autorización previa: servicios ambulatorios</p> <p>NOTA: consulte la sección sobre autorizaciones previas para servicios hospitalarios y ambulatorios para obtener más información. Para obtener una lista completa de ingresos, servicios y procedimientos que requieren autorización previa, llame a Cigna al número que figura en el dorso de su tarjeta de ID o visite www.mycigna.com y vaya a <i>View Medical Benefit Details</i> (ver los detalles de los beneficios médicos).</p>	<p>Su Proveedor participante debe obtener aprobación para las hospitalizaciones. Los servicios sin una derivación obligatoria no están cubiertos.</p> <p>Su Proveedor participante debe obtener aprobación para ciertos servicios y procedimientos específicos. Los servicios sin una derivación obligatoria no están cubiertos.</p>
<p>Todos los servicios de atención preventiva</p> <p>Consulte la sección “Beneficios integrales: cobertura de la Póliza” de esta Póliza para conocer los detalles adicionales.</p> <p>Nota: la esterilización voluntaria para los hombres está cubierta en el nivel de beneficio habitual del plan.</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>0%, no se aplica el Deducible</p>
<p>Dejar de fumar</p> <p>Tratamiento médico Máximo de 2 intentos por año para dejar de fumar. (Incluye asesoramiento, consulte la definición de “Dejar de fumar”).</p> <p>(Los Medicamentos que requieren receta médica incluidos en el tratamiento para dejar de fumar están cubiertos por el beneficio de Medicamentos que requieren receta médica).</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>0%, no se aplica el Deducible</p>
<p>Servicios de programas de intervención temprana</p> <p>*No se aplican límites en dólares.</p> <p>*No se aplican límites para los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o fonoaudiología.</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>Se aplica un Copago o Co-seguro para ciertos beneficios específicos provistos.</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**PROVEEDOR PARTICIPANTE
(En función de la tarifa negociada)****Nota:**

Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible anual, a menos que se anule específicamente.

USTED PAGA:**Beneficios de atención pediátrica de la vista**

Consulte la sección “Beneficios cubiertos” para conocer los detalles.

USTED PAGA:

Atención pediátrica de la vista provista por un oftalmólogo u optometrista a Personas aseguradas, hasta fin del mes en que la persona cumple 19 años.

Tenga en cuenta que la red de beneficios pediátricos de la vista es diferente de la red de sus beneficios médicos.

Examen de la vista integral. Tiene un límite de un examen por año.

0% por examen, no se aplica el Deducible

Anteojos para niños

Monturas pediátricas

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 lentes progresivos estándares

0% por par, no se aplica el Deducible

Lentes lenticulares

0% por par, no se aplica el Deducible

Lentes de contacto para niños

Electivos: un par o una compra única de un suministro de lentes de contacto, en lugar del beneficio de lentes y monturas (no se pueden recibir lentes de contacto y monturas en el mismo año calendario), incluidos los servicios profesionales.

0% por par, no se aplica el Deducible

Terapéuticos: un suministro de un año, independientemente del tipo de lente de contacto, incluidos los servicios profesionales, en lugar de la montura y los lentes.

0% por suministro, no se aplica el Deducible

Servicios de atención de la visión parcial

Los servicios y dispositivos profesionales complementarios para la visión parcial están totalmente cubiertos una vez cada 12 meses.

0% por par, no se aplica el Deducible

Nota: los exámenes de la vista de rutina llevados a cabo por un Médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) o pediatra están cubiertos por el beneficio de Servicios preventivos.

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**Nota:**

Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible anual, a menos que se anule específicamente.

PROVEEDOR PARTICIPANTE

(En función de la tarifa negociada)

USTED PAGA:

<p>Servicios del médico</p> <p>Visita al consultorio/visita domiciliaria Médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) Nota: PCP obligatorio</p> <p>Clínicas de asistencia sanitaria básica</p> <p>Nota: en el caso de los planes en los que se aplica un Copago para las visitas al consultorio, su Copago para las visitas a un obstetra/ginecólogo dependerá de si su Médico figura como un PCP o como un especialista en el Directorio de proveedores.</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>Copago de \$20 por cada visita al consultorio; no se aplica el Deducible</p> <p>Se aplica un Copago o Co-seguro para ciertos beneficios específicos provistos.</p>
<p>Servicios de Cigna Telehealth Connection</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita virtual con un médico de Cigna Connection • Está limitada a afecciones médicas agudas leves. <p>Nota: si un médico de Cigna Telehealth Connection expide una receta, dicha receta estará sujeta a todos los beneficios, las limitaciones y las exclusiones de los Medicamentos que requieren receta médica del plan.</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>Copago de \$20 por cada visita al consultorio; no se aplica el Deducible</p>
<p>Servicios de telemedicina</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>Se aplica el mismo nivel de beneficios que se aplicaría si el servicio se prestara personalmente.</p>
<p>Especialista (Incluidos los servicios de un asesor o un médico que ofrece una segunda opinión)</p> <p>Nota: se requiere derivación del PCP o autorización del plan.</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>20%</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**PROVEEDOR PARTICIPANTE
(En función de la tarifa negociada)****Nota:**

Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible anual, a menos que se anule específicamente.

USTED PAGA:

<p>Servicios del médico, continuación</p> <p>Cirugía realizada en el consultorio del médico (Los servicios incluyen suministros necesarios por razones médicas, como agujas y jeringas hipodérmicas, apósitos quirúrgicos y férulas).</p> <p>Honorarios profesionales por servicios quirúrgicos ambulatorios (incluyen cirugía, anestesia, procedimientos de diagnóstico, diálisis y radioterapia. Los servicios incluyen suministros necesarios por razones médicas, como agujas y jeringas hipodérmicas, apósitos quirúrgicos y férulas).</p> <p>Cirugía para pacientes internados, anestesia, radioterapia, quimioterapia (Los servicios incluyen suministros necesarios por razones médicas, como agujas y jeringas hipodérmicas, apósitos quirúrgicos y férulas).</p> <p>Visitas en el hospital (Los servicios incluyen suministros necesarios por razones médicas, como agujas y jeringas hipodérmicas, apósitos quirúrgicos y férulas).</p> <p>Pruebas y tratamientos/inyecciones para alergias (Los servicios incluyen suministros necesarios por razones médicas, como agujas y jeringas hipodérmicas, apósitos quirúrgicos y férulas).</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>20%</p> <p>20%</p> <p>20%</p> <p>20%</p> <p>20%</p>
<p>Asesoramiento nutricional</p>	<p>USTED PAGA: 20%</p>
<p>Servicios hospitalarios</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes internados Cargos del establecimiento</p> <p>Honorarios profesionales</p> <p>Hospitalizaciones de emergencia</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>20%</p> <p>20%</p> <p>Los beneficios figuran en el programa de Servicios de emergencia.</p>
<p>Servicios en un centro ambulatorio Incluyen centro quirúrgico y hospitalario ambulatorio independiente y de diagnóstico. (Los servicios incluyen suministros necesarios por razones médicas, como agujas y jeringas hipodérmicas, apósitos quirúrgicos y férulas).</p>	<p>USTED PAGA: 20%</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**PROVEEDOR PARTICIPANTE
(En función de la tarifa negociada)****Nota:**

Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible anual, a menos que se anule específicamente.

USTED PAGA:

<p>Imágenes radiológicas avanzadas (Incluyen la resonancia magnética [RM], la angiografía por resonancia magnética [ARM], la tomografía computarizada [TC], la tomografía por emisión de positrones [TEP]). Cargos del establecimiento y honorarios por servicios de interpretación</p>	<p>USTED PAGA: 20%</p>
<p>Todos los demás servicios de laboratorio y radiología Cargos del establecimiento y honorarios por servicios de interpretación</p> <p>Consultorio del médico</p> <p>Laboratorio o centro radiológico independiente</p> <p>Servicios de laboratorio o radiológicos de un hospital para pacientes ambulatorios</p>	<p>USTED PAGA: 20%</p> <p>20%</p> <p>20%</p>
<p>Servicios de rehabilitación (Los servicios incluyen suministros necesarios por razones médicas, como agujas y jeringas hipodérmicas, apósitos quirúrgicos y férulas).</p> <p>Fisioterapia y terapia ocupacional. Máximo de 30 visitas por Persona asegurada, por año calendario combinados.</p> <p>Fonoaudiología y logopedia (SPL, por sus siglas en inglés). Máximo de 30 visitas por Persona asegurada, por año calendario combinados.</p> <p>Atención quiropráctica, terapia osteopática y tratamiento de manipulación vertebral. Máximo de 30 visitas por Persona asegurada, por año calendario combinados.</p> <p>*Nota: los límites para los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología no se aplican cuando estos servicios se proporcionan como parte del beneficio de atención de enfermos terminales.</p> <p>*Nota: los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología o rehabilitación cardíaca provistos en el hogar se tendrán en cuenta para el límite de visitas de atención médica a domicilio, en lugar de los servicios de rehabilitación o terapia habilitativa.</p>	<p>USTED PAGA: 20%</p> <p>20%</p> <p>20%</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**PROVEEDOR PARTICIPANTE
(En función de la tarifa negociada)****Nota:**

Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible anual, a menos que se anule específicamente.

USTED PAGA:

<p>Servicios de habilitación (Los servicios incluyen suministros necesarios por razones médicas, como agujas y jeringas hipodérmicas, apósitos quirúrgicos y férulas).</p> <p>Fisioterapia y terapia ocupacional. Máximo de 30 visitas por Persona asegurada, por año calendario combinados.</p> <p>Fonoaudiología y logopedia (SPL). Máximo de 30 visitas por Persona asegurada, por año calendario combinados.</p> <p>Atención quiropráctica, terapia osteopática y tratamiento de manipulación vertebral. Máximo de 30 visitas por Persona asegurada, por año calendario combinados.</p> <p>*Nota: los límites para los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología no se aplican cuando estos servicios se proporcionan como parte del beneficio de atención de enfermos terminales.</p> <p>*Nota: los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología o rehabilitación cardíaca provistos en el hogar se tendrán en cuenta para el límite de visitas de atención médica a domicilio, en lugar de los servicios de rehabilitación o terapia habilitativa.</p> <p>*Nota: el máximo no se aplica a los servicios para el tratamiento de trastornos de salud mental.</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>20%</p> <p>20%</p> <p>20%</p>
<p>Rehabilitación cardíaca y pulmonar</p> <p>Los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología o rehabilitación cardíaca provistos en el hogar se tendrán en cuenta para el límite de visitas de atención médica a domicilio, en lugar de los servicios de rehabilitación o terapia habilitativa.</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>20%</p>
<p>Tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ/TMD, por sus siglas en inglés)</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>20%</p>
<p>Servicios anticonceptivos para la mujer, planificación familiar, esterilización voluntaria y reversión de la esterilización no voluntaria consecuencia de una Enfermedad o Lesión</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>\$0, no se aplica el Deducible</p>
<p>Esterilización masculina y reversión de la esterilización involuntaria consecuencia de una Enfermedad o Lesión</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>Se aplica un Copago o Co-seguro para ciertos beneficios específicos provistos.</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**PROVEEDOR PARTICIPANTE
(En función de la tarifa negociada)****Nota:**

Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible anual, a menos que se anule específicamente.

USTED PAGA:

<p>Maternidad (embarazo y parto)/complicaciones del embarazo/interrupción del embarazo. (Cuando la vida de la madre corre peligro debido a un trastorno, una Enfermedad o una Lesión de naturaleza física, incluida una afección física que ponga en peligro la vida y esté provocada por el embarazo, o surja a raíz de este, o bien, cuando el embarazo sea el resultado de un presunto acto de violación o incesto).</p> <p>Visita inicial al consultorio para confirmar el embarazo y visitas prenatales posteriores facturadas por separado del cargo “general”</p> <p>Servicios prenatales, posnatales y de parto (facturados como cargo “general”)</p> <p>Pruebas y tratamientos prenatales facturados por separado del cargo “general”</p> <p>Visita o tratamiento posnatal facturados por separado del cargo “general”</p> <p>Cargos del hospital por servicios de parto (Se incluye la anestesia relacionada con el parto).</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>Se aplican beneficios para las visitas al consultorio de un PCP o médico especialista.</p> <p>20%</p> <p>0%, no se aplica el Deducible</p> <p>Se aplican beneficios para las visitas al consultorio de un PCP o médico especialista.</p> <p>20%</p>
<p>Servicios hospitalarios en otras instalaciones de atención médica (Los servicios incluyen suministros necesarios por razones médicas, como agujas y jeringas hipodérmicas, apósitos quirúrgicos y férulas).</p> <p>Incluye centros de enfermería especializada, hospitales de rehabilitación y centros para afecciones subagudas.</p> <p>Máximo de 100 días por estancia</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>20%</p>
<p>Servicios de atención domiciliaria (Los servicios incluyen suministros necesarios por razones médicas, como agujas y jeringas hipodérmicas, apósitos quirúrgicos y férulas).</p> <p>Máximo de 100 visitas por Persona asegurada, por año calendario</p> <p>Máximo de 16 horas por día Máximo de 8 visitas por día</p> <p>Nota: los servicios de enfermería privados tienen un límite de 16 horas por año.</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>20%</p>
<p>Equipo médico duradero</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>20%</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**PROVEEDOR PARTICIPANTE****Nota:****(En función de la tarifa negociada)**

Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible anual, a menos que se anule específicamente.

USTED PAGA:

Prótesis y dispositivos ortopédicos	USTED PAGA: 20%
Servicios para enfermos terminales (Los servicios incluyen suministros necesarios por razones médicas, como agujas y jeringas hipodérmicas, apósitos quirúrgicos y férulas).	USTED PAGA:
A domicilio	20%
Para pacientes internados	20%
Para pacientes ambulatorios	20%
Diálisis (Incluye suministros necesarios por razones médicas, como agujas y jeringas hipodérmicas).	USTED PAGA:
A domicilio	20%
Para pacientes internados	20%
Para pacientes ambulatorios	20%
Trastornos mentales, emocionales o nerviosos funcionales	USTED PAGA:
Para pacientes internados. (Incluye tratamiento agudo y residencial).	20%
Para pacientes ambulatorios. (Incluye terapia ambulatoria intensiva individual y grupal, y hospitalización parcial).	
Visitas al consultorio	20%
Todos los demás servicios ambulatorios	20%

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**PROVEEDOR PARTICIPANTE
(En función de la tarifa negociada)****Nota:**

Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible anual, a menos que se anule específicamente.

USTED PAGA:

<p>Trastornos asociados al consumo de sustancias</p> <p>Desintoxicación/rehabilitación para pacientes internados. (Incluye tratamiento agudo y residencial).</p> <p>Para pacientes ambulatorios. (Incluye terapia ambulatoria intensiva individual y grupal, y hospitalización parcial).</p> <p>Visitas al consultorio</p> <p>Todos los demás servicios ambulatorios</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>20%</p> <p>20%</p> <p>20%</p>
<p>Trasplante de órganos y tejidos</p> <p>(Consulte la sección “Beneficios integrales: cobertura del plan” para conocer los detalles del beneficio respecto de los límites para procedimientos cubiertos y otros beneficios que pueden aplicar).</p> <p>Cigna LIFESOURCE Centro de Transplant Network®</p> <p>Beneficio de viaje. Está únicamente disponible a través de un centro de Cigna Lifesource Transplant Network®).</p> <p>Centros no participantes de Lifesource específicamente contratados para prestar servicios de trasplante</p> <p>Centros participantes que NO son específicamente contratados para prestar servicios de trasplante</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>0%</p> <p>0%</p> <p>20%</p> <p>Sin cobertura</p>
<p>Medicamentos de especialidad inyectables y para infusión que requieren receta médica</p> <p>Además de servicios o Suministros relacionados administrados por un profesional médico en un consultorio o centro ambulatorio.</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>20%</p>
<p>Atención dental (que no sea pediátrica)</p> <p>Se limita al tratamiento por lesiones accidentales en los dientes naturales, dentro de los 12 meses posteriores a la lesión accidental.</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>20%</p>

Servicios de emergencia (Nota: Este Plan cubre los Servicios de emergencia por parte de Proveedores de la red y fuera de la red, tal como se muestra abajo:	Lo que pagará en caso de usar los servicios de proveedores participantes, en función de la tarifa negociada	Lo que pagará en caso de usar los servicios de proveedores no participantes, en función del cargo máximo reembolsable
Servicios de emergencia Sala de emergencias del hospital Afección médica de emergencia Afección médica que no sea de emergencia Centro de atención de urgencia Afección médica de emergencia Afección médica que no sea de emergencia Servicios de ambulancia Nota: el traslado necesario por razones médicas hasta el centro más cercano capaz de tratar la Afección médica de emergencia está cubierto. Transporte de emergencia Transporte que no sea de emergencia	<p style="text-align: center;">Usted paga:</p> <p style="text-align: center;">20%</p> <p style="text-align: center;">20%</p> <p style="text-align: center;">Copago de \$50, no se aplica el Deducible</p> <p style="text-align: center;">Copago de \$50, no se aplica el Deducible</p> <p style="text-align: center;">20% por transporte terrestre, aéreo y acuático</p> <p style="text-align: center;">Sin cobertura (usted paga el 100 % de los cargos)</p>	<p style="text-align: center;">Usted paga:</p> <p style="text-align: center;">20%; más la diferencia entre la cantidad permitida por Cigna y lo que cobró el Proveedor</p> <p style="text-align: center;">Sin cobertura (usted paga el 100 % de los cargos)</p> <p style="text-align: center;">Copago de \$50, después del Deducible; más la diferencia entre la cantidad permitida por Cigna y lo que cobró el Proveedor</p> <p style="text-align: center;">Sin cobertura (usted paga el 100 % de los cargos)</p> <p style="text-align: center;">20% por transporte terrestre, aéreo y acuático; más la diferencia entre la cantidad permitida por Cigna y lo que cobró el proveedor</p> <p style="text-align: center;">Sin cobertura (usted paga el 100 % de los cargos)</p>

Servicios de emergencia (Nota: Este Plan cubre los Servicios de emergencia por parte de Proveedores de la red y fuera de la red, tal como se muestra abajo:	Lo que pagará en caso de usar los servicios de proveedores participantes, en función de la tarifa negociada	Lo que pagará en caso de usar los servicios de proveedores no participantes, en función del cargo máximo reembolsable
<p>Servicios hospitalarios para pacientes internados (en el caso de un ingreso de emergencia a un hospital para enfermedades agudas)</p> <p>Cargos del hospital Los Servicios de emergencia por parte de un Proveedor no participante están cubiertos al nivel de beneficios de la red, hasta que se pueda transferir al paciente a un Centro participante. Los beneficios de centros no participantes no están cubiertos una vez que se pueda transferir al paciente, se realice o no el traslado.</p> <p>Servicios profesionales</p>	<p style="text-align: center;">20%</p> <p style="text-align: center;">20%</p>	<p>Están cubiertos al nivel de beneficios de la red, hasta que se pueda transferir al paciente a un hospital participante; si no se realiza el traslado, entonces ya no estarán cubiertos (usted paga el 100 % de los cargos).</p> <p>Están cubiertos al nivel de beneficios de la red, hasta que se pueda transferir al paciente a un hospital participante; si no se realiza el traslado, entonces ya no estarán cubiertos (usted paga el 100 % de los cargos).</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS	FARMACIA MINORISTA USTED PAGA:	CIGNA HOME DELIVERY PHARMACY USTED PAGA:
	USTED ES RESPONSABLE DE PAGAR LAS CANTIDADES QUE SE MUESTRAN, DESPUÉS DE HABER ALCANZADO CUALQUIER DEDUCIBLE CORRESPONDIENTE.	

Beneficios de Medicamentos que requieren receta médica

Nota:
Puede obtener un suministro de 30 días de cualquier Medicamento que requiere receta médica o reponerlo en cualquier Farmacia minorista participante.
Puede obtener un suministro de hasta 90 días de su Medicamento que requiere receta médica o reponerlo en una Farmacia minorista que brinda suministros para 90 días, o bien, a través de Cigna Home Delivery Pharmacy.

En el caso de que solicite un Medicamento de marca que tenga un equivalente genérico, deberá pagar la diferencia de costo entre el Medicamento de marca y el Medicamento genérico, más el Copago o Co-seguro genérico que se indica en este programa de beneficios.

Deducible del medicamento que requiere receta médica	El Deducible anual del plan se aplica a los Medicamentos que requieren receta médica	
	Programa de medicamentos de Farmacias minoristas de Cigna USTED PAGA POR RECETA O REPOSICIÓN:	Programa de medicamentos de Farmacias de venta por correo de Cigna USTED PAGA POR RECETA O REPOSICIÓN:
Nivel 1: genéricos preferidos	Copago de \$4 por receta o reposición; no se aplica el Deducible Suministro de 30 días en cualquier Farmacia participante o suministro de hasta 90 días en una Farmacia minorista que brinda suministros para 90 días Usted paga un Copago por cada suministro de 30 días	Copago de \$12 por receta o reposición; no se aplica el Deducible Un suministro de hasta 90 días como máximo
Nivel 2: genéricos no preferidos	Copago de \$20 por receta o reposición; no se aplica el Deducible Suministro de 30 días en cualquier Farmacia participante o suministro de hasta 90 días en una Farmacia minorista que brinda suministros para 90 días Usted paga un Copago por cada suministro de 30 días	Copago de \$60 por receta o reposición; no se aplica el Deducible Un suministro de hasta 90 días como máximo

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS	FARMACIA MINORISTA USTED PAGA:	CIGNA HOME DELIVERY PHARMACY USTED PAGA:
USTED ES RESPONSABLE DE PAGAR LAS CANTIDADES QUE SE MUESTRAN, DESPUÉS DE HABER ALCANZADO CUALQUIER DEDUCIBLE CORRESPONDIENTE.		
Nivel 3: marca preferida	<p>Copago de \$55 por receta o reposición; no se aplica el Deducible</p> <p>Suministro de 30 días en cualquier Farmacia participante o suministro de hasta 90 días en una Farmacia minorista que brinda suministros para 90 días</p> <p>Usted paga un Copago por cada suministro de 30 días</p>	<p>Copago de \$165 por receta o reposición; no se aplica el Deducible</p> <p>Suministro de hasta 90 días</p>
Nivel 4: marca no preferida	<p>50% por receta o reposición</p> <p>Suministro de 30 días en cualquier Farmacia participante o suministro de hasta 90 días en una Farmacia minorista que brinda suministros para 90 días</p>	<p>50% por receta o reposición</p> <p>Suministro de hasta 90 días</p>
Nivel 5: de especialidad (incluidos los productos biológicos)	<p>30% por receta o reposición</p> <p>Suministro de 30 días en cualquier Farmacia participante o suministro de hasta 30 días en una Farmacia minorista que brinda suministros para 90 días</p>	<p>20% por receta o reposición</p> <p>Suministro de hasta 30 días</p>
<p>Medicamentos preventivos independientemente del nivel Medicamentos designados como preventivos por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible de 2010, incluidos, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anticonceptivos femeninos recetados por un médico y medicamentos genéricos o de marca sin alternativa genérica disponible. • Se cubrirá una receta para un suministro de 12 meses de 	<p>0%, no se aplica el Deducible por receta ni por reposición</p> <p>Suministro de 30 días en cualquier Farmacia participante o suministro de hasta 90 días en una Farmacia minorista que brinda suministros para 90 días</p>	<p>0%, no se aplica el Deducible por receta ni por reposición</p> <p>Un suministro de hasta 90 días como máximo</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS	FARMACIA MINORISTA USTED PAGA:	CIGNA HOME DELIVERY PHARMACY USTED PAGA:
USTED ES RESPONSABLE DE PAGAR LAS CANTIDADES QUE SE MUESTRAN, DESPUÉS DE HABER ALCANZADO CUALQUIER DEDUCIBLE CORRESPONDIENTE.		
<p>anticonceptivos hormonales, cuando se despache o consiga por primera vez.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los productos para dejar de fumar están limitados a un máximo de dos esquemas de tratamiento de 90 días. 		

Definiciones

Las siguientes definiciones contienen los significados de términos claves que se usan en esta Póliza. En toda la Póliza, los términos definidos se escriben con la primera letra de cada palabra en mayúscula.

Afección médica de emergencia. Hace referencia a una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos y con una gravedad suficiente (incluido el dolor intenso) como para que una persona prudente que no tiene conocimientos especializados, pero que tiene conocimientos promedios sobre salud y medicina, prevea razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría implicar lo siguiente:

- 1) significar un grave peligro para la salud mental o física de una persona;
- 2) poner en un grave riesgo la salud de una persona (o, si se trata de una mujer embarazada, la salud de la mujer o la del feto);
- 3) provocar un deterioro grave de las funciones orgánicas;
- 4) provocar una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Agencias de atención médica a domicilio y asociaciones de personal de enfermería a domicilio. Hacen referencia a proveedores de atención médica a domicilio autorizados según las leyes estatales y locales para prestar servicios de enfermería especializada y otros servicios a domicilio. Tanto Medicare como la Comisión Conjunta para la Acreditación de las Organizaciones de Salud deben autorizarlos como proveedores de atención médica a domicilio.

Anual, año calendario, año. Hacen referencia a un período de 12 meses, el cual comienza el 1 de enero a las 12:01 a.m., hora del este.

Área de servicio. Hace referencia a cualquier lugar que pertenezca a los condados, las ciudades o las áreas con códigos postales del estado de Virginia que Cigna haya designado como las áreas en donde este Plan está disponible, y en las cuales Cigna cuente con una red de Proveedores participantes para este Plan. El área de servicio incluye los condados de Amelia, Charles City, Chesterfield, Dinwiddie, Hanover, Henrico, Prince George, Sussex, Colonial Heights City, Hopewell City, Petersburg City, Richmond City, Alexandria City, Arlington, Clarke, Fairfax City, Fairfax, Falls Church City, Loudoun, Manassas City, Manassas Park City, Prince William, Stafford y Warren. Para buscar un Proveedor que participe en la red de este Plan, llame al número gratuito que figura en el dorso de su tarjeta de ID, visite el sitio Cigna.com/ifp-providers, o bien, inicie sesión en www.mycigna.com y haga clic en *Find a Doctor, Dentist or Facility* (buscar un médico, un dentista o un centro).

Atención de custodia. Comprende todos los servicios 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, sobre todo, a ayudar a la persona a realizar las actividades de la vida cotidiana. La Atención de custodia también puede proveer servicios médicos, proporcionados principalmente a fin de mantener el estado de salud actual de la persona. Estos servicios no pueden tener como propósito mejorar en gran medida una afección médica; su objetivo es proporcionar atención en casos en que el paciente no puede cuidar de sí mismo. Los Servicios de custodia comprenden, a modo de ejemplo:

- servicios relacionados con la vigilancia o la protección de una persona;
- servicios destinados a realizar las actividades de la vida cotidiana o a ayudar a una persona a realizar cualquier actividad de la vida cotidiana, como (a) caminar, (b) asearse, (c) bañarse, (d) vestirse, (e) acostarse o levantarse de la cama, (f) comer, (g) preparar alimentos o (h) tomar medicamentos que pueden ser autoadministrados;

- servicios que no requieren ser administrados por personal médico capacitado o entrenado, o personal paramédico.

Atención de urgencia. Hace referencia a los Servicios cubiertos que (i) se brindan en un centro ambulatorio u otro tipo de centro para afecciones subagudas, el cual cuenta con acreditación como un centro de atención de urgencia por parte de la Urgent Care Association of America o del programa National Urgent Care Center Accreditation (Acreditación Nacional de Centros de Atención de Urgencia), y (ii) se brindan para tratar un Problema de salud urgente.

Autorización previa. Hace referencia a la aprobación de ciertos servicios médicos o Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados que un Proveedor participante debe solicitar y recibir de Cigna, en el caso de servicios médicos, y del Comité de Farmacia y Terapéutica, en el caso de Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados, antes de que se presten dichos servicios o que se receten dichos medicamentos. Esta aprobación es necesaria para que dichos servicios médicos o Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados reúnan los requisitos para los beneficios en virtud de este Plan. Puede identificar los Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados que necesitan autorización previa en la Lista de medicamentos que requieren receta médica publicada en www.myCigna.com.

Beneficios de salud esenciales. En la medida en que estén cubiertos por este plan, hacen referencia a 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 para trastornos asociados al consumo de sustancias, incluido el tratamiento de la salud del comportamiento, Medicamentos que requieren receta médica, servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación, servicios de laboratorio, Servicios preventivos y de bienestar y servicios pediátricos y de control de enfermedades crónicas, incluida la atención bucal y de la vista.

Capacitación sobre el autocontrol de la diabetes. Hace referencia a la enseñanza en un entorno ambulatorio que le permite al paciente diabético entender el proceso de control de la diabetes y el control diario del tratamiento para la diabetes, a fin de evitar las complicaciones y hospitalizaciones frecuentes.

Cargo máximo reembolsable.

El Cargo máximo reembolsable por Servicios de emergencia brindados en el Departamento de emergencias de un Hospital se determina en función de la cantidad más alta de las siguientes:

- Un percentil o porcentaje de los cargos cobrados por los Proveedores de dichos servicios o suministros en el área geográfica en donde se reciben, tal como figuran en una base de datos reconocida en el ámbito nacional, que se basa en normas y prácticas generalmente aceptadas en la industria para determinar el cargo habitual y razonable que se debe cobrar por un servicio, y que refleje de manera clara y precisa la tarifa del mercado.
- La cantidad mediana negociada entre los Proveedores participantes/de la red de Cigna para los mismos servicios.
- Un porcentaje de una tabla de tarifas elaborada por Cigna y que se basa en una metodología similar a la que usa Medicare para determinar la tarifa permitida para el mismo servicio o uno similar, dentro del mercado geográfico, pero, en ningún caso, inferior a la cantidad que se pagaría con Medicare por Servicios de emergencia.

El Cargo máximo reembolsable para todos los demás Servicios cubiertos se determina en función de la cantidad más baja de las siguientes:

- El cargo normal del Proveedor por un servicio o suministro similar.
- Un percentil o porcentaje de los cargos cobrados por los Proveedores de dichos servicios o suministros en el área geográfica en donde se reciben, tal como figuran en una base de datos

reconocida en el ámbito nacional, que se basa en normas y prácticas generalmente aceptadas en la industria para determinar el cargo habitual y razonable que se debe cobrar por un servicio, y que refleje de manera clara y precisa la tarifa del mercado.

- La cantidad mediana negociada entre los Proveedores participantes/de la red de Cigna para los mismos servicios.
- Un porcentaje de una tabla de tarifas elaborada por Cigna y que se basa en una metodología similar a la que usa Medicare para determinar la tarifa permitida para el mismo servicio o uno similar, dentro del mercado geográfico, pero, en ningún caso, inferior a la cantidad que se pagaría con Medicare.

Centro de enfermería especializada. Es una institución que brinda servicios continuos de enfermería especializada. Debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Debe ser una institución autorizada y que opere conforme a la ley.
- Además de servicios de habitación y comida, debe brindar principalmente atención de enfermería especializada bajo la supervisión de un Médico debidamente autorizado.
- Debe brindar servicios de enfermería las 24 horas del día, a cargo de un enfermero registrado (RN, por sus siglas en inglés) titulado o bajo su supervisión.
- Debe mantener a diario una historia clínica de cada paciente.

Esta definición no incluye ningún centro, establecimiento o parte de estos que se use principalmente para el descanso; ni centros o establecimientos destinados sobre todo a la atención de ancianos o al cuidado de personas con problemas de drogadicción o alcoholismo; ni centros o establecimientos destinados principalmente a brindar atención y tratamiento para enfermedades o trastornos mentales, atención educativa o de custodia.

Centro de trasplantes de Cigna LifeSOURCE. Es un centro que cuenta con un programa de trasplantes incluido en Cigna LifeSOURCE Transplant Network®.

Centro quirúrgico ambulatorio independiente.

Este término hace referencia a una institución que cumple con los siguientes requisitos:

- Su personal está compuesto por Médicos, enfermeros y anestesiólogos autorizados.
- 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.
- Tiene un registro de historias clínicas.
- Tiene acuerdos con Hospitales para el ingreso inmediato de pacientes que requieren internación hospitalaria.
- Tiene licencia de acuerdo con las leyes de la agencia legalmente autorizada que corresponda.

Cigna. “Nosotros” y “nuestro” hacen referencia a Cigna (Cigna Health and Life Insurance Company) o a una afiliada. Cigna es una compañía de seguros regulada y autorizada que opera en todos los Estados Unidos.

Cirugía estética. Se realiza para modificar el aspecto de atributos o rasgos normales del cuerpo del paciente. Un rasgo o atributo físico es normal cuando una persona promedio consideraría que dicho rasgo o atributo está dentro del margen de variaciones comunes del aspecto humano. **Nota sobre la**

Cirugía estética: la Cirugía estética no se considera cirugía reparadora debido a motivos psicológicos o psiquiátricos.

Cirugía reparadora. Se refiere a la cirugía que corrige el aspecto de rasgos o atributos anormales del cuerpo provocados por anomalías congénitas, lesiones, tumores o infecciones. Un rasgo o atributo del cuerpo es anormal cuando una persona promedio consideraría que no está dentro del margen de variaciones comunes del aspecto humano. La Cirugía reparadora incluye la cirugía para mejorar la función o intentar crear un aspecto normal de una estructura craneofacial provocada por anomalías o defectos congénitos, traumatismos, tumores, infecciones o enfermedades. La Cirugía reparadora también incluye la “reconstrucción mamaria”. A efectos de esta Póliza, la reconstrucción mamaria significa la reconstrucción de una mama debido a una mastectomía total o parcial, a fin de restablecer o lograr la simetría mamaria. El término incluye la reconstrucción quirúrgica de una mama en la cual se ha realizado una mastectomía, como la reconstrucción de una mama en la cual no se ha realizado una mastectomía.

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

Copago. Hace referencia a una cantidad fija de dinero en concepto de Gastos cubiertos que la Persona asegurada debe pagar. El Copago no incluye cargos por servicios que no son Servicios cubiertos ni cargos que superan los Gastos cubiertos. Los Copagos se calculan aparte del Co-seguro.

Co-seguro. Hace referencia al porcentaje de Gastos cubiertos que la Persona asegurada debe pagar después de alcanzar los Deducibles correspondientes. **El Co-seguro no incluye Copagos. El Co-seguro tampoco incluye cargos por servicios que no son Servicios cubiertos, cargos que superan los Gastos cubiertos ni cargos que no constituyen Gastos cubiertos según esta Póliza.**

Deducible. Hace referencia a la cantidad de Gastos cubiertos que cada Persona asegurada debe pagar cada Año en concepto de Servicios cubiertos, antes de que los beneficios estén disponibles en virtud de esta Póliza.

Deducible familiar. Se aplica si tiene un plan familiar y usted o uno o más Familiares están asegurados por esta Póliza. Es una acumulación del Deducible individual que cada Familiar pagó durante un Año en concepto de Gastos cubiertos por Servicios médicos cubiertos. Cada Persona asegurada puede contribuir al Deducible familiar con la cantidad del Deducible individual, como máximo. El Deducible individual que cada familiar paga se tiene en cuenta para cubrir el Deducible familiar. Una vez que se alcance el Deducible familiar en un Año, se anularán los Deducibles individuales restantes en lo que queda del Año. La cantidad del Deducible familiar se describe en la sección del Programa de beneficios de esta Póliza.

Deducible individual. Hace referencia a la cantidad de Gastos cubiertos incurridos en concepto de servicios médicos que usted debe pagar cada Año, antes de que estén disponibles los beneficios. La cantidad del Deducible individual se describe en la sección del Programa de beneficios de esta Póliza.

Derivación. Hace referencia a la aprobación que usted debe recibir de su PCP para que se cubran los servicios de un Proveedor participante, según se menciona en las secciones “Derivaciones a especialistas” y “Excepciones del proceso de derivación” incluidas en la “Introducción” de esta Póliza.

Desembolso máximo. Hace referencia a la cantidad máxima de Deducibles, Copagos y Co-seguros en los que cada persona o familia incurre en un año, en concepto de Gastos cubiertos de proveedores participantes.

Desembolso máximo familiar. Se aplica si tiene un plan familiar y usted o uno o más Familiares están asegurados por esta Póliza. Incluye el Deducible, el Co-seguro y los Copagos que cada familiar ha acumulado durante un Año. Cada Persona asegurada puede contribuir al Desembolso máximo familiar con la cantidad del Desembolso individual. Una vez que se haya alcanzado el Desembolso máximo familiar en un Año, usted y sus Familiares ya no tendrán que pagar el Co-seguro ni los Copagos por Gastos cubiertos incurridos durante el resto de ese Año, en concepto de Servicios médicos o farmacéuticos provistos por Proveedores participantes. La cantidad del Desembolso máximo familiar se describe en la sección del Programa de beneficios de esta Póliza.

Desembolso máximo individual. El Desembolso máximo individual es la acumulación de Gastos cubiertos. Incluye Deducibles, Copagos y Co-seguros por servicios médicos y farmacéuticos cubiertos. Una vez que se haya alcanzado el Desembolso máximo individual en un Año por Servicios cubiertos, ya no tendrá que pagar el Co-seguro ni el Copago de servicios médicos o farmacéuticos en concepto de Gastos cubiertos incurridos durante el resto de ese Año. La cantidad del Desembolso máximo individual se describe en la sección del Programa de beneficios de esta Póliza.

Dispositivos ortopédicos. Hacen referencia a ciertos tipos de aparatos ortopédicos, botas y férulas. Son dispositivos de apoyo que se hacen a medida, pueden ser estáticos o semiestáticos y se usan para sostener, alinear, prevenir o corregir deformidades, o para mejorar la función de las partes móviles del cuerpo, o bien, para limitar o evitar el movimiento de una parte del cuerpo débil o enferma.

Enfermedad. Hace referencia a una afección que padece la Persona asegurada.

Enfermedad terminal. Significa que el pronóstico médico de una Persona asegurada es una expectativa de vida de 6 meses o menos.

Estabilizar. Con respecto a una Afección médica de emergencia, hace referencia a la provisión de un tratamiento que garantice que no se producirá ningún tipo de empeoramiento importante de la afección debido al traslado del paciente, o durante dicho traslado; o bien, con respecto a una mujer embarazada, que la mujer ha parido, incluida la placenta.

Esterilidad. Hace referencia al cuadro clínico de una persona que, al parecer es saludable, pero que no puede concebir ni fecundar durante un Año de relaciones sexuales sin protección, o bien, no puede tener un embarazo satisfactorio.

Equipo médico duradero. Hace referencia a objetos que cumplen con lo siguiente:

- están diseñados para resistir el uso reiterado por más una persona;
- normalmente tienen un fin terapéutico en relación con una Enfermedad o Lesión en particular, según lo certifique el médico a cargo de la atención;
- por lo general, no son útiles si no existe una enfermedad o lesión;
- se pueden usar en el hogar;
- son realmente duraderos;
- y no son desechables.

Dicho equipo incluye, entre otros, nebulizadores, muletas, andadores, equipos de tracción, camas de hospital, sillas de ruedas, respiradores y equipos de diálisis.

Familiar. Hace referencia a su cónyuge, su Pareja de hecho, sus hijos u otras personas inscritas para la cobertura en virtud de esta Póliza. Los Familiares que pueden reunir los requisitos para obtener la cobertura de esta Póliza se describen con más detalle en la sección de la Póliza titulada “¿Quiénes reúnen los requisitos para la cobertura?”

Farmacia. Hace referencia a una Farmacia minorista o de venta por correo.

Farmacia minorista que brinda suministros para 90 días. Hace referencia a una Farmacia minorista participante que tiene un acuerdo con Cigna, o con una organización que contrata en nombre de Cigna, para proporcionar medicamentos o suministros específicos que requieren receta médica, incluidos, entre otros, suministros extendidos, Medicamentos de especialidad y servicios de atención al cliente. Tenga en cuenta que no todas las Farmacias participantes son Farmacias minoristas que brindan suministros para 90 días; sin embargo, todas las Farmacias participantes pueden proporcionar medicamentos y suministros que requieren receta médica para 30 días.

Farmacia no participante/fuera de la red. Hace referencia a una Farmacia minorista con la cual Cigna NO tiene un contrato para prestar servicios de despacho de Medicamentos que requieren receta médica a las Personas aseguradas; o bien, a una Farmacia de venta por correo con la cual Cigna NO tiene un contrato para prestar servicios de venta por correo de Medicamentos que requieren receta médica a las Personas aseguradas.

Farmacia participante/de la red. Hace referencia a una Farmacia minorista con la cual Cigna tiene un contrato para prestar servicios de despacho de Medicamentos que requieren receta médica a las Personas aseguradas; o bien, a una Farmacia de venta por correo con la cual Cigna tiene un contrato para prestar servicios de venta por correo de Medicamentos que requieren receta médica a las Personas aseguradas.

Fecha de entrada en vigor. Es la fecha en la que comienza la cobertura en virtud de esta Póliza, para usted y para todos sus Familiares.

Fisioterapia o medicina/terapia ocupacional. Hace referencia al uso terapéutico de agentes físicos aparte de los medicamentos. Comprende el uso de las propiedades físicas, químicas y de otro tipo del calor, la luz, el agua, la electricidad, los masajes, el ejercicio, la manipulación vertebral y la radiación.

Gastos cubiertos. Son los gastos en los que se incurre por Servicios cubiertos según la Póliza y que Cigna considerará pagar en virtud de esta Póliza. Los Gastos cubiertos nunca deben superar la tarifa negociada por los proveedores participantes. Además, los Gastos cubiertos pueden estar limitados por otras cantidades máximas específicas descritas en esta Póliza. Los Gastos cubiertos están sujetos a los Deducibles correspondientes y a otros límites de beneficios. **Se considera que la Persona asegurada incurre en un gasto el día en que recibe el servicio o suministro.** Los Gastos cubiertos pueden ser inferiores a la cantidad que efectivamente se factura.

Hospital. Hace referencia a una institución que cumple con lo siguiente:

- Está autorizada para operar como hospital y lo hace de acuerdo con la ley.
- Se dedica fundamentalmente y de manera continua a prestar servicios o a funcionar, en sus instalaciones o en establecimientos disponibles para el hospital, de manera preacordada y bajo la supervisión de un personal de Médicos debidamente autorizados, centros médicos, de diagnóstico e instalaciones para realizar cirugía importantes para la atención médica y el tratamiento de personas enfermas o lesionadas, en un entorno de hospitalización por el cual se cobra una tarifa.
- Brinda servicios de enfermería las 24 horas del día, a cargo de un enfermero registrado (RN, por sus siglas en inglés) titulado o bajo su supervisión.

El término "Hospital" no incluirá ninguna institución o centro en los cuales la mayor parte de las actividades involucren el descanso, la recreación, el esparcimiento o cualquier otro servicio que no esté exclusivamente relacionado con los Servicios cubiertos. Además, el término "Hospital" no incluye clínicas ni centros de reposo o descanso, centros de atención de enfermería, ni centros o establecimientos destinados sobre todo a la atención de ancianos, personas con problemas de drogadicción o alcoholismo, ni aquellos que brindan principalmente Atención de custodia, educativa o rehabilitativa.

Institución. Hace referencia a un establecimiento que proporciona alimentos, amparo y ciertos tratamientos o servicios a cuatro o más personas que no tienen relación con el propietario.

Intento para dejar de fumar. Incluye, por cada intento, cuatro sesiones de asesoramiento para dejar de fumar de al menos 10 minutos cada una (incluye asesoramiento telefónico, grupal e individual), más un tratamiento de 90 días con ciertos medicamentos para dejar de fumar aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) (incluidos los Medicamentos que requieren receta médica y los de venta sin receta médica) y recetados por un médico; para obtener más detalles, consulte la Lista de medicamentos de atención preventiva sin costo en myCigna.com).

Lesión. Hace referencia a cualquier tipo de afectación o daño corporal.

Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA, por sus siglas en inglés) de 2010.

Hace referencia a la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA, por sus siglas en inglés) de 2010 (Ley Pública 111-148), con las modificaciones introducidas por la Ley de Conciliación del Seguro Médico y Educación de 2010 (Ley Pública 111-152).

Lista de medicamentos que requieren receta médica. Hace referencia a una lista de Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados aprobados. Los Medicamentos que requieren receta médica y los Suministros relacionados que se incluyen en la Lista de medicamentos que requieren receta médica han sido aprobados de conformidad con los parámetros establecidos por el Comité de P&T. La Lista de medicamentos que requieren receta médica se revisa y actualiza periódicamente. Puede ver la Lista de medicamentos en <http://www.cigna.com/ifp-drug-list>.

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

Servicios y suministros cubiertos **necesarios por razones médicas o dentales.** Hacen referencia a los servicios que, según el director médico de Cigna, cumplen con las siguientes características:

- Son necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, lesión, dolencia o sus síntomas.
- Cumplen con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica.
- Son clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, alcance, ubicación y duración.
- No están pensados principalmente para la conveniencia del paciente, Médico u otro Proveedor de atención médica.
- Se proporcionan en el entorno menos intensivo posible que sea apropiado para la prestación de servicios o la entrega de suministros. A la hora de decidir cuál es el entorno menos intensivo, el Director médico podrá comparar la relación costo-eficacia de servicios, entornos o suministros alternativos, siempre que corresponda.

Medicamentos autoinyectables. Hacen referencia a medicamentos aprobados por la FDA y que una persona puede administrarse sin ayuda externa mediante una inyección intramuscular, intravenosa o subcutánea, incluida la insulina autoinyectable recetada para uso de la Persona asegurada. La insulina

está cubierta según los beneficios de Medicamentos que requieren receta médica de este plan. Consulte la sección “Medicamentos que requieren receta médica” de este plan para obtener más información.

Medicamento de especialidad. Hace referencia a un Medicamento que requiere receta médica genérico o de marca que cumple con los dos siguientes criterios, sujeto a la ley correspondiente:

- A. El medicamento se obtiene de procesos biotecnológicos que utilizan histocultivo, células vivas o enzimas celulares, O BIEN, es un medicamento tradicional (compuesto orgánico, se fija a una proteína, ácido nucleico o polisacárido).
- B. En general, el medicamento cumple con al menos TRES (3) de los siguientes atributos:
 - Actúa sobre la patología de la enfermedad preexistente.
 - Modifica la secuela de la enfermedad.
 - Actúa sobre afecciones infrecuentes, crónicas y cuyos tratamientos son costosos.
 - La terapia requiere de un control y seguimiento minuciosos para garantizar la seguridad y la eficacia.
 - Existe una prueba genética disponible para constatar su eficacia en una población específica.

El hecho de que un medicamento sea considerado Medicamento de especialidad en función de los criterios anteriores, no lo convierte necesariamente en un Medicamento de especialidad, como tampoco determina que el Medicamento de especialidad este cubierto por el beneficio médico o el beneficio de Medicamentos que requieren receta médica de esta Póliza.

Medicamentos de especialidad que requieren receta médica y son inyectables o para infusión.

Hacen referencia a medicamentos indicados o recetados por un Médico y administrados bajo la supervisión de un profesional de atención médica para el tratamiento de afecciones infrecuentes o crónicas. Estos medicamentos incluyen, entre otros, factor y suministros para hemofilia, reemplazo de enzimas e inmunoglobulina intravenosa. Dichos Medicamentos de especialidad pueden requerir una Autorización o certificación previas.

Medicamento de marca que requiere receta médica (marca). Hace referencia a un medicamento recetado que ha sido patentado y lo elabora un solo fabricante.

Medicamento genérico que requiere receta médica (o genérico). Hace referencia a un producto farmacéutico equivalente a uno o más Medicamentos de marca, y que debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos como un medicamento que cumple con las mismas normas de seguridad, pureza, concentración y eficacia que el Medicamento de marca.

Medicamento que requiere receta médica. Hace referencia a:

- un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos por su seguridad y eficacia;
- ciertos medicamentos aprobados según la revisión de Implementación en estudios de eficacia de medicamentos;
- medicamentos comercializados antes de 1938 que no están sujetos a revisión y que, según la ley federal o estatal, se pueden vender únicamente mediante una Receta médica.

Medicare. Hace referencia al programa de beneficios de atención médica provisto en virtud del Título XVIII de la Ley del Seguro Social de 1965, con sus modificaciones.

Médico. Hace referencia a un Médico autorizado para ejercer la medicina o a cualquier otro médico, incluido un dentista autorizado y reconocido como Proveedor de servicios de atención médica en el estado en el cual reside la Persona asegurada; y que presta Servicios cubiertos por la Póliza y que están dentro del alcance de su certificación.

Médico de atención primaria. Hace referencia a un Médico que ejerce la medicina general, la medicina familiar, la medicina interna o la pediatría y que, a través de un acuerdo con Cigna, brinda servicios de salud básicos y organiza servicios especializados para las Personas aseguradas que lo eligen como su Médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés).

Médico de Cigna Telehealth Connection. Hace referencia a un médico que forma parte de una red específica compuesta por una o más organizaciones, las cuales tienen un contrato con Cigna para brindar tratamiento virtual para afecciones médicas agudas leves.

Mercado. En lo que respecta al estado de Virginia, hace referencia al Mercado facilitado por el gobierno federal.

Nosotros/nuestro. Hacen referencia a Cigna Health and Life Insurance Company (Cigna).

Otro responsable de los pagos autorizado. Hace referencia a uno o más de los siguientes:

1. El programa Ryan White sobre el VIH/sida establecido en virtud del Título XXXVI de la Ley de Servicio de Salud Pública.
2. Una tribu indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana.
3. Un programa del gobierno estatal o federal local, incluido un beneficiario dirigido por un programa gubernamental para realizar pagos en su nombre.
4. Una entidad privada independiente que (i) esté estructurada como una organización sin fines de lucro según la ley estatal, (ii) según una determinación del Servicio de Impuestos Internos reúna los requisitos para recibir una exención del impuesto sobre los ingresos federales en virtud del § 501(c)(3) del título 26 del U.S.C., y (iii) realice pagos en su nombre basados únicamente en criterios de conocimiento público y que no tenga en cuenta, de ninguna manera, el estado de salud de una Persona asegurada a la hora de determinar si realiza dichos pagos en su nombre.

Otros centros de atención médica. Hacen referencia a otros centros aparte de un Hospital o centro para enfermos terminales. Entre los ejemplos de Otros centros de atención médica se incluyen centros de enfermería especializada, hospitales de rehabilitación y centros para afecciones subagudas autorizados, entre otros.

Pareja de hecho. Es la persona del mismo sexo o del sexo opuesto que cumple con todas las siguientes características:

- Es la única Pareja de hecho del Titular de la póliza y lo ha sido durante doce (12) meses o más.
- Es mentalmente competente.
- El Titular de la póliza no está relacionado de ninguna manera (incluida la adopción o la consanguinidad) con la Pareja de hecho, ni viceversa, que le prohíba casarse según la ley *estatal*.
- No está casado con otra persona ni separado.
- Es financieramente interdependiente del Titular de la póliza.

Período de inscripción abierta anual. Hace referencia al período de tiempo concreto durante cada Año calendario, en el cual las personas pueden solicitar la cobertura para el Año siguiente. Al Período de inscripción abierta anual lo establece el gobierno federal y, cada año, las fechas de inicio y finalización están sujetas a modificaciones.

Persona asegurada. Hace referencia a usted, el solicitante y a todos los demás Familiares cubiertos en virtud de esta Póliza.

Póliza. Hace referencia al conjunto de beneficios, condiciones, exclusiones, limitaciones y primas descritos en este documento, incluida la página de especificaciones de la Póliza, y cualquier modificación o endoso de este documento. En este documento, también se hace referencia a su Póliza como el Plan o este Plan.

Problema de salud urgente. Hace referencia a una Afección médica que requiere atención inmediata para evitar consecuencias perjudiciales, pero que no se considera una amenaza inmediata para la vida de la persona.

Procedimientos experimentales/en investigación. Un medicamento, dispositivo o tratamiento o procedimiento médico se considera experimental o en investigación cuando cumple con los siguientes requisitos:

- Su seguridad y eficacia para el tratamiento o la evaluación de la afección o enfermedad para la cual se propone no ha sido demostrada mediante la literatura científica arbitrada y basada en evidencias que existe.
- La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos no ha aprobado su comercialización al momento en que se suministra y la ley exige dicha aprobación.
- Existe evidencia confiable que demuestra que es parte de ensayos clínicos de fase I, II o III en curso, o que está bajo estudio, para averiguar cuál es la dosis máxima tolerada, sus efectos secundarios, su seguridad, su eficacia, o su eficacia en comparación con los medios de tratamiento o diagnóstico indicados.
- Existe evidencia confiable que demuestra que la opinión unánime entre los expertos es que es necesario llevar a cabo estudios o ensayos clínicos adicionales para averiguar cuál es la dosis máxima tolerada, sus efectos secundarios, su seguridad, su eficacia, o su eficacia en comparación con los medios de tratamiento o diagnóstico indicados.

La evidencia confiable incluye solamente informes y artículos publicados en la literatura médica y científica autorizada; protocolos escritos por el establecimiento responsable del tratamiento u otros establecimientos que estudian esencialmente el mismo fármaco, dispositivo o tratamiento/procedimiento médico; o el consentimiento médico informado que usa el establecimiento responsable del tratamiento u otros establecimientos que estudian esencialmente el mismo fármaco, dispositivo o tratamiento/procedimiento médico.

Productos farmacéuticos y Suministros para la diabetes. Incluyen, entre otros, tiras reactivas para los glucómetros; tiras reactivas para urianálisis y lectura visual; tabletas que miden la glucosa, cetonas y proteína; glucómetros que están en la Lista de medicamentos que requieren receta médica de Cigna; lancetas y dispositivos de lancetas; insulina y análogos de insulina, artículos para inyecciones, incluidos los dispositivos de ayuda para la inyección de insulina y sistemas sin agujas; jeringas y agujas hipodérmicas, recipientes para la eliminación de residuos con riesgo biológico, medicamentos por vía oral recetados y no recetados para controlar los niveles de glucemia; y kits de emergencia de glucagón.

Programa de atención de enfermos terminales. Hace referencia a un programa coordinado e interdisciplinario destinado a satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales de personas en estado terminal y de sus familias; es un programa que brinda atención médica de apoyo, servicios paliativos y de enfermería y otros servicios de salud a domicilio o en un entorno hospitalario durante la Enfermedad; es un programa para personas que tienen una Enfermedad terminal y para sus familias.

Prótesis/aparatos o dispositivos protésicos. Son sustitutos artificiales que reemplazan, total o parcialmente, un miembro o una parte del cuerpo, como un brazo, una pierna, un pie o un ojo.

Prótesis dentales. Incluyen dentaduras postizas, coronas, fundas dentales, puentes, ganchos, dispositivo corrector de hábitos y prótesis parciales.

Proveedor. Hace referencia a un Hospital, un Médico o cualquier otro profesional de atención médica (i) autorizado de acuerdo con las leyes federales y estatales pertinentes, (ii) que cuente con la acreditación de la Comisión Conjunta para la Acreditación de las Organizaciones de Salud o de otra organización,

siempre y cuando esté aprobada por Cigna, y (iii) que ejerza dentro del alcance de su licencia y acreditación.

Proveedor en país extranjero. Hace referencia a cualquier institución o Proveedor de atención o tratamientos médicos o psiquiátricos que preste servicios en un país que no sean los Estados Unidos de América.

Proveedor no participante (Proveedor fuera de la red). Hace referencia a un Proveedor que no ha firmado un contrato con Cigna como Proveedor participante en virtud de esta Póliza, al momento en que se prestan los servicios.

Proveedor participante/de la red. Hace referencia a un Hospital, Médico o cualquier otro profesional o entidad de atención médica que tenga un contrato directo o indirecto con Cigna para brindar Servicios cubiertos, con respecto a un Póliza en particular en virtud de la cual esté cubierta una Persona asegurada. Es posible que en esta Póliza, también se haga referencia a un Proveedor participante por tipo de Proveedor, por ejemplo, un Hospital participante o un Médico participante.

Receta médica. Hace referencia a la autorización legal para un Medicamento que requiere receta médica o Suministro relacionado, emitida por un Médico u otro proveedor debidamente matriculado para brindar dicha autorización, mientras dicho profesional ejerza como Médico; o bien, para cada reposición autorizada de dicho medicamento o suministro.

Recién nacido. Hace referencia a un lactante con 31 días de vida o menos.

Servicio médico de Cigna Telehealth Connection. Hace referencia a una visita solicitada por la Persona asegurada y provista por un médico de Cigna Telehealth Connection, en la cual se brinda tratamiento virtual para afecciones médicas agudas leves, como resfrío, gripe, dolor de garganta, sarpullido o dolor de cabeza.

Nota: La red que brinda los Servicios médicos de Cigna Telehealth Connection es diferente de la red del plan y solo está disponible para los servicios detallados en “Cigna Telehealth Connection”, en la sección “Beneficios integrales: cobertura de la Póliza” de este Plan.

Servicios cubiertos. Son servicios o suministros Necesarios por razones médicas que cumplen con las siguientes características:

- a. Figuran en la sección de beneficios de esta Póliza.
- b. La Póliza no los excluye de manera específica.
- c. Los presta un proveedor que cumple con lo siguiente:
 - (i) está autorizado de acuerdo con las leyes federales y estatales pertinentes;
 - (ii) es un hospital que cuenta con la acreditación de la Comisión Conjunta para la Acreditación de las Organizaciones de Salud o de otra organización adecuadamente autorizada;
 - (iii) presta sus servicios dentro del ámbito de su licencia y (si corresponde) acreditación.

Servicios de atención de enfermos terminales. Hacen referencia a cualquier tipo de servicio provisto por: (a) un Hospital, (b) un Centro de enfermería especializada o institución similar, (c) una Agencia de atención médica a domicilio y asociaciones de personal de enfermería a domicilio, (d) un centro para enfermos terminales o (e) cualquier otro centro o agencia autorizado que opere según un programa de atención de enfermos terminales.

Servicios de atención pediátrica de la vista. Hacen referencia a los exámenes de atención de la vista y otros servicios o tratamientos descritos en la sección “Beneficios de atención pediátrica de la vista provista por un oftalmólogo u optometrista” de esta Póliza, provistos a una Persona asegurada menor de 19 años. La cobertura continúa hasta el final del mes en que la Persona asegurada cumple 19 años.

Servicios de emergencia. Con respecto a una Afección médica de emergencia, hacen referencia a: (a) una evaluación médica que se encuentra 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, con el 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 en que estén dentro de las capacidades del personal y las instalaciones del hospital.

Servicios de telemedicina. En relación con la prestación de servicios de atención médica, hacen referencia al uso de tecnología o medios de información electrónicos, incluidos los audios o videos interactivos, con el fin de diagnosticar o tratar a un paciente, o bien, de consultar con otros Proveedores de atención médica sobre el diagnóstico o el tratamiento de un paciente. Los servicios de telemedicina no incluyen teléfonos solo de audio, mensajes de correo electrónico, transmisiones por fax ni cuestionarios en línea.

Servicios de rehabilitación. Incluyen el enfoque de un equipo coordinado y varios tipos de tratamientos, entre los que están la atención de enfermería especializada, la fisioterapia, la terapia ocupacional, la fonoaudiología, los servicios médicos y los servicios de un trabajador social o psicólogo. Los servicios se prestan en un Hospital, un centro independiente, un Centro de enfermería especializada o en el marco de un programa de rehabilitación ambulatoria diurno.

Servicios habilitativos. Hacen referencia a servicios de atención médica que lo ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades y funciones para la vida cotidiana. Entre los ejemplos se incluyen la terapia que recibe un niño que no camina ni habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, servicios de fonoaudiología, dispositivos médicos y otros servicios para personas con discapacidades en varios entornos hospitalarios o ambulatorios.

Suministros para la diabetes. Incluyen, entre otros, glucómetros, incluso aquellos diseñados para las personas ciegas; bombas de insulina y accesorios relacionados; dispositivos para la infusión de insulina, baterías, elementos para la preparación de la piel, suministros adhesivos, equipos de infusión, cartuchos de insulina, dispositivos duraderos y desechables en la inyección de insulina y cualquier otro tipo de suministro desechable necesario. También incluyen aparatos de podología destinados a la prevención de complicaciones relacionadas con la diabetes. Incluyen, además, la reparación y el arreglo de las bombas de insulina que no cubra la garantía del fabricante y el alquiler de bombas de insulina durante estas reparaciones y mantenimientos necesarios, ninguno de los cuales puede exceder el precio de compra de una bomba de reemplazo similar.

Suministros relacionados. Hacen referencia a Suministros para la diabetes (agujas y jeringas para la administración de insulina, lancetas y tiras reactivas para medir la glucosa), agujas y jeringas para la autoadministración ambulatoria de Medicamentos que requieren receta médica y que no se venden en jeringas precargadas, inhaladores, cámaras de inhalación para el manejo y el tratamiento del asma y otras afecciones en pacientes pediátricos, diafragmas, DIU, capuchones cervicales, anillos anticonceptivos, parches anticonceptivos y anticonceptivos orales (incluidas las píldoras anticonceptivas de emergencia); agujas y jeringas desechables necesarias para inyectar medicamentos y suplementos cubiertos.

Tarifa negociada. Hace referencia a la tarifa de pago que se ha negociado con un Proveedor participante por los Servicios cubiertos.

Terapia escalonada. Es un tipo de autorización previa. Es posible que Cigna le exija a una Persona asegurada que siga ciertos pasos antes de cubrir algunos Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados, incluidos los Medicamentos de especialidad. Asimismo, podemos exigirle a una Persona asegurada que pruebe Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados similares, incluidos los Medicamentos de especialidad que la mayoría de las personas con la misma afección que la Persona asegurada ha considerado seguros, eficaces y más económicos. Los Medicamentos que requieren receta médica y los Suministros relacionados que precisan de una Terapia escalonada se pueden encontrar en la Lista de medicamentos que requieren receta médica en www.mycigna.com.

Titular de la póliza. Hace referencia al solicitante que ha presentado la solicitud, ha sido aceptado para recibir cobertura y se designa como Titular de la póliza en la página de especificaciones.

Trastornos mentales, emocionales o nerviosos funcionales. Hacen referencia a las neurosis, las psiconeurosis, las psicopatías, las psicosis, las enfermedades o los trastornos mentales o emocionales de cualquier tipo.

Usted, su y usted mismo. Hacen referencia al Titular de la póliza que ha presentado la solicitud, ha sido aceptado para recibir cobertura y se designa como Titular de la póliza en la página de especificaciones.

Virtual. Con respecto a los Servicios médicos de Cigna Telehealth Connection, este término hace referencia a los Servicios cubiertos que se brindan a través de tecnologías de telecomunicación seguras, incluidos los audios o videos interactivos, los teléfonos e Internet.

Visita al consultorio. Hace referencia a la visita al consultorio de un Médico por parte de una Persona asegurada, es decir, el paciente, en la cual se brindan uno o más de los 3 siguientes servicios específicos:

- antecedentes (se reúne información sobre una Enfermedad o Lesión);
- examen;
- decisión médica (diagnóstico y plan de tratamiento propuesto por el médico).

Esto no incluye otros servicios (p. ej., radiografías o servicios de laboratorio), incluso si se realizan el mismo día.

¿Quiénes reúnen los requisitos para recibir cobertura?

Requisitos de elegibilidad

Esta Póliza está destinada a residentes del estado de Virginia. El Titular de la póliza debe informarnos sobre todos los cambios que puedan afectar la elegibilidad de cualquier Persona asegurada en virtud de esta Póliza.

Usted reúne los requisitos para recibir cobertura en virtud de esta Póliza si, al momento de la presentación de la solicitud, cumple con lo siguiente:

- Es un ciudadano o un habitante de los Estados Unidos, o un no-ciudadano que reside legalmente en los Estados Unidos, y se espera razonablemente que sea un ciudadano, un habitante o un no-ciudadano que reside legalmente en el país durante todo el período que dure la cobertura que se busca obtener.
- Es un residente del estado de Virginia.
- Vive en el Área de servicio en la cual está presentando la solicitud y pretende seguir viviendo allí durante todo el período que dure la cobertura que se busca obtener.
- No está encarcelado o está a la espera de la disposición de cargos.
- No reside en una Institución.
- Ha presentado una solicitud de cobertura completa y firmada y el Intercambio de seguros la ha aceptado por escrito.

Otras Personas aseguradas pueden incluir a los siguientes Familiares:

NOTA: un cónyuge dependiente, una Pareja de hecho o un Hijo dependiente deben residir en el Área de servicio, a menos que el hijo esté cubierto por una Orden médica calificada de manutención de los hijos y viva fuera del Área de servicio. Un hijo que reúne los requisitos para inscribirse como Dependiente según este acuerdo y que reside fuera del Área de servicio tiene derecho a recibir, mientras se encuentre fuera del Área del servicio, únicamente beneficios de emergencia fuera del área, en virtud de la cláusula “Servicios de emergencia”, de la sección “Servicios y beneficios”. Sin embargo, cuando dicho hijo se encuentre dentro del Área de servicio, reunirá los requisitos para recibir los beneficios por Servicios cubiertos de Proveedores de la red, tal como se describe en esta Póliza.

- Su Pareja de hecho o cónyuge legítimo que resida en el Área de servicio.
- Sus hijos o cualquier persona que dependa de usted, que viva en el Área de servicio y no haya alcanzado la edad de 26 años.
- Sus hijastros que vivan en el Área de servicio y no hayan alcanzado la edad de 26 años.
- Los hijos solteros de su cónyuge o Pareja de hecho, o los suyos propios, independientemente de la edad, que se hayan inscrito antes de alcanzar la edad de 26 años, que residan en el Área de servicio y no puedan mantenerse debido a una incapacidad intelectual o física permanente certificada por un médico, y que dependan principalmente del Asegurado para su manutención. Cigna debe recibir evidencia por escrito de dicha incapacidad y dependencia en un plazo de 31 días después de que dicho hijo haya cumplido 26 años. En lo sucesivo y de manera periódica, pero con una frecuencia no mayor a una vez por año, Cigna podría exigir evidencia por escrito de tal discapacidad o dependencia.
- Los hijos recién nacidos de su cónyuge o Pareja de hecho, o los suyos propios, están automáticamente cubiertos durante los primeros 31 días de vida. Para que la cobertura continúe, debe inscribir al niño como Familiar asegurado mediante la solicitud de su inscripción como dependiente,

dentro de los 60 días posteriores a la fecha de nacimiento, y pagar cualquier prima adicional. La cobertura de un hijo recién nacido dependiente inscrito dentro de los 60 días de su nacimiento será retroactiva a partir de la fecha de su nacimiento. Esto también se aplica a un hijo recién nacido con respecto al cual usted:

- haya presentado una sentencia de adopción dentro de los 31 días posteriores al nacimiento del niño;
 - haya iniciado los trámites de adopción dentro de los 31 días posteriores a la fecha de nacimiento del niño y tenga la custodia temporal;
 - haya completado los trámites de adopción y se haya emitido una sentencia de adopción en el plazo de un año desde el inicio de dichos trámites, a menos que dicho plazo se haya extendido por orden de un tribunal, debido a las necesidades especiales del niño.
 - Un hijo adoptado reúne los requisitos para recibir cobertura desde la fecha de la adopción y colocación bajo custodia de una Persona asegurada y, si la adopción ocurrió dentro de los 31 días del nacimiento, el niño será reconocido como un hijo recién nacido de la Persona asegurada a partir de la fecha de la colocación bajo custodia. Esto continuará, a menos que la colocación bajo custodia se vea interrumpida antes de que se dicte la sentencia final de adopción y el niño sea retirado de dicha colocación.
- Un niño adoptado, incluido un niño que haya sido colocado en su familia para adopción, está automáticamente cubierto durante 31 días a partir de la fecha en que es colocado para adopción o se inicia el proceso de adopción. Para que la cobertura continúe, debe inscribir al niño como Familiar asegurado mediante la solicitud de su inscripción como dependiente, dentro de los 60 días posteriores a la fecha de adopción, y pagar cualquier prima adicional. La cobertura de un hijo adoptado dependiente inscrito dentro de los 60 días de su adopción será retroactiva a partir de la fecha de colocación para adopción o de inicio del proceso de adopción.
 - Un niño que usted recibe bajo cuidado temporal está automáticamente cubierto durante 31 días a partir de la fecha de colocación bajo cuidado temporal. Para que la cobertura continúe, debe inscribir al niño acogido como Familiar asegurado mediante la solicitud de su inscripción como dependiente, dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que se le entrega el niño bajo cuidado temporal, y pagar cualquier prima adicional. La cobertura de un niño acogido dependiente inscrito dentro de los 60 días de su nacimiento será retroactiva a partir de la fecha de colocación del niño bajo cuidado temporal.
 - Si un tribunal le ha ordenado a un asegurado que le brinde cobertura a un hijo que reúne los requisitos (tal como se lo definió anteriormente), la cobertura será automática durante los primeros 31 días posteriores a la fecha en que se emitió la orden del tribunal. Para que la cobertura continúe, debe inscribir al niño como Familiar asegurado mediante la solicitud de su inscripción como dependiente, dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que se emitió la orden del tribunal, y pagar cualquier prima adicional. La cobertura dispuesta por un tribunal de un hijo dependiente inscrito dentro de los 60 días de emitida la orden del tribunal será retroactiva a partir de la fecha de dicha orden. Si un tribunal le ha ordenado a un Asegurado que obtenga cobertura para un hijo y el asegurado no lo hace, el otro padre del niño o el Departamento de Servicios Sociales de Virginia puede inscribir al niño para que obtenga cobertura como dependiente del Asegurado.

¿Cuándo puede presentar la solicitud?

Solicitud para inscribirse o cambiar de cobertura

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA, por sus siglas en inglés) de 2010 especifica que una persona que reúna los requisitos debe inscribirse para solicitar cobertura o cambiar de plan durante el Período de inscripción abierta anual. Las personas que no se inscriban en un plan ni cambien de plan durante el período de inscripción abierta deben esperar hasta el próximo período de inscripción abierta para hacerlo. No obstante, si una persona experimenta un evento desencadenante, tal como se los describe más abajo, dicho evento desencadenante da comienzo a un Período especial de

inscripción de 60 días, durante el cual una persona que reúne los requisitos puede inscribirse y una Persona asegurada puede agregar dependientes y cambiar de cobertura.

Tanto el Período de inscripción abierta como el Período de inscripción especial se explican a continuación.

Período de inscripción abierta anual

El Período de inscripción abierta anual hace referencia a un período de tiempo específico por Año, durante el cual las personas que reúnen los requisitos, según la descripción anterior, pueden presentar la solicitud de inscripción para recibir cobertura o cambiar de cobertura de un plan a otro.

Para inscribirse y recibir cobertura en virtud de este Plan, debe enviar una solicitud completa y firmada de cobertura en virtud de esta Póliza, tanto para usted como para cualquier dependiente que reúna los requisitos. El Intercambio de Seguros debe recibir dicha solicitud durante el Período de inscripción abierta anual.

Su cobertura en virtud de esta Póliza entrará en vigor cuanto antes lo permitan las leyes federales, siempre dentro del período de inscripción abierta correspondiente al Año en curso. **Nota: si no presenta la solicitud de cobertura ni realiza un cambio de cobertura durante el Período de inscripción abierta anual, no podrá volver a solicitarla nuevamente hasta el próximo Período de inscripción abierta anual**, a menos que reúna las condiciones para acceder al período de inscripción especial, tal como se describe a continuación.

Períodos de inscripción especial

Un Período de inscripción especial se habilita cuando una persona experimenta un evento desencadenante.

Si usted experimenta uno de los eventos desencadenantes que se mencionan a continuación, puede inscribirse para recibir cobertura e inscribir a sus Dependientes elegibles durante un período de inscripción especial, en lugar de esperar al próximo Período de inscripción abierta anual.

A continuación se describen los eventos desencadenantes que dan comienzo a un Período de inscripción especial.

- Una persona que reúne los requisitos, así como cualquier dependiente, pierden su cobertura mínima esencial, su cobertura de Medicare/Medicaid relacionada con un embarazo o su cobertura necesaria por razones médicas (únicamente una vez por Año calendario), o la persona o dependiente que reúne las condiciones está inscrito en cualquier cobertura de seguro de salud grupal o individual de año no calendario (incluso si tiene la opción de renovar dicha cobertura). La fecha de la pérdida de la cobertura mínima esencial, la cobertura relacionada con un embarazo o la cobertura necesaria por razones médicas es el último día en que la persona estaría cubierta en virtud del plan. La fecha de la pérdida del seguro de año no calendario es el último día del año del Plan o la Póliza.
- Una persona que reúne los requisitos y sus dependientes pierden la cobertura de un plan de salud patrocinado por el empleador debido a la finalización involuntaria de la relación laboral, por motivos que no están relacionados con una conducta indebida o a causa de una reducción de las horas de trabajo.
- Una persona que reúne los requisitos que agrega o se convierte en un dependiente debido a un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una colocación para adopción, una colocación bajo cuidado temporal, o bien, debido a una orden de manutención infantil u otro tipo de orden judicial.
- Un cónyuge, una Pareja de hecho o un hijo dependiente que reúne 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.
- Una persona que reúne los requisitos pierde su condición de hijo dependiente en virtud de un plan de salud patrocinado por el empleador de uno de sus padres.

- Una persona que no era previamente un ciudadano, habitante o residente legal adquiere dicha condición, o bien, la persona es liberada de la cárcel.
- La inscripción o no inscripción de una persona que reúne los requisitos en un plan de salud calificado es accidental, involuntaria o errónea, y resultado del error, la tergiversación o la inoperancia de un funcionario, empleado o representante del Mercado estatal, o del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) o sus dependencias, según lo determine el Mercado. En estos casos, el Mercado puede tomar las medidas que considere necesarias para corregir o eliminar las consecuencias de dicho error, tergiversación o acción.
- Una persona que reúne los requisitos o su dependiente le brindan al Mercado evidencia suficiente de que el plan de salud calificado en el que están inscritos infringió sustancialmente una cláusula esencial del contrato en relación con dicha persona.
- Se determina que una persona que reúne los requisitos es recientemente elegible o no elegible para recibir pagos adelantados del crédito tributario de prima, o bien, su condición de elegible para acceder a las reducciones de los costos compartidos ha cambiado, independientemente de si dicha persona ya está inscrita en un plan de salud calificado:
 - Se determina que el afiliado o su dependiente son recientemente elegibles o no elegibles para recibir el crédito tributario de prima por adelantado (APTC, por sus siglas en inglés), o bien, su condición de elegibles para acceder a las reducciones de los costos compartidos ha cambiado.
 - Se determina que una persona o su dependiente, quienes reúnen los requisitos y están inscritos en un plan patrocinado por el empleador, son recientemente elegibles para recibir el APTC, en parte porque se ha descubierto que no son elegibles para recibir una cobertura en virtud de un plan patrocinado por el empleador que reúna los requisitos, incluso como resultado de la cancelación o modificación de la cobertura disponible por parte del empleador durante los próximos 60 días, siempre y cuando se les permita cancelar la cobertura existente.
 - Una persona que reúne los requisitos y que anteriormente no era elegible para recibir el APTC porque tenía un ingreso familiar inferior al 100 % del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés), y que tampoco era elegible para Medicaid porque residía en un estado que no acepta la expansión de Medicaid, percibe un cambio en sus ingresos, o bien, se muda a otro estado, lo que la convierte en una persona elegible para recibir el APTC.

En el caso de las personas cuya cobertura actual a través de un plan elegible patrocinado por el empleador ya no estará disponible ni le brindará el valor mínimo del plan del empleador el año siguiente, el Mercado debe permitirles acceder a este período de inscripción especial, antes de que finalice su cobertura a través de dicho plan elegible patrocinado por el empleador.

- Una persona o un afiliado que reúne los requisitos obtiene acceso a nuevos planes de salud calificados como resultado de una mudanza (incluida una mudanza fuera del Área de servicio del plan actual de la persona) y bien (1) tenía una cobertura mínima esencial durante uno o más días durante los 60 días previos a la fecha de la mudanza o (2) vivía fuera de los Estados Unidos o en un territorio de los Estados Unidos al momento de la mudanza. Además, la persona que reúne los requisitos puede acceder al período de inscripción especial de 60 días antes de la mudanza.
- La persona que reúne los requisitos y adquiere o mantiene la condición de indígena, según la definición de la sección 4 de la Ley de Mejoramiento de la Atención Médica de la Población Indígena (o sus dependientes), puede inscribirse en un plan de salud calificado o cambiar de un plan de salud calificado a otro, una vez por mes.
- Una persona o un afiliado que reúne los requisitos le demuestra al Mercado, de acuerdo con las pautas establecidas por el HHS, que cumple con otras circunstancias excepcionales, según las estipule el Mercado; o una persona que reúne los requisitos (o sus dependientes) inscrita en una cobertura mínima esencial y que es víctima de violencia familiar o abandono conyugal solicita la inscripción en una cobertura diferente de la del autor de dichos actos.

- Una persona que reúne los requisitos o su dependiente solicita la cobertura de un plan del Mercado, de Medicaid o del Acceso Familiar a un Plan de Seguro Médico (FAMIS, por sus siglas en inglés) durante el Período de inscripción abierta o debido a un evento que califica, pero se determina que no reúne los requisitos para acceder a Medicaid o FAMIS una vez que ha finalizado el período de inscripción abierta del Intercambio de seguros o más de 60 días después de un evento que califica.
- La persona o el afiliado que reúne los requisitos (o sus dependientes) le brindan al Mercado pruebas suficientes de que un error esencial relacionado con los beneficios del plan, el Área de servicio o la prima influyeron en su decisión de adquirir un plan de salud calificado (QHP, por sus siglas en inglés); o bien, de que hubo una infracción de las cláusulas esenciales del contrato por parte del QHP.
- Según lo requiera el Mercado, la persona que reúne los requisitos brinda evidencia suficiente que comprueba su elegibilidad para acceder un programa de accesibilidad al seguro o para inscribirse en un QHP, luego de que finalice el período de inscripción del Intercambio de seguros, debido a que no se verificó dicha condición dentro de los períodos de tiempo establecidos, o se encuentra por debajo del 100 % del nivel federal de pobreza y no se inscribió en una cobertura mientras esperaba que el HHS verificara la ciudadanía, la condición de habitante o la residencia legal.

Los eventos desencadenantes **no** incluyen la pérdida de la cobertura por el incumplimiento en el pago oportuno de las primas, incluidas las primas contempladas por la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) antes del vencimiento de la cobertura de COBRA; y las situaciones que permitan la rescisión, en virtud del título 45 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), sección 147.128.

El período de inscripción especial comienza la fecha en que sucede el evento desencadenante y finaliza el día 61 posterior al evento desencadenante. Las Fechas de entrada en vigor de la cobertura de las personas que se inscriban durante un período de inscripción especial se determinan de la siguiente manera:

- En el caso de nacimiento, adopción, colocación para adopción o bajo cuidado temporal, la cobertura de la persona o el afiliado que reúne los requisitos entra en vigor en la fecha del nacimiento, la adopción, la colocación para adopción o bajo cuidado temporal.
- En el caso de un matrimonio o en el caso en que una persona que reúne los requisitos pierda la cobertura mínima esencial, la cobertura entra en vigor el primer día del mes siguiente.

Para todos los demás eventos desencadenantes, las Fechas de entrada en vigor son las siguientes:

- En el caso de una solicitud presentada 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.
- 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 próximo.

Causas específicas de inelegibilidad

Salvo lo descrito en la sección “Continuación”, una Persona asegurada **dejará de reunir los requisitos para acceder a la cobertura** en virtud de la Póliza en los siguientes casos:

- Cuando las primas no se paguen de acuerdo con las fechas de vencimiento y los períodos de gracia descritos en la sección de las primas.
- En el caso del cónyuge, cuando este ya no esté casado con la persona Asegurada.
- En el caso de la Pareja de hecho, cuando se disuelva a relación de Pareja de hecho o deje de existir por cualquier otro motivo.

- En su caso o en el caso de sus Familiares, cuando ya no cumpla con los requisitos que se mencionan en la sección “Requisitos de elegibilidad”.
- En la fecha de extinción de la Póliza.
- Cuando el Titular de la póliza ya no resida, viva ni trabaje en el Área de servicio.

Recuerde que es su responsabilidad informarle a Cigna de inmediato sobre cualquier cambio que afecte su elegibilidad, o la de cualquiera de sus Familiares asegurados, para acceder a los beneficios en virtud de esta Póliza.

Continuación

Si la elegibilidad de un cónyuge o una Pareja de hecho en virtud de este Plan terminara debido a la muerte del Asegurado, salvo que el Asegurado no haya pagado las primas, dicho cónyuge o pareja de hecho tiene derecho a la continuación de su seguro. La cobertura continuará bajo el nombre del cónyuge o la Pareja de hecho. En dicho caso, la cobertura continuará sin necesidad de presentar evidencia de asegurabilidad.

Si la elegibilidad de un cónyuge o una Pareja de hecho en virtud de este Plan terminara debido a un divorcio o si otro Familiar deja de reunir los requisitos debido a la edad o porque ya no califica como dependiente para la cobertura en virtud de este Plan, salvo que el Asegurado no haya pagado las primas, dicho Familiar tiene derecho a la continuación de su seguro. La cobertura continuará bajo el nombre de dicho Familiar, siempre y cuando este le informe a Cigna y pague la prima mensual correspondiente, dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que, de otra manera, este acuerdo terminaría. En dicho caso, la cobertura continuará sin necesidad de presentar evidencia de asegurabilidad.

Cómo funciona la Póliza

Los servicios para los cuales no cuenta con una derivación de un PCP no están cubiertos. Este Plan no cubre los servicios prestados por un Proveedor no participante (fuera de la red), salvo los Servicios de emergencia y según se especifica en las cláusulas “Circunstancias especiales” y “Excepciones de la red” de este plan.

Programa de beneficios

El Programa de beneficios muestra el Deducible individual y familiar, además de los Desembolsos máximos y el Gasto máximo cubierto para cada tipo de beneficio.

No se pagará ningún beneficio, a menos que la cobertura de la Persona asegurada esté vigente al momento en que se presten los servicios; además, el pago de los beneficios está sujeto a todos los términos, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones de esta Póliza.

Asimismo, no se pagará ningún beneficio, a menos que la Persona asegurada reciba los servicios de un Proveedor participante, tal como se indica a continuación, en la sección “Circunstancias especiales”.

Hospitales, Médicos y otros Proveedores participantes

Los Gastos cubiertos por proveedores participantes se basan en nuestra tarifa negociada. Los Proveedores participantes han acordado **NO** cobrar una tarifa mayor a la tarifa negociada con Cigna para los Servicios cubiertos. Es posible que los Proveedores participantes le cobren a la Persona asegurada por los servicios que no sean Servicios cubiertos en virtud de esta Póliza. Además, los Proveedores participantes nos presentarán reclamaciones en nombre de la Persona asegurada y solicitarán una Autorización previa cuando sea necesario.

Antes de la cita, asegúrese de consultar con el Proveedor si tiene actualmente un contrato con Cigna.

Circunstancias especiales

En ciertas circunstancias y tal como se especifica a continuación, los Gastos cubiertos por los servicios y suministros de un Proveedor no participante, se pagarán de acuerdo con el programa de beneficios del Proveedor participante:

- **Servicios de emergencia del Hospital**
Los Servicios de emergencia para atender una Afección médica de emergencia, se pagarán según el programa de beneficios del Proveedor participante. Una vez que el paciente esté estable y su estado de salud permita el traslado a un Hospital participante, los servicios de un Hospital no participante ya no estarán cubiertos.
- **Servicios de emergencia de un médico u otro Proveedor**
En el caso de la atención inicial de una Afección médica de emergencia, los Gastos cubiertos se pagarán según el programa de beneficios del Proveedor participante.
- **La atención especializada no está disponible por parte de un Proveedor de la red**
Cuando la Atención especializada Necesaria por razones médicas no esté disponible por parte de un Proveedor de la red, los Gastos cubiertos por Servicios cubiertos se pagarán según el programa de beneficios del Proveedor participante.

- **Servicios de un centro para un Problema de salud urgente**

Los servicios para un Problema de salud urgente en un consultorio, centro de atención de urgencia u otro establecimiento de atención ambulatoria se pagarán según el programa de beneficios del Proveedor participante, hasta que el paciente esté estable y su estado de salud permita el alta o el traslado a un Centro participante; en este punto, los servicios de un Centro no participante ya no estarán cubiertos.

- **Servicios de un Médico u otro Proveedor para un Problema de salud urgente**

En el caso de la atención inicial de un Problema de salud urgente, los Gastos cubiertos se pagarán según el programa de beneficios del Proveedor participante.

Nota: Los cargos de Proveedores no participantes se reembolsan en función del Cargo máximo reembolsable, según se define en esta Póliza. Si los cargos del Proveedor participante superan el Cargo máximo reembolsable permitido para el servicio que recibió, usted deberá pagarle al Proveedor la cantidad que supere el Cargo máximo reembolsable.

Deducibles

Los Deducibles son cantidades fijas de Gastos cubiertos que la Persona asegurada debe pagar antes de que los beneficios estén disponibles. Los Deducibles se aplican a todos los Gastos cubiertos, tal como se describe en la sección “Definiciones” de esta Póliza, a menos que se indique expresamente lo contrario en el Programa de beneficios. Los Deducibles no incluyen ninguna cantidad que supere los Cargos máximos reembolsables, las multas ni los gastos que no sean Gastos cubiertos.

Los Deducibles se aplicarán en el orden en que recibamos y procesemos las reclamaciones de las Personas aseguradas, no necesariamente en el orden en el que la Persona asegurada recibió el servicio o suministro.

Deducible

El Deducible está estipulado en el Programa de beneficios. El Deducible es la cantidad de Gastos cubiertos que usted debe pagar por **cualquier** Servicio cubierto (salvo que se especifique lo contrario en el programa de beneficios) provisto por Proveedores participantes cada Año, antes de que los beneficios estén disponibles. Existen dos maneras en que una Persona asegurada puede alcanzar su Deducible:

- Cuando una Persona asegurada alcanza su Deducible individual, los beneficios de esa Persona asegurada se pagarán consecuentemente, se alcance o no cualquier Deducible familiar correspondiente.
- El Deducible familiar se aplicará en el caso de que uno o más Familiares estén cubiertos en virtud de esta Póliza. Cada Persona asegurada puede contribuir al Deducible familiar con la cantidad del Deducible individual, como máximo. Una vez que se alcance este Deducible familiar, no es necesario alcanzar ningún Deducible individual o familiar adicional durante el resto de ese Año.

Desembolso máximo

Es la cantidad máxima de Deducibles, Copagos y Co-seguros en los que cada Persona o Familia incurre en un Año, en concepto de Gastos cubiertos de Proveedores participantes. El Desembolso máximo individual es la acumulación de Gastos cubiertos. Incluye Deducibles, Copagos y Co-seguros por servicios médicos y farmacéuticos cubiertos. Una vez que se haya alcanzado el Desembolso máximo individual en un Año por Servicios cubiertos, ya no tendrá que pagar el Co-seguro ni el Copago de servicios médicos o farmacéuticos en concepto de Gastos cubiertos incurridos durante el resto de ese Año. La cantidad del Desembolso máximo individual se describe en la sección del Programa de beneficios de esta Póliza. El Desembolso máximo familiar se aplica si tiene un plan familiar y usted o uno o más Familiares están asegurados por esta Póliza. Es una acumulación de los Gastos cubiertos

individuales, incluidos los Deducibles, Copagos y Co-seguros por Servicios médicos y farmacéuticos cubiertos, que cada Familiar pagó durante un Año en concepto de Gastos cubiertos por Servicios médicos cubiertos. Si cubre a otros Familiares, cada uno de los Servicios cubiertos de la Persona asegurada se acumula y se tiene en cuenta para el Desembolso máximo familiar. Cada Persona asegurada puede contribuir al Desembolso máximo familiar con la cantidad del Desembolso individual. Una vez que se ha alcanzado el Desembolso, la familia ya no tendrá que pagar ningún Deducible, Co-seguro ni Copago por los Gastos cubiertos en los que se incurra durante el resto de ese Año. Las cantidades del Desembolso máximo individual y familiar se describen en la sección del Programa de beneficios de esta Póliza.

Límites especiales

Es posible que se apliquen límites para ciertos Servicios cubiertos, a través de una Cantidad máxima anual de visitas, días o eventos que el Plan cubrirá para un tipo específico de servicio. Será su responsabilidad pagar los gastos en los que incurra y que superen estas cantidades máximas específicas descritas en esta Póliza. El programa de beneficios incluye una descripción de todos los Límites especiales que se aplican a los beneficios de este plan. Será su responsabilidad pagar los gastos en los que incurra y que superen estas cantidades máximas específicas descritas en esta Póliza.

Beneficios integrales: cobertura de la Póliza

Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse a la información que se incluye a continuación.

A fin de reunir los requisitos para recibir beneficios en virtud de esta Póliza, el Proveedor debe estar debidamente autorizado, de acuerdo con las leyes estatales y locales, y poseer la acreditación correspondiente para prestar los servicios dentro del ámbito de su licencia y acreditación.

Antes de que esta Póliza de Proveedor participante pague los beneficios, usted y sus Familiares deben alcanzar todos los Deducibles que puedan aplicar. Una vez que alcance los Deducibles correspondientes, comenzaremos a pagar por los Servicios cubiertos, según se describe en esta sección.

Los beneficios descritos en esta sección se pagarán en concepto de los Gastos cubiertos incurridos en la fecha en que usted y sus Familiares recibieron el servicio o suministro, a raíz del cual se generó el cargo. Estos beneficios están sujetos a todos los términos, las condiciones, los Deducibles, las multas, las exclusiones y las limitaciones de esta Póliza. Todos los servicios se pagarán en función de los porcentajes que se indican en el Programa de beneficios y están sujetos a los límites descritos en la sección titulada "Cómo funciona la Póliza".

A continuación, se incluye una descripción general de los suministros y servicios por los cuales la Póliza pagará beneficios, siempre y cuando dichos servicios y suministros sean Necesarios por razones médicas y usted reúna los requisitos para recibirlos, tal como se describe en esta Póliza.

Nota: Los servicios de un Proveedor no participante (fuera de la red) no están cubiertos, salvo los Servicios de emergencia, tal como se describe en la sección "Circunstancias especiales" de esta Póliza.

Si está internado en un Hospital, Centro de enfermería especializada o Centro de rehabilitación para pacientes internados el día en que comienza su cobertura, pagaremos los beneficios por Servicios cubiertos que reciba el primer día de cobertura o después y que estén relacionados con esa hospitalización, siempre y cuando reciba Servicios cubiertos de acuerdo con los términos de esta Póliza. Estos beneficios están sujetos a las obligaciones de cualquier compañía de seguros anterior, en función de la ley estatal o del contrato.

Servicios y suministros provistos por un Hospital o Centro quirúrgico ambulatorio independiente

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Para cualquier afección que reúna los requisitos, esta Póliza brinda los beneficios indicados en concepto de Gastos cubiertos por lo siguiente:

- Servicios y suministros hospitalarios provistos por el hospital, incluidos los cargos por habitación privada que excedan la tarifa prevalente por una habitación doble, cuando la habitación privada sea Necesaria por razones médicas.
- Servicios y suministros ambulatorios, incluidos aquellos relacionados con los Servicios de emergencia, cirugía ambulatoria y cirugía ambulatoria realizada en un Centro quirúrgico ambulatorio independiente.
- Servicios de laboratorio y radiografías de diagnóstico/terapéuticos.
- Anestesia y terapia por inhalación.

Los pagos de Gastos hospitalarios cubiertos están sujetos a las siguientes condiciones:

- Los servicios deben ser los que el Hospital o Centro quirúrgico ambulatorio independiente preste y facture habitualmente.
- Los servicios se prestan únicamente durante la cantidad de días necesarios para tratar la Enfermedad o Lesión de la Persona asegurada.

Nota: No se proporcionará ningún beneficio por objetos de uso personal, como televisión, radio, bandejas de alimentos para visitas, etc.

Servicios y suministros provistos por un Centro de enfermería especializada

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios por servicios de Enfermería especializada para pacientes internados y servicios relacionados para la atención de convalecientes y de rehabilitación; los Servicios cubiertos están disponibles si el centro está autorizado o certificado por la ley estatal como un Centro de enfermería especializada. La Atención de custodia no es un Servicio cubierto. Como paciente internado en un centro de enfermería especializada, usted recibirá los siguientes artículos y servicios:

- Servicios de alojamiento y comida en habitación semiprivada.
- Servicios de rehabilitación.
- Medicamentos, productos biológicos y suministros que deberán usarse en el Centro de enfermería especializada, junto con otros servicios y suministros Necesarios por razones médicas.

Esta Póliza proporciona beneficios de Gastos cubiertos para una habitación privada, en caso de que la necesite porque tiene una afección sumamente contagiosa o esté más expuesto a contraer una enfermedad contagiosa debido a su afección médica. De lo contrario, sus beneficios hospitalarios solo cubren los cargos de una habitación semiprivada en un Centro de enfermería especializada. Si elige una habitación privada, usted será responsable de pagar la diferencia de tarifa diaria entre la habitación semiprivada y la privada, además del Copago y el Co-seguro (si los tiene).

Nota: No se proporcionará ningún beneficio por:

- elementos de uso personal, como televisión, radio, bandejas de alimentos para visitas, etc.;
- ingresos en un Centro de enfermería especializada que excedan la cantidad máxima de días cubiertos por Año.

Servicios para enfermos terminales

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

A fin de reunir los requisitos para recibir este beneficio, el Proveedor debe estar debidamente autorizado, de acuerdo con las leyes estatales y locales, para prestar Servicios de enfermería especializada y otros servicios, destinados a ayudar y cuidar a personas que se encuentran en las fases finales de una Enfermedad terminal. El Proveedor también debe estar autorizado para brindar atención a Pacientes terminales por Medicare y la Comisión Conjunta para la Acreditación de las Organizaciones de Salud, o bien, por el organismo correspondiente del estado en el cual se vende la Póliza.

Los servicios y suministros que se mencionan a continuación son Servicios cubiertos, siempre y cuando los brinde un Centro para enfermos terminales y estén destinados al cuidado paliativo del dolor y otros síntomas asociados con una Enfermedad terminal. A efectos de este beneficio, el cuidado paliativo hace referencia a la

atención destinada a controlar el dolor y aliviar los síntomas, pero que no pretende curar una Enfermedad terminal. Los Servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Atención por parte de un equipo interdisciplinario, incluida la elaboración y el mantenimiento de un plan de atención adecuado.
- Atención hospitalaria a corto plazo, cuando sea necesaria en períodos de crisis o como atención de relevo.
- La cobertura incluye atención hospitalaria a corto plazo, tanto la atención de relevo, como los procedimientos necesarios para controlar el dolor y manejar los síntomas agudos crónicos. A efectos de este beneficio, la atención de relevo hace referencia a la atención hospitalaria primaria para la Persona asegurada, con el fin de brindarle al cuidador principal de la Persona asegurada un descanso temporal de sus responsabilidades como cuidador.
- Servicios de enfermería especializada, servicios de asistencia médica en el hogar y servicios de tareas domésticas provistos por un enfermero titulado o bajo su supervisión. Servicios sociales y de asesoramiento por parte de un trabajador social autorizado. Apoyo nutricional que incluye alimentación intravenosa y sondas nasogástricas. Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología y fisioterapia respiratoria proporcionados por un terapeuta autorizado.
- Productos farmacéuticos, equipos médicos y suministros necesarios para el control del dolor y el cuidado paliativo de la afección de la Persona asegurada, incluidos el oxígeno y los suministros necesarios para la fisioterapia respiratoria.
- Servicios de luto (duelo), que incluyen una revisión de las necesidades de la familia de luto y la elaboración de un plan de atención que cubra dichas necesidades, tanto antes como después de la muerte de la Persona asegurada. Los servicios de luto están disponibles para los familiares cercanos sobrevivientes, durante un año después de la muerte de la Persona asegurada. A efectos de este beneficio, un familiar cercano hace referencia a todos los Familiares cubiertos por esta Póliza.

El Médico de la Persona asegurada y el director médico del Centro para enfermos terminales deben certificar que la Persona asegurada tiene una Enfermedad terminal y, probablemente, le queden menos de seis meses de vida. El Médico de la Persona asegurada debe estar de acuerdo con la atención brindada en el Centro para enfermos terminales y debe ser consultado para la elaboración de un plan de atención. El Centro para enfermos terminales debe contar con un plan de atención por escrito en archivos y debe enviarlo cuando se lo solicitemos.

Los beneficios por Servicios cubiertos que no estén incluidos en los mencionados anteriormente, como quimioterapia y radioterapia, y se proporcionen como cuidados paliativos, están disponibles para la Persona asegurada en el Centro para enfermos terminales. Estos Servicios cubiertos adicionales estarán cubiertos por otras partes de esta Póliza.

Servicios profesionales y de otra naturaleza

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios para Gastos cubiertos incurridos en concepto de lo siguiente:

- Servicios provistos por un Médico.
- Servicios provistos por un anestesista.
- Servicios ambulatorios de laboratorio y radiología de diagnóstico.
- Radioterapia, quimioterapia y tratamiento de hemodiálisis.
- Implantes quirúrgicos, excepto los dentales y aquellos cuyos fines sean estéticos.
- Procedimientos quirúrgicos para esterilización (es decir, vasectomía o ligadura de trompas).

- Servicios para revertir una esterilización involuntaria consecuencia de una Enfermedad o Lesión.
- Prótesis/aparatos o dispositivos protésicos, prótesis ortopédicas u oculares.
- Los dispositivos protésicos/médicos internos que brindan soporte funcional interno permanente o transitorio para partes del cuerpo no funcionales están cubiertos. La reparación, el mantenimiento o el reemplazo Necesarios por razones médicas de un aparato cubierto también tienen cobertura.
- Transfusiones de sangre, incluidos el procesamiento de la sangre y el costo de la sangre y los hemoderivados no reemplazados.
- Los Medicamentos de especialidad inyectables y para infusión que requieren receta médica pueden requerir una autorización o certificación previas.

Corrección de la vista después de una cirugía o un accidente

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

El primer par de lentes de contacto o el primer par de anteojos, cuando sean necesarios debido a una Lesión o cirugía en el ojo, y el reemplazo de los lentes de contacto o anteojos, además del examen correspondiente, cuando el cambio necesario está relacionado con la Lesión o la cirugía.

Esta Póliza proporciona beneficios para Gastos cubiertos incurridos en concepto de lo siguiente:

- Anteojos “pinhole” o estenopeicos, según se receten después de la cirugía debido a un desprendimiento de retina.
- Lentes, siempre que se receten en lugar de una cirugía, debido al uso de lentes de contacto para el tratamiento del glaucoma infantil.
- Lentes esclerales recetados para mantener la humedad del ojo cuando el lagrimeo no existe o es deficiente.
- Lentes corneales o esclerales, según sean necesarios para reducir una irregularidad en la córnea que no sea astigmatismo.

Cirugía

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios por servicios quirúrgicos ambulatorios y para pacientes internados, incluidas las cirugías en el consultorio. Los Servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Procedimientos quirúrgicos y con incisión admitidos.
- Cirugías y procedimientos para corregir anomalías congénitas que provocan deterioro funcional y anomalías congénitas en niños recién nacidos.
- Otros procedimientos invasivos, como el angiografía, arteriografía, amniocentesis, punción en el cerebro o la columna vertebral.
- Exámenes endoscópicos, como la artroscopia, la broncoscopia, la colonoscopia o la laparoscopia.
- Tratamiento de fracturas y luxaciones.
- Anestesia y apoyo quirúrgico cuando sean Necesarios por razones médicas.
- Aguja y jeringas hipodérmicas, apósitos quirúrgicos, férulas.
- Atención pre y posquirúrgica necesaria por razones médicas.

Cirugía reconstructiva

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios por Cirugía reconstructiva para corregir deformidades significativas provocadas por anomalías congénitas o del desarrollo, Enfermedades, Lesiones o un tratamiento previo, a fin de lograr un aspecto más normal. Los Servicios cubiertos incluyen la cirugía para restablecer la simetría después de una mastectomía. Los servicios reconstructivos necesarios como resultado de un tratamiento previo están cubiertos si el primer tratamiento hubiera sido un Servicio cubierto en virtud de esta Póliza.

Nota: Esta sección no aplica a la cirugía ortognática. Para averiguar sobre ese beneficio, consulte la sección "Cirugía maxilofacial".

Aviso sobre la mastectomía

Una Persona asegurada que necesita Servicios reconstructivos para una mastectomía o atención de seguimiento debido a una mastectomía y elige la reconstrucción mamaria, también tendrá cubiertos los siguientes servicios:

- Reconstrucción de la mama en la cual se realizó la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr un aspecto simétrico.
- Prótesis y tratamientos de problemas físicos durante todas las etapas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.

Los servicios estarán cubiertos como cualquier servicio médico en virtud de esta Póliza.

Servicios de diagnóstico

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios para pruebas o procedimientos destinados a descubrir o controlar una afección cuando hay síntomas específicos, como también beneficios para la interpretación de pruebas de diagnóstico, como pruebas de diagnóstico por imágenes, informes anatomopatológicos y pruebas cardiológicas. Es necesario que a las pruebas las indique un Médico y deben incluir servicios de diagnóstico indicados antes de una cirugía u hospitalización. Los beneficios incluyen los siguientes servicios:

Servicios de pruebas de diagnóstico por imágenes y pruebas de diagnóstico electrónicas.

- Radiografías/servicios habituales de pruebas de diagnóstico por imágenes.
- Radiología (incluidas las mamografías), ecografías o medicina nuclear.
- Electrocardiogramas (ECG).
- Electroencefalografía (EEG).
- Ecocardiografías.
- Pruebas de audición y visión debido a una afección médica o lesión (no para pruebas de detección ni atención preventiva).
- Pruebas indicadas antes de una cirugía u hospitalización.

Servicios de pruebas de diagnóstico por imágenes avanzadas.

Los beneficios también están disponibles para servicios de pruebas de diagnóstico por imágenes avanzadas, que incluyen, entre otros, los siguientes:

- Tomografía computarizada (TC).
- Angiotomografía (AngioTAC).
- Resonancia magnética (RM).
- Angiografía por resonancia magnética (ARM).

- Espectroscopia por resonancia magnética (ERM).
- Cardiología nuclear.
- Tomografía por emisión de positrones (TEP).
- TEP/TC.
- Densitometría ósea por tomografía computarizada cuantitativa (TCC).
- Colonografía por TC de diagnóstico.
- Tomografía computarizada de emisión monofotónica (SPECT, por sus siglas en inglés).

La lista de servicios de pruebas avanzadas de diagnóstico por imágenes puede cambiar a medida que cambian las tecnologías médicas.

Nota: Es posible que los servicios requieran autorización previa.

Radioterapia

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios para el tratamiento de una enfermedad mediante radiografía, radio o radioisótopo. Los Servicios cubiertos incluyen el tratamiento (teleterapia, braquiritoterapia y radiación intraoperatoria, partículas fotónicas o de alta energía), los materiales y suministros necesarios, la administración y la planificación del tratamiento. La radioterapia de protones no se considerará como una fuente de evidencia clínica mayor que cualquier otro tipo de radioterapia para el tratamiento del cáncer.

Fisioterapia respiratoria

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios para el uso de gases secos o húmedos en los pulmones, el tratamiento de inhalación sin presurización; el tratamiento de respiración con presión positiva intermitente, el uso de aire u oxígeno, con o sin medicación nebulizada, la ventilación con presión positiva continua (CPAP, por sus siglas en inglés); la ventilación con presión negativa continua (CNP, por sus siglas en inglés); la percusión torácica; el uso terapéutico de gases médicos o medicamentos en forma de aerosoles, y equipos como bolsas de reanimación, tienda de oxígeno y espirómetros de incentivo; drenaje broncopulmonar y ejercicios de respiración.

Terapia de infusión

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios para servicios de enfermería, Equipo médico duradero y medicamentos, los cuales se le administran mediante una vía intravenosa en el hogar. Los servicios también incluyen alimentación parenteral total (TPN, por sus siglas en inglés), terapia de alimentación por sonda nasogástrica, tratamientos antibióticos, tratamientos para el dolor y quimioterapia como tratamiento de una Enfermedad mediante antineoplásicos químicos o biológicos. Los servicios pueden incluir inyecciones (intramusculares, subcutáneas, continuas subcutáneas). Consulte la sección “Medicamentos que requieren receta médica y Medicamentos de especialidad cubiertos como beneficios médicos” para obtener más detalles.

Diálisis

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios para la insuficiencia renal aguda y la insuficiencia renal crónica (terminal), incluida la hemodiálisis, la diálisis peritoneal intermitente (IPD, por sus siglas en inglés) en el hogar, la diálisis peritoneal cíclica continua (CCPD, por sus siglas en inglés) en el hogar y la diálisis peritoneal ambulatoria continua (CAPD, por sus siglas en inglés) en el hogar. Los Servicios cubiertos incluyen los tratamientos con diálisis en un centro ambulatorio de diálisis o en el consultorio del médico. Los Servicios cubiertos también incluyen la diálisis en el hogar y capacitación para usted y la persona que lo ayudará a dializarse en el hogar.

Equipo médico duradero

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios para el Equipo médico duradero y los dispositivos médicos, siempre y cuando el equipo cumpla con los siguientes criterios:

- Está destinado para uso reiterado y no es desechable.
- Se usa con un propósito médico y no será útil una vez que desaparezca la necesidad médica.
- Está destinado para su uso fuera de un establecimiento médico.
- Es solo para uso del paciente.
- Se ha fabricado para satisfacer un uso médico.
- Está indicado por un médico.

Los beneficios incluyen únicamente equipos y dispositivos que se comprarán (p. ej., muletas y equipos personalizados), equipos y dispositivos para comprar o alquilar para comprar (p. ej., camas de hospital y sillas de ruedas), además de equipos y dispositivos de alquiler ininterrumpido (p. ej., concentrador de oxígeno, respirador y dispositivos para el tratamiento de heridas con presión negativa). El equipo de alquiler ininterrumpido debe ser aprobado por Cigna. Cigna puede limitar la cantidad de cobertura para el equipo de alquiler ininterrumpido. Es posible que la cantidad que cubra Cigna por costos de alquiler no sea mayor que el costo de compra del equipo.

Los beneficios incluyen los costos de reparación y reemplazo, así como también los suministros y equipos necesarios para el uso de los equipos o dispositivos, por ejemplo, la batería de una silla de ruedas motorizada.

El oxígeno y el equipo necesario para su administración también son Servicios cubiertos. Los beneficios también están disponibles para los implantes cocleares.

Nota: El equipo y los suministros médicos deben cumplir con todas las normas mencionadas anteriormente para poder reunir los requisitos y recibir los beneficios en virtud de esta Póliza. El hecho de que un médico recete o indique un equipo o suministro, no significa que este necesariamente reúne los requisitos para el pago. La cobertura del Equipo médico duradero se limita a la alternativa de menor costo.

Cigna determina si el artículo reúne estas condiciones y si pertenece a la categoría de equipo de alquiler o compra. Las Personas aseguradas pueden apelar la decisión de Cigna. Consulte la sección de la Póliza titulada "Qué hacer cuando tiene una queja o apelación".

Suministros médicos y quirúrgicos

Este Plan incluye la cobertura de suministros médicos y quirúrgicos que son Necesarios por razones médicas, se usan únicamente con un propósito médico y una sola vez, y se compran (no se alquilan). Los suministros cubiertos incluyen jeringas, agujas, apósitos quirúrgicos, férulas y otros elementos similares que solo se usan con un propósito médico. Los Servicios cubiertos no incluyen artículos que, con frecuencia, se almacenan en el hogar para uso general, como vendas adhesivas, termómetros y vaselina, pomadas o cremas.

Aparatos y dispositivos protésicos

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Este Plan también incluye beneficios para prótesis y componentes Necesarios por razones médicas para asistir con las actividades de la vida cotidiana. Un dispositivo protésico es un sustituto artificial que reemplaza, total o parcialmente, un miembro o una parte del cuerpo, como un brazo, una pierna, un pie o un ojo. También está incluida la cobertura para la reparación, la colocación, el ajuste y el reemplazo de un dispositivo protésico. Además, se cubren los componentes para las prótesis ortopédicas. Los componentes son los materiales y el equipo necesarios para garantizar la comodidad y el funcionamiento del dispositivo protésico.

Los Servicios cubiertos pueden incluir, entre otros, los siguientes:

- 1) prótesis ortopédicas y componentes (los materiales y el equipo necesarios para garantizar la comodidad y el funcionamiento del dispositivo protésico);
- 2) prótesis mamaria (sea interna o externa) tras una mastectomía, conforme lo exige la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer;
- 3) bolsa colectora y otros suministros para ostomía (construcción quirúrgica de una abertura artificial) directamente relacionados con el cuidado de estomas.
- 4) prótesis de restauración (prótesis facial combinada);
- 5) pelucas para la etapa posterior al tratamiento contra el cáncer.

A continuación, se detallan los aparatos y dispositivos protésicos externos que están específicamente **excluidos**:

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

Dispositivos ortopédicos

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios para ciertos tipos de dispositivos ortopédicos (ortesis, botas, férulas). Los Servicios cubiertos incluyen la compra inicial, la colocación y la reparación de un dispositivo de apoyo hecho a medida, estático o semiestático, y que se usa para sostener, alinear, prevenir o corregir deformidades, o para mejorar la función de las partes móviles del cuerpo, o bien, para limitar o evitar el movimiento de una parte del cuerpo débil o enferma.

Servicios de ambulancia

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios para Gastos cubiertos incurridos en concepto de lo siguientes servicios de ambulancia:

- El cargo básico, el millaje y los suministros no reutilizables de una compañía de ambulancias autorizada para prestar servicio de transporte terrestre, aéreo o acuático, hacia un Hospital o Centro de enfermería especializada, o desde estos establecimientos a otro lugar.
- El monitoreo, los electrocardiogramas (ECG), la desfibrilación cardíaca, la reanimación cardiopulmonar (RCP) y la administración de oxígeno y soluciones intravenosas (i.v.) en relación con el servicio de ambulancia. Es obligatorio que una persona debidamente autorizada preste estos servicios.

El traslado en ambulancia está cubierto en situaciones de emergencia, únicamente hasta el centro más cercano que pueda manejar la emergencia, o bien, traslados Necesarios por razones médicas desde un centro médico a otro.

Cuando recibamos una asignación de beneficios por parte de un Proveedor de servicios de ambulancia, le reembolsaremos los beneficios directamente al Proveedor de los servicios.

Servicios habilitativos y de rehabilitación

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios para los servicios terapéuticos que se describen a continuación. Estos Servicios cubiertos se definen en la sección "Definiciones" de esta Póliza, bajo el título "Servicios de rehabilitación" y "Servicios habilitativos". Los Servicios cubiertos incluyen los siguientes:

Fisioterapia: es el tratamiento a través de medios físicos destinado a aliviar el dolor, restablecer la salud y evitar una discapacidad luego de una enfermedad, lesión o pérdida de un brazo o una pierna. Incluye hidroterapia, calor, agentes físicos, y principios y dispositivos biomecánicos y neurofisiológicos.

Servicios de fonoaudiología y logopedia (SLP, por sus siglas en inglés): servicios destinados a identificar, evaluar y tratar los trastornos del habla y el lenguaje, y las dificultades para la deglución en niños y adultos. La terapia se centrará en desarrollar o tratar las habilidades para la comunicación o la capacidad para deglutir, a fin de corregir un trastorno del habla.

Terapia ocupacional: tratamiento que recibe una persona incapacitada físicamente y cuyo objetivo es restablecer su habilidad para realizar las actividades de la vida cotidiana, como caminar, comer, beber, vestirse, ir al baño, trasladarse desde la silla de ruedas a la cama y bañarse. También incluye la terapia destinada a facilitar las tareas necesarias para que la persona realice su trabajo. La terapia ocupacional no incluye la ludoterapia ni la terapia vocacional, como pasatiempos, artes y oficios.

Quiropraxia/osteopatía/terapia de manipulación: son terapias que tratan los problemas de los huesos, las articulaciones y la espalda. Ambas terapias son similares, pero la quiropraxia se centra en las articulaciones de la columna vertebral y el sistema nervioso, mientras que la osteopatía también se centra en las articulaciones y los músculos, tendones y ligamentos circundantes.

Servicios para la rehabilitación cardíaca y pulmonar

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios para Gastos cubiertos incurridos para rehabilitación pulmonar y rehabilitación cardíaca de fase II provistas de manera ambulatoria, luego de recibir un diagnóstico de una afección cardíaca que reúne los requisitos, cuando son Necesarias por razones médicas. Fase II es un programa hospitalario ambulatorio al que se someten los pacientes después del alta hospitalaria. El programa de fase II debe ser dirigido por un médico e incluir un tratamiento activo y monitoreo del ECG.

El programa de fase II debe ser dirigido por un médico con un tratamiento activo y debe incluir una evaluación médica, capacitación, ejercicios supervisados, monitoreo del ECG y apoyo psicosocial. Los servicios no se proporcionarán para programas domiciliarios (fuera de los servicios de atención médica a domicilio), acondicionamiento permanente y atención de mantenimiento.

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.

Servicios para trastornos mentales, emocionales o nerviosos funcionales (incluidos los trastornos alimentarios) y trastornos asociados al consumo de sustancias

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Al mismo nivel que otros tratamientos comparativos para cualquier otra Enfermedad o Lesión, esta Póliza proporciona beneficios para lo siguiente:

Servicios hospitalarios. La cobertura incluye psicoterapia individual, psicoterapia grupal, pruebas y ayuda psicológicas con la ayuda de los Familiares para determinar el diagnóstico y tratamiento del paciente, y tratamiento convulsivo, desintoxicación y tratamiento de rehabilitación; cargos profesionales de la hospitalización en cualquier hospital o centro que exija la ley estatal.

Servicios ambulatorios. La cobertura incluye el diagnóstico y el tratamiento de trastornos psiquiátricos, psicoterapia individual y grupal, pruebas psicológicas, visitas al consultorio, cargos del Médico y del centro ambulatorio, y controles de la administración de medicamentos.

Servicios de hospitalización parcial o de jornada parcial. Incluyen servicios provistos por un programa de tratamiento diurno o nocturno autorizado o aprobado que emplea modalidades de tratamientos de rehabilitación de diagnóstico, médicas, psiquiátricas y psicosociales importantes, diseñadas para pacientes con trastornos mentales, emocionales o nerviosos, y que tienen problemas de alcoholismo o drogadicción, y que necesitan un tratamiento coordinado, intensivo, integral e interdisciplinario. Dicho programa deberá brindar un tratamiento por un período de seis horas continuas por día o más a personas o grupos de personas que no están hospitalizadas. Este término también debe incluir los programas ambulatorios intensivos que tratan el alcoholismo o la drogadicción, y que brindan tratamiento durante un período de tres horas continuas por día o más a personas o grupos de personas que no están hospitalizadas.

Tratamiento residencial. Está indicado para trastornos de salud mental y aquellos asociados al consumo de sustancias, y se brinda en un hospital o centro de tratamiento autorizado para proporcionar un programa de tratamiento y rehabilitación continuo y estructurado, incluida la atención de enfermería las 24 horas del día. El tratamiento individualizado e intensivo incluye la observación y la evaluación por parte de

un psiquiatra, todas las semanas como mínimo, además de rehabilitación, terapia, educación y actividades recreativas o sociales.

Atención de maternidad y durante el embarazo

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Su plan de Proveedor participante brinda beneficios de atención durante el embarazo y después del parto, servicios profesionales y en centros de atención para el parto, que incluyen el uso de la sala de partos, anestesia y atención para partos normales, en un centro o en el hogar, además de los servicios de una matrona debidamente autorizada.

Todos los beneficios integrales descritos en este Plan están disponibles para los servicios de maternidad. Los beneficios hospitalarios integrales para el cuidado neonatal de rutina de un recién nacido están disponibles, siempre y cuando el niño sea un Dependiente que reúne los requisitos, según la definición que figura en “Condiciones de elegibilidad”, en la sección de este plan titulada “¿Quiénes reúnen los requisitos para recibir cobertura?”.

La madre y el recién nacido tendrán derecho a recibir cobertura hospitalaria por un período de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones; y por un período de 96 horas después de un parto mediante cesárea sin complicaciones. Si la madre y el médico toman la decisión de disponer el alta de la madre o del recién nacido del hospital antes de que concluya el período de 48 o 96 horas, estará disponible de manera oportuna una cobertura de atención posterior al parto.

Esta Póliza proporciona beneficios debido a complicaciones del embarazo. Los beneficios están disponibles para otros tipos de atención de maternidad y durante el embarazo, tal como se indica en la sección “Atención de maternidad y durante el embarazo”.

No restringiremos los beneficios con respecto a la duración de las hospitalizaciones relacionadas con el parto, tanto para la madre como para el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o a menos de 96 horas después de un parto por cesárea; o le exigiremos a un Proveedor que obtenga una autorización para indicar una hospitalización cuya duración no supere los períodos indicados anteriormente. Sin embargo, es posible que proporcionemos beneficios para una estancia más corta si el Médico a cargo de la atención (*p. ej.*, el médico, la partera), luego de consultarlo con la madre, les da el alta antes de tiempo a la madre o al recién nacido.

Los cargos por suministros para la lactancia, incluido un sacaleches por embarazo, o por apoyo y asesoramiento están cubiertos sin Copagos/Co-seguros ni Deducibles, mientras dure la lactancia. Dichos servicios serán coherentes con los protocolos y las pautas elaborados por los Proveedores a cargo de la atención o por organizaciones profesionales pediátricas, obstétricas y de enfermería nacionales para estos servicios, y deberán ser prestados por personal de atención médica debidamente autorizado y capacitado en atención puerperal para la madre y atención pediátrica para el recién nacido.

Los servicios posnatales para el bebé incluyen pruebas de detección de hemoglobinopatías; medicamentos profilácticos contra la gonorrea; pruebas de detección de hipotiroidismo, prueba de detección de la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) y de la incompatibilidad Rh; además de exámenes fetales, es decir, pruebas genéticas y cromosómicas del feto.

También se proporcionan beneficios para una visita domiciliaria al recién nacido o visitas que deben respetar el criterio médico, el cual se detalla en la versión más actualizada, o actualización oficial, de la “Guía para el cuidado perinatal”, elaborada por la Academia Estadounidense de Pediatría y el Colegio

Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, o en las “Normas para los servicios de obstetricia y ginecología”, elaboradas por el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos. Dicha cobertura se debe brindar respetando cualquier cambio que se haya incorporado en la guía o las normas mencionadas anteriormente, dentro de los seis meses posteriores a su publicación, o de cualquier modificación que se haya realizado.

También se proporcionan beneficios para servicios relacionados con un aborto terapéutico, siempre que lo recomiende un Médico debido a las siguientes afecciones: cuando la vida de la madre corre peligro debido a un trastorno, una enfermedad o una lesión de naturaleza física, incluida una afección física que ponga en peligro la vida y esté provocada por el embarazo, o surja a raíz de este, o bien, cuando el embarazo sea el resultado de un presunto acto de violación o incesto.

Tratamiento para la esterilidad

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios para Gastos cubiertos, incluidos los servicios para diagnosticar y tratar afecciones que provoquen esterilidad. Tenga en cuenta que el tratamiento para la esterilidad, como la fecundación in vitro y otros tipos de medios de concepción artificiales o quirúrgicos, junto con los procedimientos y medicamentos asociados, no están cubiertos.

Hospitalización por histerectomía

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios para la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia y la histerectomía vaginal. La cobertura incluye beneficios para una estancia mínima en el hospital de no menos de 23 horas para una histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, y no menos de 48 horas para una histerectomía vaginal, tal como establecen las pautas de Milliman & Robertson de reconocimiento nacional. Una estancia más corta es admisible, siempre y cuando el Médico a cargo de la atención, luego de consultarle a la Persona asegurada, determine que una estancia más corta en el hospital es apropiada.

Servicios de atención preventiva

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

El Plan le proporciona beneficios para servicios de atención preventiva de rutina sin que usted tenga que pagar parte del costo. Se pagarán los Gastos cubiertos por servicios de atención preventiva, incluidos los siguientes:

- Exámenes físicos de rutina, que incluyen orientación y asesoramiento sobre el trastorno asociado al consumo de sustancias, el abuso de alcohol, el tabaquismo, la obesidad, el ejercicio, además de asesoramiento nutricional/sobre alimentación saludable.
- Dos intentos para dejar de fumar (máximo de 4 sesiones de asesoramiento por cada intento); los Medicamentos que requieren receta médica incluidos en el tratamiento para dejar de fumar están cubiertos por el beneficio de Medicamentos que requieren receta médica.
- Mamografía, prueba de Papanicoláu y examen de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) anuales.

- Artículos o servicios de calificación A o B, según las recomendaciones actuales del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés).
- Vacunaciones recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
- Vacunas antigripales (incluida la administración).
- En el caso de bebés, niños y adolescentes, atención preventiva y exámenes de detección basados en evidencia y cobertura de suplementos de fluoruro, quimioprofilaxis y hierro, contemplados en las pautas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud, incluidos los siguientes:
 - historia clínica;
 - medidas del IMC;
 - riesgos de la salud bucal;
 - pruebas de detección del autismo (18 y 24 meses);
 - desarrollo;
 - presión arterial;
 - evaluaciones sobre el consumo de alcohol y drogas;
 - exámenes del comportamiento;
 - prueba de detección de la depresión;
 - displasia cervical;
 - dislipidemia;
 - hematocrito o hemoglobina;
 - pruebas de detección de la hepatitis, la hepatitis B, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y plomo;
 - prueba de detección y asesoramiento sobre la obesidad;
 - prueba de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés).
- La atención posnatal para los recién nacidos incluirá lo siguiente:
 - Exámenes de audición y todos los exámenes audiológicos que indique el Médico a cargo de la atención. Esto incluye exámenes audiológicos de seguimiento recomendados por el Médicos para confirmar la pérdida de la audición.
 - Evaluaciones y mediciones del comportamiento.
 - Exámenes para controlar la presión arterial, detectar hemoglobinopatías, hipotiroidismo y PKU, además de medicamentos profilácticos contra la gonorrea.
 - Servicios y aparatos dentales para un recién nacido cuando sean necesarios para tratar el labio leporino, la hendidura del paladar o la displasia ectodérmica diagnosticados por un médico.

En www.healthcare.gov encontrará información detallada.

Nota: Los Servicios cubiertos no incluyen exámenes, atención, pruebas de detección ni vacunaciones de rutina (salvo las vacunaciones contra la malaria), en caso de que sean necesarios para un viaje, el trabajo, la escuela o la práctica de deportes.

Atención preventiva para la mujer

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Se pagarán los Gastos cubiertos para los servicios de atención preventiva que se mencionan a continuación:

- Servicios de obstetricia y ginecología provistos por Proveedores calificados, para la atención relacionada con el aparato reproductor femenino y las mamas, y para pruebas de detección anuales, asesoramiento y vacunaciones para trastornos y enfermedades, de acuerdo con las recomendaciones más actuales del Colegio estadounidense de Obstetras y Ginecólogos. Los servicios ginecológicos incluyen la cobertura de pruebas de detección del cáncer de cuello uterino y exámenes de control para detectar el cáncer ovárico.
- La prueba de detección del cáncer de cuello uterino incluye exámenes y análisis de laboratorio para la detección temprana del cáncer de cuello uterino. Los exámenes y análisis de laboratorio hacen referencia a la prueba de Papanicoláu habitual, a la citología en base líquida y a métodos de detección del papilomavirus humano (PVH, por sus siglas en inglés), en el caso de las mujeres que reciben resultados dudosos de los análisis citológicos cervicouterinos; exámenes que han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos. Los exámenes de control se reservan para las mujeres que corren riesgo de padecer cáncer ovárico. La frase “riesgo de padecer cáncer ovárico” significa:
 - tener antecedentes familiares con al menos un pariente de segundo grado con cáncer ovárico; y un segundo pariente, ya sea de segundo o tercer grado, con cáncer de mama, ovario o cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis; o bien,
 - recibir un resultado positivo de la prueba de detección del síndrome hereditario de cáncer ovárico.

A efectos de este beneficio, los “exámenes de control” hacen referencia a las pruebas de detección anuales como la ecografía transvaginal y la exploración ginecológica recto-vaginal.

- Cargos por mamografías, incluidos los siguientes: (a) una mamografía inicial, (b) una mamografía cada dos años (c) o una mamografía todos los años, siempre y cuando sea Necesaria por razones médicas, y (d) la interpretación del Médico de los resultados de los análisis de laboratorio. Las mamografías se pueden realizar con más frecuencia si así lo recomienda el Médico, debido a que la mujer tiene antecedentes personales de cáncer de mama o una enfermedad mamaria benigna confirmada mediante una biopsia, un familiar de sexo femenino ha tenido cáncer de mama o la mujer no ha dado a luz antes de los 30 años.
- Para las mujeres, dicha atención y pruebas de detección preventivas adicionales incluyen lo siguiente:
 - Medicamentos y dispositivos anticonceptivos, incluido el DIU.
 - Tratamientos de esterilización voluntarios o reversión de una esterilización resultado de una Enfermedad o Lesión, contemplados en las pautas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud.
 - Evaluación del riesgo de padecer cáncer de mama y pruebas genéticas (BRCA, por sus siglas en inglés).
 - Asesoramiento sobre pruebas genéticas para el cáncer de mama (BRCA, por sus siglas en inglés), quimioprolifaxis del cáncer de mama, violencia familiar e interpersonal y STI.
 - Evaluación para detectar casos de violencia familiar e interpersonal.
 - PVH, infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) y prueba de detección del VIH.
 - Examen de detección de la osteoporosis.
- Exámenes fetales prenatales para mujeres embarazadas, a fin de averiguar el estado genético o cromosómico del feto. También incluyen pruebas anatómicas, bioquímicas o biofísicas para definir las probabilidades de anomalías genéticas o cromosómicas. Cubre exámenes para detectar anemia, diabetes gestacional, hepatitis B, incompatibilidad Rh e infecciones urinarias y de otro tipo. También

cubre suplementos de ácido fólico y servicios de intervención y asesoramiento ampliados sobre consumo de tabaco.

En <https://www.hrsa.gov/womensguidelines/> encontrará información detallada.

Atención preventiva para adultos

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Se pagarán los Gastos cubiertos para los servicios y exámenes de atención preventiva que se mencionan a continuación:

- Examen de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) o exámenes equivalentes para detectar la presencia de cáncer de próstata, además de la visita al consultorio y el examen físico asociados con este examen, cuando lo indique el Médico o el enfermero de la Persona asegurada. A efectos de esta sección, el “examen PSA” hace referencia al análisis de una muestra de sangre para determinar el nivel del antígeno prostático específico.
- Se cubrirán los cargos del examen de detección de cáncer colorrectal, específicamente el examen anual de sangre oculta en heces, la sigmoidoscopia flexible o la colonoscopia o, en circunstancias apropiadas, las exploraciones radiológicas, de acuerdo con las recomendaciones más recientes publicadas por el Colegio Estadounidense de Gastroenterología, en colaboración con la Sociedad Estadounidense de Lucha contra el Cáncer, para las edades, los antecedentes familiares y las frecuencias que se citan en dichas recomendaciones.
- También se cubren los servicios preventivos para lo siguiente:
 - examen para detectar el aneurisma aórtico abdominal;
 - evaluación y asesoramiento sobre el abuso de alcohol;
 - prueba de detección de hipertensión arterial;
 - prueba de detección de la diabetes de tipo 2;
 - evaluación del colesterol;
 - prueba de detección y asesoramiento sobre la depresión;
 - prueba de detección de la hepatitis B y C;
 - prueba de detección y asesoramiento sobre la obesidad;
 - evaluación y asesoramiento sobre la alimentación;
 - prueba de detección de cáncer de pulmón y asesoramiento;
 - prueba de detección del VIH;
 - examen de prevención de sífilis y otras infecciones de transmisión sexual y asesoramiento;
 - evaluación y asesoramiento sobre el consumo de tabaco, productos para dejar de fumar, incluidos los parches de nicotina y la goma de mascar, cuando se obtienen mediante una receta médica (consulte la sección “Beneficios de Medicamentos que requieren receta médica” de esta Póliza);
 - aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares.

Pruebas genéticas

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios de Gastos cubiertos para cargos por pruebas genéticas que utilizan un método de prueba comprobado para la identificación de enfermedades hereditarias de transmisión genética. Las pruebas genéticas se cubren únicamente en los siguientes casos:

- La Persona asegurada tiene síntomas o signos de una enfermedad hereditaria de transmisión genética.
- Se ha determinado que la Persona asegurada corre riesgo de ser portadora, según lo demuestra la literatura científica arbitrada y basada en evidencias existente, en relación con el 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 arbitrada y basada en evidencias existente, tiene un impacto directo en las opciones de tratamiento.

El asesoramiento genético está cubierto si una Persona asegurada se realizará una prueba genética aprobada o si una Persona asegurada tiene una enfermedad hereditaria y es una posible candidata para la realización de pruebas genéticas. El asesoramiento genético se limita a 3 visitas por Año calendario, antes y después de las pruebas genéticas.

Servicios de programas de intervención temprana

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza cubre los servicios de intervención temprana Necesarios por razones médicas, como la fonoaudiología y la logopedia, la terapia ocupacional, la fisioterapia y los servicios y dispositivos de tecnología asistiva para dependientes certificados por el Departamento de Salud Conductual y Servicios de Desarrollo como personas que reúnen los requisitos para acceder a los servicios, en virtud de la parte H de la Ley de Educación para Personas Discapacitadas (título 20 del U.S.C., § 1471 y sig.). Los servicios de intervención temprana necesarios por razones médicas, dirigidos a la población certificada por el Departamento de Salud Conductual y Servicios de Desarrollo harán referencia a aquellos servicios diseñados para ayudar a una persona a adquirir o mantener la capacidad para realizar las actividades diarias acordes a su edad y en su entorno, e incluirán servicios que mejoren las capacidades funcionales sin lograr una cura. Este beneficio no está sujeto a ningún límite en dólares. La fisioterapia, la terapia ocupacional y la fonoaudiología provistas como parte de los servicios de intervención temprana no están sujetas a ningún límite de consultas de rehabilitación a corto plazo.

Circuncisión

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

La circuncisión de una Persona asegurada de sexo masculino está cubierta de la misma forma que cualquier otro beneficio médico.

Anomalías y defectos congénitos en recién nacidos

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios de Gastos cubiertos para la atención y el tratamiento necesarios de anomalías y defectos congénitos diagnosticados por un médico en recién nacidos.

Los beneficios incluyen, entre otros, servicios dentales ambulatorios y para pacientes internados, cirugía maxilofacial y servicios ortodóncicos Necesarios por razones médicas, para el tratamiento del labio leporino, la hendidura del paladar o la displasia ectodérmica diagnosticados por un médico.

Diagnóstico y tratamiento del linfedema

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Los cargos por el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento del linfedema están cubiertos de la misma forma que para cualquier otra afección médica. La cobertura incluirá beneficios por equipos, suministros, terapia descongestiva compleja, prendas de compresión gradiente que requieren una receta y se hacen a medida para el Asegurado, capacitación y educación sobre la autogestión, si se determina que el tratamiento es Necesario por razones médicas y lo brinda un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional o un enfermero autorizado con experiencia en la prestación de este tratamiento, u otro profesional de atención médica autorizado, cuyo ámbito de práctica profesional incluya el tratamiento del linfedema.

Trasplante de órganos y tejidos

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

A fin de reunir los requisitos para recibir beneficios, los trasplantes de órganos y tejidos deben contar con una Autorización previa de Cigna, antes de que se presten los servicios (consulte la sección “Programa de autorización previa”).

La cobertura se brinda para servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos en centros específicos de los Estados Unidos. La cobertura también se brinda para servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos en otros centros participantes (de la red) de Cigna, que tienen contrato con Cigna para servicios de trasplantes. Los servicios de trasplante incluyen procedimientos que involucran vísceras macizas y médula ósea/células madre. Esta cobertura está sujeta a las siguientes condiciones y limitaciones.

La cobertura se brinda tanto para el receptor como para el donante de un trasplante cubierto, incluidos los gastos de viaje y alojamiento, de acuerdo con lo estipulado en la sección “Servicios de viaje por trasplante” que figura más abajo:

- Si tanto el donante como el receptor están cubiertos por la misma aseguradora, cada uno recibirá el pago de sus beneficios por parte de su Plan correspondiente.
- Si usted es el receptor del trasplante y el donante no tiene ningún tipo de cobertura, los beneficios en virtud de este Plan se les brindarán tanto a usted como al donante. En este caso, los pagos que se hagan en nombre del donante se imputarán a los beneficios que le corresponden a usted.
- Si usted es el donante del trasplante y no tiene ningún tipo de cobertura, los beneficios en virtud de este Plan se le brindarán a usted. Sin embargo, el receptor no recibirá ningún beneficio.

La cobertura se brindará para lo siguiente:

- Servicios hospitalarios y ambulatorios cubiertos relacionados con el trasplante. Los servicios de trasplante incluyen los servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios; los inmunodepresores para pacientes internados; y los costos de la obtención del órgano o la médula ósea/las 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: alotrasplante de médula ósea/células madre, autotrasplante de médula ósea/células madre, córnea, corazón, corazón/pulmón, riñón, riñón/páncreas, riñón/hígado, hígado, pulmón, páncreas o intestino, que incluye el intestino delgado, el intestino delgado/el hígado o múltiples vísceras.
- La evaluación, preparación y entrega del órgano donado.
- La extracción del órgano del donante. La cobertura de 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 extracción del órgano, el traslado del órgano y el transporte, la hospitalización y la cirugía del donante vivo. Las pruebas de compatibilidad realizadas antes de la obtención están cubiertas si son Necesarias por razones médicas. También están cubiertos los costos relacionados con la búsqueda y la identificación de un donante de médula ósea o células madre para un alotrasplante.
- Trasplantes e infusiones de órganos, tejidos y células madre/médula ósea. También están cubiertos los procedimientos necesarios de adquisición, movilización, obtención y almacenamiento, además del tratamiento mielosupresor preparatorio, la quimioterapia preparatoria de baja intensidad, la radioterapia o una combinación de estas terapias.
- El traslado del órgano donado al lugar donde se realizará el trasplante. Los beneficios estarán limitados al traslado del órgano donado en los Estados Unidos o Canadá. Los beneficios solo se proporcionarán en un centro específico de Cigna LIFESOURCE Transplant Network®.

Es posible que no se niegue el reembolso de un Gasto cubierto de otro modo, en el que se haya incurrido por cualquier tipo de trasplante de órgano, únicamente si dicho procedimiento se considera Experimental o de investigación, a menos que esté avalado por la decisión de la Oficina de Evaluación de la Tecnología para el Cuidado de la Salud de la Agencia para Políticas e Investigación sobre el Cuidado de la Salud, la cual pertenece al Departamento de Salud y Servicios Humanos federal, de que dicho procedimiento es Experimental o de investigación o que no hay datos ni experiencia suficientes para determinar si un trasplante de órgano es aceptable desde un punto de vista clínico.

Los servicios de trasplante que se reciban en centros de Proveedores participantes (de la red), con un contrato específico con Cigna para prestar dichos servicios de trasplante, se pagarán de acuerdo al nivel dentro de la red.

NOTA: Algunos centros de Proveedores de la red NO tienen un contrato con Cigna para prestar servicios de trasplante. Si usted decide someterse a un trasplante en un centro de la red que no tenga contrato con Cigna para prestar servicios de trasplante, dichos servicios estarán cubiertos según el nivel de beneficio fuera de la red del plan. Para obtener más información sobre si un centro de la red tiene contrato con Cigna para prestar servicios de trasplante, comuníquese con su administrador de casos de Cigna o llame al número que figura en su tarjeta de ID.

Los servicios de trasplante que se reciban en cualquier otro centro, incluidos los Proveedores no participantes y los Proveedores participantes que no tengan un contrato específico con Cigna para brindar tales servicios, no están cubiertos.

Servicios de viaje para trasplantes

La cobertura se brinda para los gastos de transporte y alojamiento en los que usted haya incurrido en relación con un trasplante de órgano/tejido aprobado previamente. Si Cigna reembolsa los gastos de

dicho trasplante, el Servicio de Impuestos Internos lo consideraría como un ingreso no gravable de acuerdo con la Publicación 502 y estaría sujeto a las siguientes condiciones y limitaciones. Los beneficios de transporte y alojamiento están a su disposición únicamente si es el receptor de un trasplante de órganos/tejidos aprobado previamente de un centro específico de CIGNA LIFESOURCE Transplant Network®. El término “receptor” incluye a una Persona asegurada que recibe servicios autorizados relacionados con un trasplante durante: (a) una evaluación, (b) una candidatura, (c) un trasplante o (d) la atención posterior al trasplante. Los gastos de viaje de la Persona asegurada que recibirá el trasplante incluirán los cargos por lo siguiente:

- el traslado hacia el centro del trasplante y desde este hacia otro sitio (incluidos los cargos por el alquiler de un automóvil durante el período de atención en el centro donde se realice el trasplante);
- y el alojamiento mientras permanezca en el centro del trasplante, además del alojamiento necesario durante el traslado hacia el centro del trasplante o desde este hacia otro lado.

Además de la cobertura que usted recibe por los servicios asociados con los conceptos precedentes, dichos servicios también se considerarán gastos de viaje cubiertos para un acompañante que viaje con usted o dos acompañantes, en el caso de que el receptor sea un menor. 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 cuidado y que tenga al menos dieciocho (18) años.

Los siguientes gastos de viaje están específicamente excluidos:

- costos de viaje cuando el destino esté a menos de sesenta (60) millas de su hogar;
- alimentos y comidas;
- facturas de lavandería;
- facturas telefónicas;
- productos con alcohol o tabaco;
- cargos por transporte aéreo que supere las tarifas de clase económica.

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

Los servicios de viaje por trasplante solo están disponibles cuando la Persona asegurada es el donante o el receptor de un trasplante de órgano/tejido. Los gastos de viaje del donante vivo designado para un receptor cubierto están cubiertos y sujetos a las mismas condiciones y limitaciones mencionadas arriba. Los gastos del acompañante de un donante no están cubiertos.

Tratamiento de la diabetes

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Los servicios médicos para la diabetes están cubiertos de la misma forma que para cualquier otra afección médica. Esta Póliza proporciona beneficios para Gastos cubiertos que incluyen capacitación e instrucción ambulatoria en persona sobre el autocontrol de la diabetes, junto con tratamiento nutricional, equipos, fármacos y suministros para el tratamiento de la diabetes de tipo 1, tipo 2 y diabetes gestacional.

Los siguientes Suministros para la diabetes están cubiertos según los beneficios de Medicamentos que requieren receta médica:

Insulina, jeringas, dispositivos para inyección, glucómetros, glucómetros para personas legalmente ciegas, tiras reactivas para medir la glucosa, tiras reactivas para el control de cetona con lectura visual, tiras reactivas para urianálisis, lancetas, bombas de insulina, dispositivos y accesorios para infusión, hipoglucemiantes orales, kits de emergencia de glucagón e hisopos con alcohol.

Tratamiento recibido de proveedores en país extranjero

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios de Gastos cubiertos por servicios y suministros recibidos de Proveedores en país extranjero para Afecciones médicas de emergencia y otras situaciones de urgencia, en las cuales el tratamiento no hubiera podido ser razonablemente demorado hasta que la Persona asegurada pudiera regresar a los Estados Unidos.

Cigna no acepta asignación de beneficios de Proveedores en país extranjero. Usted y su Familiar pueden presentar una reclamación ante Cigna por servicios y suministros provistos por un Proveedor en país extranjero, pero no se le enviará ningún pago a la Persona asegurada. La Persona asegurada es responsable de pagarle al Proveedor en país extranjero. La Persona asegurada es responsable de obtener y pagar la traducción al idioma correspondiente de la reclamación del Proveedor en país extranjero y de cualquier historia clínica que pueda ser necesaria. Los beneficios están sujetos a todos los términos, las condiciones, las limitaciones, las multas y las exclusiones de esta Póliza y no superarán lo que se pagaría si el servicio o suministro se hubiera recibido en los Estados Unidos.

Cigna Telehealth Connection

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Cigna Telehealth Connection hace referencia a un beneficio específico de valor agregado de este Plan, que le permite acceder a servicios para ciertas afecciones médicas agudas leves a través de relaciones entre proveedores, gracias al programa Cigna Telehealth Connection. Los Servicios cubiertos para el tratamiento de afecciones médicas agudas leves, como resfrío, gripe, dolor de garganta, sarpullido, dolor de cabeza o dolor de oído, están disponibles a través de un grupo específico de Proveedores, conocidos como Servicio médico de Cigna Telehealth Connection.

Si tiene una afección médica aguda leve y no quiere esperar a recibir una cita con su Médico de cabecera ni acudir a una "Minute Clinic" o centro de atención de urgencia para recibir tratamiento, puede usar el beneficio de Cigna Telehealth Connection. Su Plan ofrece esta opción además del beneficio de telemedicina, pero de manera separada.

Puede iniciar una consulta telefónica, por correo electrónico o video en línea con un proveedor de Cigna Telehealth Connection para recibir tratamiento, sin necesidad de obtener una derivación de su PCP. Para acceder al Servicio médico de Cigna Telehealth Connection, vaya a myCigna.com, luego a la página *Find a Doctor* (buscar un médico) y después haga clic en Cigna Telehealth Connection.

Si el Médico de Cigna Telehealth Connection considera que su afección no se puede tratar de manera óptima a través de un contacto remoto, lo derivará a su PCP u a otro médico para que reciba el tratamiento adecuado, o bien, le aconsejará que acuda a un centro de atención de urgencia o a la sala de emergencias.

Los siguientes servicios están cubiertos:

- Evaluación de la afección, incluidos los antecedentes y síntomas actuales.
- Diagnóstico de la afección.
- Receta de los medicamentos necesarios para tratar la afección, según el caso.
- Envío por correo electrónico de instrucciones para el alta.

Usted tiene la opción de pedir que le envíen a su Médico de cabecera los registros de cada una de las visitas al Médico de Cigna Telehealth Connection debido a una afección médica aguda leve.

Servicios de telemedicina

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Los Servicios de telemedicina están disponibles a través de cualquier Médico que esté capacitado y dispuesto a prestar los Servicios cubiertos correspondientes a través de medios electrónicos. Nota: Este beneficio no incluye el Servicio de médicos de Cigna Telehealth Connection descrito anteriormente, como TAMPOCO incluye servicios provistos únicamente por teléfono o correo electrónico.

Los servicios de telemedicina para diagnosticar o tratar a un paciente, o para consultar con otros Proveedores de atención médica respecto del diagnóstico o tratamiento de un paciente, independientemente de la Enfermedad, la afección o el trastorno, están cubiertos en virtud de esta Póliza como si el servicio se prestara personalmente. Consulte la sección "Definiciones" de esta Póliza para acceder a una descripción completa de los servicios.

Atención médica a domicilio

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Los servicios deben ser proporcionados por una Agencia de atención médica a domicilio o una Asociación de personal de enfermería a domicilio.

Esta Póliza proporciona beneficios de Gastos cubiertos para la Atención médica a domicilio, cuando una Persona asegurada está recluida en el hogar bajo la supervisión activa de un Médico. El Médico debe tratar la Enfermedad o Lesión que requiere Atención médica a domicilio y debe renovar toda orden para dichos servicios, al menos una vez cada 30 días. **Los servicios de atención domiciliaria se limitan a una cantidad máxima combinada de visitas por Año, tal como figura en el programa de beneficios.** Si la Persona asegurada es un menor o un adulto que depende de otros para recibir cuidados no especializados, servicios de custodia o para realizar las actividades de la vida cotidianas (p. ej., bañarse, comer, etc.), los Servicios de atención médica a domicilio estarán cubiertos únicamente en los momentos en que haya un Familiar o cuidador de la Persona asegurada presente en el hogar para satisfacer las necesidades de cuidados no especializados o Servicios de custodia. Los Servicios cubiertos se limitan a la atención del paciente que nosotros consideremos Necesaria por razones médicas. A efectos de esta cláusula, una visita de Atención médica a domicilio se define como una atención Necesaria por razones médicas de hasta 2 horas por visita, con un máximo de 8 visitas por día e indicadas por un Médico en lugar de una hospitalización.

Los Servicios de atención médica a domicilio deben ser provistos por uno de los siguientes proveedores:

- Servicios de un enfermero.
- Terapeuta autorizado para prestar servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, terapia de rehabilitación cardíaca y respiratoria o con la capacitación correspondiente.
- Si la Persona asegurada está recibiendo los servicios de alguno de los profesionales mencionados anteriormente, también están cubiertos los servicios de un asistente de atención médica empleado por (o bajo acuerdo con) una Agencia de atención médica a domicilio o Asociación de personal de enfermería a domicilio. Tales servicios deben estar indicados y supervisados por un enfermero profesional empleado por la misma organización.
- Los suministros médicos necesarios deben ser proporcionados por la Agencia de atención médica a domicilio o la Asociación de personal de enfermería a domicilio.
- Servicios de un trabajador social médico.

Los servicios de enfermería y asesoramiento nutricional privados están cubiertos, siempre que se presten como parte de un programa de tratamiento médico a domicilio.

Dejar de fumar

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios de Gastos cubiertos para Intentar dejar de fumar, tal como se define en la Póliza, siempre y cuando se respete el máximo que figura en el Programa de beneficios. Los productos para dejar de fumar, incluidos los parches de nicotina y la goma de mascar, están cubiertos bajo Atención preventiva sin que usted tenga que pagar una parte del costo, siempre que se obtengan con una receta.

Mastectomía y procedimientos relacionados

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios de Gastos cubiertos para Servicios hospitalarios y profesionales, mastectomía y linfadenectomía para el tratamiento del cáncer de mama y de complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluidos los linfedemas, haya estado la Persona asegurada cubierta en virtud de esta Póliza cuando se sometió a la mastectomía o no. Se proporcionarán beneficios de Gastos cubiertos por Atención hospitalaria no inferior a 48 horas después de una mastectomía radical o mastectomía radical modificada, y no inferior a 24 horas después de una mastectomía total o parcial con linfadenectomía para el tratamiento del cáncer de mama.

Si la Persona asegurada decide someterse a una reconstrucción mamaria en relación con dicha mastectomía, también se le proporcionarán beneficios de Gastos cubiertos para lo siguiente:

- Reconstrucción de la mama en la cual se realizó la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr un aspecto simétrico.
- Prótesis.

La cobertura de la cirugía de reconstrucción mamaria no se denegará ni reducirá porque sea de naturaleza estética o porque no cumple, de otro modo, con la definición de "Necesaria por razones médicas" de esta Póliza. Los beneficios serán pagaderos de la misma forma que cualquier otra Enfermedad o Lesión en virtud de esta Póliza.

Atención dental

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios de atención dental para una Lesión accidental en los dientes naturales, sujeta a lo siguiente:

- Los servicios se deben recibir dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de la Lesión.
- También están cubiertos los aparatos dentales necesarios para diagnosticar o tratar una lesión accidental en los dientes, además del arreglo de aparatos dentales que se hayan dañado como resultado de la lesión accidental en la mandíbula, la boca o la cara.
- El daño a los dientes naturales por masticar o morder no se considera una Lesión accidental en virtud de esta Póliza.

Cobertura dental para tratamientos médicos

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios por servicios dentales destinados a preparar la boca para servicios y tratamientos médicos, como la radioterapia para tratar el cáncer y la preparación para un trasplante.

Los Servicios cubiertos incluyen los siguientes:

evaluación;
radiografías dentales;
extracciones, incluidas las extracciones quirúrgicas;
anestesia.

Hospitalización y anestesia para procedimientos dentales

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Se pagarán beneficios por servicios de anestesia general y hospitalización o en concepto de cargos de un centro autorizado para realizar procedimientos quirúrgicos ambulatorios, por atención dental provista por un dentista autorizado en colaboración con un Médico, a fin de solicitar servicios de anestesia general y el ingreso en un hospital o un centro de cirugía ambulatoria, para proporcionarle atención dental de manera segura y eficaz a las siguientes personas:

- Persona asegurada.
- Persona asegurada de cualquier edad que esté gravemente incapacitada.
- Persona asegurada cuya salud esté comprometida y la anestesia sea necesaria por razones médicas.

Es posible que solicitemos una autorización previa.

Tratamiento para el trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés) y trastornos craneomandibulares

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios de Gastos cubiertos para tratar trastornos temporomandibulares y craneomandibulares. La articulación temporomandibular conecta la mandíbula con el hueso temporal a los costados de la cabeza, mientras que la articulación craneomandibular involucra a los músculos de la cabeza y el cuello.

Los Servicios cubiertos incluyen prótesis desmontables para el reubicamiento de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés) y cirugías relacionadas, atención médica y servicios de diagnóstico. Los Servicios cubiertos no incluyen las prótesis fijas o desmontables que implican el movimiento o la reubicación de los dientes, el arreglo de los dientes (empastes) ni las Prótesis dentales (coronas, puentes, dentadura postiza).

Procedimientos que involucran huesos y articulaciones de la cabeza, el cuello, la cara o la mandíbula

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios de Gastos cubiertos para tratamientos quirúrgicos y de diagnóstico que involucren cualquier hueso o articulación de la cabeza, el cuello, la cara o la mandíbula. Si el

tratamiento es necesario debido a una afección médica o lesión que impide el funcionamiento normal de la articulación o el hueso, y se considera Necesario por razones médicas para que la parte afectada logre tener una capacidad funcional.

Cirugía maxilofacial

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Nota importante: Si bien este plan cubre ciertas cirugías maxilofaciales, hay muchas otras cirugías maxilofaciales (p. ej., extracción de las muelas de juicio) que no están cubiertas.

Los beneficios se limitan a ciertas cirugías maxilofaciales, incluidas las siguientes:

- Tratamiento del labio leporino, la hendidura del paladar o la displasia ectodérmica diagnosticados por un médico.
- Frenotomía maxilar o mandibular cuando no esté relacionada con un procedimiento dental.
- Alveolectomía cuando no esté relacionada con la extracción de un diente.
- Cirugía ortognática debido a una afección médica, lesión o deformidad física que impide el funcionamiento normal de la articulación o el hueso, y se considera Necesaria por razones médicas para que la parte afectada logre tener una capacidad funcional.
- Corrección bucal/quirúrgica de lesiones accidentales, según se indican en la sección “Servicios dentales (todos los miembros/todas las edades)”.
- Dispositivos quirúrgicos en los tejidos duros y blandos de la boca cuando el propósito principal no es tratar ni ayudar al diente y a sus estructuras de apoyo.
- Tratamiento de lesiones no dentales, como biopsias y la extirpación de tumores.
- Incisión y drenaje de tejidos blandos infectados, sin incluir los quistes o abscesos odontógenos.

Fórmulas nutricionales: fórmula elemental a base de aminoácidos o metabolismo de ácido orgánico, anomalía metabólica o alergias graves a la proteína o la soja

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios de Gastos cubiertos para fórmulas elementales a base de aminoácidos o metabolismo de ácido orgánico, anomalía metabólica o alergias graves a la proteína o la soja, y los servicios asociados con la administración de las fórmulas, cuando están recetadas por el Médico responsable del tratamiento e independientemente del método utilizado para su administración, que se usan para el diagnóstico y el tratamiento de lo siguiente:

- alergias a múltiples proteínas alimentarias relacionadas o no con la inmunoglobulina E;
- síndrome grave de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias;
- trastornos eosinofílicos, según lo reflejan los resultados de una biopsia;
- absorción deficiente de nutrientes provocada por trastornos que afectan la superficie absorbente, la longitud funcional y la motilidad del tubo gastrointestinal.

Es posible que se revisen las fórmulas elementales a base de aminoácidos para determinar su necesidad por razones médicas.

Pruebas y tratamientos para el sueño

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza proporciona beneficios de Gastos cubiertos para dispositivos, suministros y tratamientos de diagnóstico elaborados o indicados por un Médico, para pruebas de diagnóstico y tratamientos para el sueño. Esta Póliza incluye cobertura para dispositivos y suministros como la máquina de presión positiva automática (APAP, por sus siglas en inglés), la máquina de presión positiva continua (CPAP, por sus siglas en inglés), la máquina de presión positiva de dos niveles (BPAP, por sus siglas en inglés) para las vías aéreas y dispositivos bucales para el tratamiento del sueño. Estos servicios deben ser Necesarios por razones médicas.

Ensayos clínicos

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Se pagarán beneficios para todos los costos de atención de rutina del paciente relacionados con un ensayo clínico aprobado y provisto por un Proveedor participante, desde la fase I a la fase IV, para una Persona asegurada que reúna los siguientes requisitos:

- (1) Cumple con los requisitos para participar en un ensayo clínico aprobado de acuerdo con el protocolo del estudio con respecto a la prevención, la detección y el tratamiento del cáncer u otra enfermedad o afección que representa un peligro para la vida.
- (2) O bien:
 - (A) el profesional de atención médica que hace la derivación es un Proveedor de atención médica participante y ha llegado a la conclusión de que la participación de la Persona asegurada en dicho ensayo sería apropiada porque esta 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 ensayo sería apropiada porque reúne las condiciones descritas en el párrafo (1).

A efectos de los ensayos clínicos, el término “enfermedad o afección que representa un peligro para la vida” hace referencia a cualquier enfermedad o afección que probablemente provoque la muerte, a menos que se interrumpa su avance.

El ensayo clínico debe cumplir uno de los siguientes requisitos:

1. Debe contar con la aprobación o la financiación de alguna de las agencias o entidades autorizadas por la ley federal para llevar a cabo ensayos 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 de los EE. UU.
 - 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. Grupos o centros cooperativos de cualquiera de las entidades mencionadas en los puntos (i) al (vi) o del Departamento de Defensa o del Departamento de Asuntos de Veteranos.

- x. Una entidad de investigación no gubernamental competente identificada en las directrices emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para las subvenciones de apoyo para centros.
2. Debe llevarse a cabo en virtud de una solicitud de medicamento nuevo en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
3. El estudio del medicamento debe estar 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 normalmente cubiertos por Cigna para un asegurado que no está inscrito en un ensayo clínico, y que incluyen también los siguientes:

- Servicios generalmente provistos en ausencia de un ensayo clínico.
- Servicios necesarios únicamente para suministrar el medicamento, artículo, dispositivo o servicio en investigación.
- Servicios necesarios para efectuar un control clínicamente apropiado del medicamento, dispositivo, artículo o servicio en investigación.
- Servicios provistos para la prevención de complicaciones que puedan producirse como consecuencia del suministro del medicamento, dispositivo, artículo o servicio en investigación.
- Atención razonable y necesaria como consecuencia del suministro del medicamento, dispositivo, artículo o servicio en investigación, incluido el diagnóstico o tratamiento de complicaciones.

En el caso de los ensayos clínicos, los costos de rutina del paciente **no** incluyen lo siguiente:

1. El artículo, dispositivo o servicio en investigación en sí.
2. Los 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. Un servicio que sea claramente incompatible con las normas asistenciales ampliamente conocidas y aceptadas para un diagnóstico en particular.

Hemofilia y trastorno hemorrágico congénito
(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Se proporcionarán beneficios de Gastos cubiertos por servicios relacionados con el tratamiento de hemorragias de rutina, asociadas con la hemofilia y otros trastornos hemorrágicos congénitos. Los beneficios incluyen cobertura para la compra de hemoderivados, que incluyen, entre otros, el factor VII, el factor VIII, el factor IX y el crioprecipitado, además del equipo para la infusión de sangre necesaria para el tratamiento doméstico de hemorragias de rutina, asociadas con la hemofilia y otros trastornos hemorrágicos congénitos, cuando el programa de tratamiento doméstico se realiza bajo la supervisión del centro de tratamiento para la hemofilia aprobado por el estado.

Medicamentos usados en el tratamiento contra el cáncer

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Se proporcionarán beneficios de Gastos cubiertos para cargos por un medicamento que se haya recetado para el tratamiento de un tipo de cáncer, para el cual no esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés). Dicho medicamento debe estar cubierto, siempre y cuando: (a) en uno de los siguientes compendios de referencia esté aceptado para el tratamiento del tipo específico de cáncer para el cual se haya recetado: el compendio de medicamentos y productos biológicos de la National Comprehensive Cancer Network, el compendio de farmacología clínica "Clinical Pharmacology" de Elsevier Gold Standard, el compendio de información sobre medicamentos de la Farmacopea de los Estados Unidos; las evaluaciones de medicamentos de la Asociación Médica Estadounidense; el compendio de información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service; o bien, el medicamento está recomendado por un artículo de revisión de una revista profesional arbitrada de los EE. UU.; (b) la FDA lo haya aprobado para otros usos; y (c) su uso para el tratamiento recetado del tipo específico de cáncer no haya sido contraindicado por la FDA.

Medicamentos de administración oral contra el cáncer

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Se pagarán beneficios para los medicamentos de administración oral contra el cáncer (es decir, medicamentos que se usen para matar o ralentizar el crecimiento de células cancerosas) recetados por un médico, de la misma forma que los beneficios para los medicamentos de administración intravenosa contra el cáncer.

Medicamentos de uso extraoficial y medicamentos contra el cáncer de uso extraoficial

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Los Gastos cubiertos en virtud de este Plan incluyen los gastos de un medicamento, y los Servicios necesarios por razones médicas asociados con la administración de dicho medicamento, que se ha recetado para el tratamiento de un tipo de cáncer para el cual la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) no lo ha autorizado. Tal medicamento debe contar con la aprobación y el reconocimiento de la FDA, sin contraindicaciones y en uno de los siguientes compendios de referencia admitidos, para el tratamiento del tipo de cáncer específico para el cual se ha recetado el medicamento: las evaluaciones de medicamentos de la Asociación Médica Estadounidense; el compendio de información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service; el compendio de farmacología clínica "Clinical Pharmacology" de Elsevier Gold Standard; el compendio de medicamentos y productos biológicos de la National Comprehensive Cancer Network; el compendio DrugDex de Thomson Micromedex; el compendio de información sobre medicamentos de la Farmacopea de los Estados Unidos; o algún otro compendio autorizado, según el reconocimiento periódico de la Secretaría de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos. Las cantidades de cualquier medicamento que se use no deben superar la duración o la dosis diaria máxima recomendada establecida por la FDA o cualquiera de los compendios de referencia estándares.

Cuando un medicamento ha sido aprobado por la FDA, pero no para la indicación o aplicación particular en cuestión, se aplican dos excepciones:

- Cuando el uso del medicamento está reconocido para el tratamiento de la indicación o aplicación, en cualquiera de los compendios de referencia mencionados anteriormente.
- O bien, dentro del marco de publicaciones médicas arbitradas ampliamente aceptadas. Las publicaciones médicas arbitradas hacen referencia a estudios científicos publicados solo después de haber sido revisados con ojo crítico por personas expertas independientes e imparciales a fin de confirmar su precisión, validez y confiabilidad científicas.

Nota: Incluso si se dan estas dos excepciones, este criterio no se cumplirá si la FDA ha determinado que dicho uso del medicamento no es recomendable para el tratamiento de la indicación específica para la cual se ha recetado.

Pago al Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia

Este plan le reembolsará los Servicios cubiertos directamente al Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia, en la medida en que este haya pagado por dichos servicios, una vez que se verifique el pago del departamento por tales servicios.

Medicamentos que requieren receta médica cubiertos por los beneficios médicos

Todos los Medicamentos inyectables y para infusión que requieran receta médica y la supervisión de un Médico están cubiertos por los beneficios médicos de este Plan. Los Medicamentos de especialidad inyectables y para infusión que requieren receta médica incluyen, entre otros, factor y suministros para hemofilia, reemplazo de enzimas e inmunoglobulina intravenosa. Para obtener información sobre otros Medicamentos que requieren receta médica, consulte la sección de beneficios de Medicamentos que requieren receta médica de esta Póliza.

Exclusiones y limitaciones: lo que esta Póliza no cubre

Servicios excluidos

Además de cualquier otra exclusión y limitación descrita en esta Póliza, no se proporcionan beneficios para lo siguiente:

- **Servicios prestados por un Proveedor fuera de la red (no participante)**, salvo los Servicios de emergencia (incluidos los Servicios de emergencia provistos en un Centro de atención de urgencia) y la atención especializada, en el caso de que los servicios de un especialista Necesarios por razones médicas no estén disponibles a través de un Proveedor de la red, según se describe en la sección “Circunstancias especiales” de esta Póliza.
- **Cantidades que superen las cantidades máximas de los Gastos cubiertos** especificados en esta Póliza.
- Servicios que **no figuran expresamente como Servicios cubiertos** en las secciones tituladas “Beneficios integrales: cobertura de la Póliza”, “Beneficios de Medicamentos que requieren receta médica”, “Beneficios de Atención pediátrica de la vista” y “Programa de beneficios” de esta Póliza.
- Servicios para **el tratamiento de complicaciones que surjan a raíz de procedimientos o servicios no cubiertos**.
- Servicios o suministros que **no son necesarios por razones médicas**, salvo los servicios de Atención preventiva, tal como lo estipula el plan.
- Servicios o suministros que se consideran destinados a **Procedimientos experimentales o de investigación**, salvo que esta Póliza especifique lo contrario en la sección “Ensayos clínicos”.
- Servicios **recibidos antes de la Fecha de entrada en vigor de la cobertura**.
- Servicios **recibidos después de que finalice la cobertura en virtud de esta Póliza**.
- Servicios que **usted no está obligado legalmente a pagar** o que no tendría que pagar si no tuviera un plan de salud o una cobertura de seguro.
- Cualquier afección por la cual se obtengan beneficios o se puedan obtener beneficios, ya sea mediante una sentencia, un pago o de otro modo, **en virtud de cualquier indemnización por accidente laboral, ley de responsabilidad del empleador o ley de enfermedad laboral**, salvo la cobertura de cualquier afección médica de conformidad con dicha exclusión si (i) un fallo de la Comisión de Indemnización Laboral deniega los beneficios de indemnización relacionados con dicha afección médica y no existe ninguna solicitud de revisión del fallo, dentro del plazo establecido y de conformidad con la ley correspondiente; o bien, (ii) luego de una revisión, la Comisión de Indemnización Laboral deniega los beneficios de indemnización relacionados con la afección médica. Después de la inscripción del fallo de indemnización laboral conforme a los puntos (i) o (ii) que prohíba la aplicación de tales exclusiones, Cigna deberá proporcionar de inmediato cobertura para dicha afección médica, en la medida en que esté cubierta de otro modo en virtud del contrato, el contrato de suscripción o el plan de servicios de salud. Si, una vez que se presentó la apelación ante el Tribunal de Apelaciones o la Corte Suprema, se determina que dicha afección médica es compensable en virtud de la Ley de Indemnización Laboral de Virginia (título 65.2), Cigna puede recuperar los costos de la cobertura de afecciones médicas compensables en virtud de dicha ley, a través de la aseguradora de indemnización para trabajadores del empleador o el trabajador correspondiente.
- Afecciones causadas por lo siguiente: (a) Un **acto de guerra (declarada o no)**; (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; sin embargo, es posible que los beneficios no se proporcionen o se retrasen en el caso de una catástrofe grave. (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**.

- Cualquier **servicio prestado por un organismo gubernamental local, estatal o federal** (excepto Medicaid), salvo cuando la ley federal o estatal exija expresamente el pago en virtud de esta Póliza.
- Cualquier servicio cuya prestación por parte del sistema o distrito escolar público sea **obligatoria según la ley estatal o federal**.
- Cualquier **servicio por el cual pueda obtenerse el pago de cualquier organismo gubernamental local, estatal o federal** (excepto Medicaid). Servicios provistos por hospitales de la Administración de Veteranos y centros de tratamiento militar, salvo en el caso de los servicios prestados en situaciones de emergencia, donde existe una responsabilidad legal respecto de los cargos imputados a la Persona asegurada en concepto de dichos servicios.
- **Si la Persona asegurada reúne los requisitos para recibir cobertura en virtud de la parte A, B o D de Medicare**, Cigna pagará la reclamación de acuerdo con esta Póliza, menos cualquier cantidad que Medicare haya pagado. El pago de Cigna no podrá exceder la cantidad que habría pagado si hubiese sido la única aseguradora.
- **Tratamiento u hospitalización ordenados por un tribunal**, a menos que el tratamiento sea involuntario o lo haya recetado un Médico y figure como cubierto en este plan.
- **Servicios profesionales** prestados por un miembro de la familia cercana de la persona cubierta y servicios por los cuales normalmente no se cobra ante la ausencia de un seguro.
- **Suministros recibidos o adquiridos directamente o en su nombre** de parte de cualquiera de las siguientes personas o entidades:
 - Usted o una compañía que le pertenezca parcial o totalmente.
 - Su cónyuge, Pareja de hecho, hijo, hijastro, padre/madre, hermano o hermana.
- **Atención de custodia**. Esta exclusión no se aplica a los servicios de atención de enfermos terminales ni a la terapia ocupacional para restablecer la habilidad para realizar actividades como caminar, comer, beber, vestirse, ir al baño, trasladarse de una silla de ruedas a la cama, bañarse, además de las actividades relacionadas con el trabajo.
- **Servicios de enfermería privados** en un entorno hospitalario, salvo cuando son provistos como parte del beneficio de Servicios para enfermos terminales de esta Póliza.
- **Cargos por servicios de alojamiento y comida en conexión con una hospitalización principalmente por cambios ambientales o fisioterapia; Atención de custodia o curas de reposo**; servicios provistos por un centro de reposo, una residencia de ancianos, una clínica privada o el servicio provisto por cualquier centro similar.
- Servicios recibidos durante **una hospitalización, cuando la estancia 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 alternativa y complementaria**, incluidos, entre otros, la terapia de masajes; la zooterapia, como la equinoterapia o la terapia canina; el arteterapia; la meditación; la visualización; la acupuntura; la digitopresión; la reflexología; el método “rolfing” (masaje del tejido conectivo); la fototerapia; la aromaterapia; la musicoterapia o la sonoterapia; la danzaterapia; la cura del sueño, salvo lo establecido en la sección “Pruebas y tratamientos para el sueño” de esta Póliza; la hipnosis; el equilibrio energético; los ejercicios de respiración; la terapia del movimiento o el ejercicio, incluidos el yoga, el pilates, el tai-chi, la caminata, el senderismo, la natación, el golf, entre otros; y cualquier otro tratamiento alternativo, según la definición del Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM, por sus siglas en inglés) de los Institutos Nacionales de Salud. Los servicios incluidos específicamente como cubiertos en las secciones “Terapia de rehabilitación” y “Terapia de habilitación” no están sujetos a esta exclusión.

- Cualquier servicio o suministro provisto por una residencia de ancianos, una clínica privada o cualquier centro en donde una gran parte de las actividades incluyan **el reposo, la recreación o el esparcimiento**, o cualquier otro servicio que no sea un Servicio cubierto.
- **Asistencia para las actividades de la vida cotidiana**, incluidas, entre otras, bañarse, comer, vestirse u otras actividades de Atención de custodia o de cuidado personal, o servicios de tareas domésticas y servicios destinados principalmente al reposo, o a la atención domiciliaria o de convalecencia.
- **Servicios prestados por médicos no autorizados** o servicios que no requieren certificación profesional, por ejemplo, la meditación, los ejercicios de respiración, la visualización guiada.
- **Cargos por servicios de alojamiento y comida en conexión con una hospitalización principalmente para pruebas de diagnóstico**, las cuales podrían haberse realizado de manera segura a través del **Proveedor** y en un entorno ambulatorio.
- **Servicios que son autodirigidos** a un centro de diagnóstico independiente u hospitalario.
- Servicios indicados por un **médico u otra persona que sea un empleado o representante** de un centro de diagnóstico independiente u hospitalario, cuando dicho 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 la recepción del 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 en los casos específicamente expuestos en esta Póliza.
- **Servicios ortodóncicos**, aparatos de ortodoncia y otros dispositivos ortodóncicos, incluidos los servicios ortodóncicos para tratar el Trastorno de la articulación temporomandibular, salvo los servicios especificados en la sección “Anomalías y defectos congénitos en recién nacidos” de esta Póliza.
- **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.
- **Audífonos**, incluidos, entre otros, dispositivos de audición parcialmente implantables, vibradores óseos y audífonos osteointegrados (BAHA, por sus siglas en inglés). A los efectos de esta exclusión, un audífono es cualquier dispositivo que amplifique el sonido. No se aplica a los implantes cocleares.
- **Pruebas de audición de rutina**, salvo lo establecido en la sección “Atención preventiva”.
- **Pruebas genéticas**, salvo lo especificado en las secciones “Atención de maternidad y durante el embarazo” y “Atención preventiva para la mujer” de esta Póliza, o diagnósticos genéticos preimplantativos: la prueba genética basada en la población general es un método de prueba que se realiza cuando no existen síntomas o ningún factor de riesgo importante y comprobado de enfermedad hereditaria de transmisión genética.
- **Servicios de optometría**, ejercicios de los ojos, que incluyen ejercicios ortópticos, anteojos, lentes de contacto, exámenes y refracciones de la vista de rutina, salvo lo indicado específicamente en la sección “Atención pediátrica de la vista” de esta Póliza.
- **Cirugía ocular únicamente con el propósito de corregir defectos de refracción** del ojo, como la miopía, el astigmatismo o la hipermetropía (presbicia).
- **Cirugía estética** u otros servicios destinados a embellecer, mejorar o alterar el aspecto o la autoestima. Esta exclusión no incluirá la Cirugía reconstructiva, cuando dicho servicio sea incidental o siga a una cirugía consecuencia de un traumatismo, una infección u otras enfermedades de la parte

involucrada; como tampoco incluirá la Cirugía reconstructiva debido a una enfermedad o anomalía congénita de un hijo dependiente cubierto, que haya tenido como resultado un defecto funcional.

- **Ayudas o dispositivos que asisten en la comunicación no verbal**, incluidos, entre otros, los tableros de comunicación, los dispositivos de voz pregrabada, las computadoras portátiles, las computadoras de escritorio, los asistentes digitales personales (PDA, por sus siglas en inglés), las máquinas de escribir en Braille, los sistemas de alerta visual para sordos y los libros para la memoria.
- **Asesoramiento no médico y servicios auxiliares**, incluidos, entre otros, educación, capacitación, rehabilitación vocacional, entrenamiento del comportamiento, biorretroalimentación, neurorretroalimentación, asesoramiento laboral, servicios de regreso a la escuela/al trabajo, programas de rehabilitación laboral, seguridad vial y servicios, capacitación, terapia educativa u otros servicios auxiliares no médicos para tratar los trastornos del aprendizaje y retrasos del desarrollo neurológico.
- **Servicios y procedimientos** como la cirugía para retirar la piel sobrante, incluidas la abdominoplastia/paniclectomía, la extirpación de papilomas cutáneos, la terapia craneosacral/craneal, la kinesiología aplicada, la proloterapia y la litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL, por sus siglas en inglés) para tratar afecciones osteomusculares y ortopédicas; la gigantomastia o ginecomastia; la rinoplastia y la blefaroplastia, **independientemente de las indicaciones clínicas**.
- Todos los servicios relacionados con la **Terapia conductual aplicada**, entre los que se incluyen, el diseño, la implementación y la evaluación de las modificaciones del entorno mediante el uso de estímulos y consecuencias conductuales, a fin de lograr una mejora significativa del comportamiento humano desde el punto de vista social, incluido el uso de la observación directa, las mediciones y el análisis funcional de las relaciones entre el entorno y el comportamiento.
- Cualquier tratamiento, medicamento que requiere receta médica, servicio o suministro para **tratar la disfunción sexual**, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual.
- Todos los servicios relacionados con **la evaluación o el tratamiento de la fecundidad o la esterilidad**, incluidos, entre otros, todas las pruebas, las consultas, los exámenes, los medicamentos, los procedimientos invasivos, médicos, quirúrgicos o de laboratorio, incluso la reversión de la esterilización electiva y la fertilización in vitro, la transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés), la transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), salvo lo indicado específicamente en esta Póliza.
- La **criopreservación** de esperma u óvulos, o el almacenamiento de esperma para inseminación artificial (incluidos los pagos por servicios del donante).
- Todos los **medicamentos, dispositivos o suministros que no requieren receta médica**, salvo los medicamentos designados como preventivos por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA, por sus siglas en inglés), que se pueden adquirir sin receta; los **medicamentos inyectables** (“medicamentos autoinyectables”) **que no necesitan la supervisión de un médico; todos los medicamentos inyectables y no inyectables que requieren receta médica y que necesitan la supervisión de un médico** y generalmente se consideran medicamentos de autoadministración, medicamentos que no requieren receta médica y medicamentos en investigación y experimentales, y **medicamentos autoinyectables**, salvo lo especificado en la sección “Programa de beneficios” y “Beneficios de Medicamentos que requieren receta médica” de esta Póliza.
- Pagos relacionados con la **extracción o donación de sangre o hemoderivados**, salvo para la autodonación antes de ciertos servicios programados cuando, según el criterio del Médico con respecto a la revisión de utilización, la probabilidad de pérdida excesiva de sangre sea tal que se espera que la cirugía traiga aparejada una transfusión.
- Administración de sangre **con el propósito de mejorar el estado físico general**.
- **Calzado ortopédico** (salvo cuando esté unido a soportes), plantillas y dispositivos ortopédicos para el pie.

- Servicios destinados principalmente a **adelgazar o al tratamiento de la obesidad, incluida la obesidad patológica**, o cualquier tipo de atención que implique el adelgazamiento como método principal 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 el adelgazamiento, o cualquier programa, producto o tratamiento médico para adelgazar, o cualquier tipo de gasto para tratar la obesidad, controlar el peso o adelgazar.
- **Pruebas o exámenes físicos de rutina** cuya finalidad no sea tratar directamente una Enfermedad, Lesión o afección real, incluidos aquellos exigidos por autoridades gubernamentales o laborales, los exámenes físicos requeridos para un trabajo o por un empleador o una autoridad educativa, o para actividades deportivas, salvo que se especifique lo contrario en este Plan.
- 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, incluida, entre otros, 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. Esta exclusión no incluirá las terapias ni los servicios habilitativos que proporcione un terapeuta autorizado para mantener, aprender o mejorar las habilidades necesarias para afrontar la vida cotidiana.
- **Artículos que se proporcionan principalmente para la comodidad o conveniencia personal** (purificadores de aire, acondicionadores de aire, humidificadores, equipos para hacer ejercicio, cintas para correr, equipos de spa, elevadores y suministros de higiene o belleza, etc., con la excepción de las pelucas, provistas específicamente en el tratamiento contra el cáncer).
- **Terapia de masajes.**
- **Servicios educativos**, salvo para el tratamiento del autismo o que se especifique lo contrario en esta Póliza, en las secciones “Tratamiento de la diabetes”, “Aviso sobre la mastectomía” con respecto al linfedema, “Cirugía reconstructiva” y “Tratamiento para pacientes hospitalizados” en “Trastornos de salud mental y asociados al consumo de sustancias”, o según lo disponga u ordene específicamente Cigna.
- **Asesoramiento nutricional**, salvo cuando se proporcione como parte de la Atención médica a domicilio, el tratamiento de un trastorno alimentario o según se especifica en las subsecciones “Tratamiento de la diabetes” y “Servicios de atención preventiva”; o complementos alimenticios, salvo lo descrito en las secciones “Fórmulas nutricionales: fórmula elemental a base de aminoácidos o metabolismo de ácido orgánico, anomalía metabólica o alergias graves a la proteína o la soja” de esta Póliza.
- **Equipos para hacer ejercicio, artículos para la comodidad personal y otros suministros y equipos médicos** que no están específicamente mencionados en la lista de Servicios cubiertos, en la sección “Servicios cubiertos” de esta Póliza. Los equipos médicos excluidos incluyen, entre otros, los siguientes: plantillas o calzado ortopédicos; purificadores de aire, acondicionadores de aire, humidificadores; equipos para realizar ejercicios, cintas para correr; equipos de spa; elevadores; suministros para la comodidad, higiene o belleza personal; fundas y suministros desechables; aparatos de corrección o de apoyo y otros artículos, como medias, y suministros médicos de consumo que no sean materiales de ostomía o sondas urinarias, incluidos, a modo de ejemplo, vendas y otros suministros médicos desechables, preparaciones cutáneas y tiras reactivas, a menos que esta Póliza establezca lo contrario en la sección “Beneficio de Medicamentos que requieren receta médica”.
- Todos los **cargos de Proveedores en país extranjero** están excluidos en virtud de esta Póliza, salvo lo indicado específicamente en “Tratamiento recibido de proveedores en país extranjero”, en la sección de esta Póliza titulada “Beneficios integrales: cobertura de la Póliza”.
- **Servicios de pedicura de rutina**, a menos que sean Necesarios por razones médicas. Esta exclusión se aplica para el corte o la extracción de callos o durezas; el recorte de uñas; la limpieza y el cuidado preventivo de los pies, incluidos, a modo de ejemplo:

- a) la limpieza y el remojo de los pies;
- b) la aplicación de cremas para el cuidado del tono de la piel;
- c) otros servicios que se prestan cuando no existe una enfermedad, una lesión o un síntoma que involucre los pies.

Esta exclusión no se aplica para los tratamientos de callos, durezas y el cuidado de las uñas de los pies para pacientes con diabetes o enfermedad vascular.

- **Cargos por los cuales no podemos determinar nuestra responsabilidad.**
- Cargos por los **servicios de un Médico de reserva.**
- Cargos por **trasplantes de órganos animales a seres humanos.**
- **Reclamaciones recibidas por Cigna después de transcurridos los 90 días** desde la fecha en que se prestó el servicio, excepto (a) en el caso de incapacidad legal, en donde dicho plazo se extiende hasta 15 meses, o (b) si Cigna recibe la reclamación más de 90 días después, pero tan pronto como fuera razonablemente posible.

Beneficios de Medicamentos que requieren receta médica

Pagos a la Farmacia

Para conocer las definiciones asociadas con los beneficios de Medicamentos que requieren receta médica, consulte la sección “Definiciones” de esta Póliza.

Los Medicamentos que requieren receta médica y los Suministros relacionados cubiertos que se adquieren en una Farmacia están sujetos al Deducible médico anual y, una vez que se alcanza el Deducible, están sujetos a los Copagos o Co-seguros correspondientes que figuran en el programa de beneficios.

La Lista de medicamentos que requieren receta médica de Cigna está disponible mediante solicitud previa; para ello, debe llamar al número de servicio de atención al cliente que figura en su tarjeta de ID, o bien, visitar <http://www.cigna.com/ifp-drug-list>.

En el caso de que 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 genérico que se indica en el programa de beneficios.

Su responsabilidad con respecto a los Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados cubiertos, será siempre la cantidad más baja que:

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

La frase “habitual y acostumbrado” o “U&C”, en relación con los beneficios de Medicamentos que requieren receta médica en este plan, hace referencia al precio de venta minorista en efectivo establecido por la Farmacia, menos todos los descuentos para clientes correspondientes que la Farmacia suele aplicar a sus clientes, independientemente de la fuente de pago del cliente.

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

Cuando los Medicamentos que requieren receta médica y los Medicamentos de especialidad que figuran en la lista de Medicamentos que requieren receta médica de Cigna se administren en un entorno de atención médica por un Médico o profesional de atención médica, y se facturen junto con los cargos de la consulta o del centro, estarán cubiertos en virtud de los beneficios médicos de esta Póliza. No obstante, es posible que estén sujetos a una autorización previa para el Medicamento que requiere receta médica o a requisitos de Terapia escalonada.

Gastos cubiertos

Si una Persona asegurada, mientras esté cubierta en virtud de esta Póliza, incurre en gastos en una Farmacia en concepto de Medicamentos que requieren receta médica o Suministros relacionados indicados por un Médico, Cigna cubrirá dichos gastos, según lo detallado en el Programa de beneficios. La cobertura también incluye Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados Necesarios por razones médicas e indicados a través de una receta médica emitida por un dentista autorizado, a su nombre o para sus familiares, para prevenir una infección o el dolor en relación con un procedimiento dental.

Cuando se les expida una receta a usted o a un Familiar por Medicamentos que requieren receta médica o Suministros relacionados Necesarios por razones médicas, como parte de la prestación de Servicios de emergencia, y dicha receta no pueda ser razonablemente despachada por una Farmacia participante, la receta estará cubierta por Cigna, como si hubiese sido despachada por una Farmacia participante.

Acceso a Farmacias minoristas participantes

El acceso a los beneficios de Medicamentos que requieren receta médica a través de Farmacias minoristas participantes es obligatorio, a menos que: (i) la distribución del medicamento esté restringida por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (USFDA, por sus siglas en inglés); o (ii) el medicamento requiera un manejo especial, la coordinación del proveedor o la educación del paciente y, por lo tanto, no pueda ser despachado por una Farmacia minorista.

Elección de la Farmacia

Este Plan le permite elegir, sin limitaciones, la Farmacia que desee para que despache sus recetas. Este derecho de elección incluye Farmacias no participantes que le hayan informado previamente a Cigna, mediante un fax o por otro medio, que aceptan recibir el reembolso de sus servicios teniendo en cuenta las tarifas correspondientes a las Farmacias participantes, incluido cualquier Copago o Co-seguro, de acuerdo con los beneficios de este Plan, como pago total. Cigna autorizará la transmisión electrónica o telefónica inmediata del acuerdo de reembolso por parte de la Farmacia y le confirmará puntualmente a la Farmacia los términos del reembolso. Cuando reciba un beneficio de Medicamento que requiere receta médica cubierto por parte de una Farmacia no participante que haya presentado un acuerdo de reembolso, usted no será responsable bajo ninguna circunstancia de pagar cualquier cantidad de dinero que la Farmacia no participante le pueda cobrar y que supere el Copago o Co-seguro, y el reembolso de Cigna correspondiente a todas las Farmacias preferidas.

Lo que está cubierto

- Los medicamentos para pacientes ambulatorios cuya venta esté restringida a la venta mediante receta médica únicamente por la ley federal o estatal correspondiente, salvo en el caso de la insulina, la cual no requiere receta médica.
- Fármacos que ayuden a dejar de fumar.
- Productos o suplementos alimenticios especiales, cuando estén indicados por el médico, si estamos de acuerdo en que son Necesarios por razones médicas.
- Medicamentos autoinyectables y jeringas necesarias, incluidas la insulina (no requiere receta médica); jeringas; dispositivos para inyección, glucómetros, glucómetros para personas legalmente ciegas; tiras reactivas para medir la glucosa; tiras reactivas para el control de cetona con lectura visual; tiras reactivas para urianálisis; lancetas; hipoglucemiantes orales; kits de emergencia de glucagón e hisopos con alcohol.
- Medicamentos contra el cáncer de administración oral recetados en relación con tratamientos de quimioterapia contra el cáncer, con el argumento de que no son menos favorables que los medicamentos contra el cáncer de administración intravenosa.
- Medicamentos que requieren receta médica (o terapia con medicamentos intravenosos o para pacientes internados) y que se usan en el tratamiento del dolor asociado al cáncer, con el argumento de que la dosis supera la dosis recomendada del analgésico, si se receta conforme a las normas establecidas relativas a los pacientes con dolor incoercible asociado al cáncer.
- No se denegarán los beneficios por ningún medicamento aprobado por la USFDA para tratar (i) el cáncer, debido a que el medicamento no ha sido aprobado por la USFDA para ese tipo específico de cáncer para el que se recetó, o (ii) una indicación cubierta, si el medicamento ha sido aprobado por la USFDA para al menos una indicación, o bien, si el medicamento se reconoce en un compendio de referencia estándar como un medicamento seguro y eficaz para el tratamiento de ese tipo específico de cáncer, o dicha indicación cubierta, respectivamente.

- Todos los compuestos que requieren receta médica, no se administren mediante infusión y que contengan al menos un ingrediente cubierto.
- Medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA. Una receta para un suministro de 12 meses de anticonceptivos hormonales debe estar cubierta cuando se despache o entregue en una sola vez.
- Medicamentos de especialidad.

Condiciones de servicio

El medicamento debe reunir las siguientes condiciones:

- Salvo en el caso de la insulina, lo debe recetar un médico por escrito y se debe despachar en el plazo de un año a partir de la fecha en que se recetó, sujeto a las leyes federales o estatales.
- Su uso debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- Debe estar indicado para la atención y el tratamiento directos de la Enfermedad, Lesión o afección de la Persona asegurada; sin embargo, los suplementos alimenticios, dispositivos de salud o medicamentos con fines estéticos no están cubiertos, incluso si están indicados por un Médico para la atención o el tratamiento de la Enfermedad de una Persona asegurada.
- Se deben adquirir a través de una Farmacia minorista autorizada o solicitar por correo postal a través del programa de venta por correo de la Farmacia.
- El medicamento no se debe usar mientras la Persona asegurada esté internada.
- La receta no debe superar el suministro diario indicado en la sección “Limitaciones” que figura más abajo.
- Los Medicamentos de especialidad inyectables y para infusión que requieren receta médica pueden requerir una autorización o certificación previas.

Exclusiones

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 que requieren receta médica y no aprobado de otro modo 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 específicamente en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asegurable (PPACA, por sus siglas en inglés).
- Medicamentos que no requieren una advertencia 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 de 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 esterilidad, incluido cualquier medicamento inyectable que requiera la supervisión de un Médico y que no sea considerado normalmente como un medicamento de autoadministración, están cubiertos en virtud de los beneficios médicos de este plan y requieren autorización previa. A continuación se incluyen ejemplos de medicamentos que requieren la

supervisión de un Médico: medicamentos inyectables indicados para tratar la hemofilia y el virus respiratorio sincicial (RSV, por sus siglas en inglés), medicamentos inyectables para quimioterapia y medicamentos para trastornos endocrinos y metabólicos.

- Medicamentos relacionados con la esterilidad, salvo los que exige la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA, por sus siglas en inglés).
- Cualquier medicamento destinado al tratamiento de una disfunción sexual, incluidas, entre otras, la disfunción eréctil, la eyaculación tardía, la anorgasmia y la disminución de la libido o el deseo sexual.
- Cualquier medicamento indicado para adelgazar, controlar el peso y tratar el síndrome metabólico, además de los medicamentos contra la obesidad.
- Cualquier medicamento experimental o en investigación, según lo descrito en la sección “Exclusiones” de la Póliza, salvo lo indicado específicamente en las secciones de esta Póliza tituladas “Ensayos clínicos” y “Medicamentos de uso extraoficial”.
- Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) y 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-DI) o en publicaciones médicas. El término “publicaciones médicas” hace referencia a estudios científicos publicados en revistas biomédicas arbitradas y escritas en inglés.
- Los productos anticonceptivos implantables colocados por el Médico están cubiertos por los beneficios médicos del Plan.
- Suministros, dispositivos y aparatos que requieren y que no requieren receta médica, aparte de los Suministros relacionados, salvo aquellos vinculados con los suministros y equipos para diabéticos.
- Vitaminas que requieren receta médica, que no sean vitaminas prenatales, suplementos alimenticios, suplementos a base de hierbas y fluoruro, aparte de los suplementos designados específicamente como preventivos en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA, por sus siglas en inglés).
- Medicamentos que se utilizan con fines estéticos y que no tengan un uso aceptable desde el punto de vista médico, como medicamentos para reducir las arrugas, estimular el crecimiento del cabello, medicamentos para controlar la transpiración y cremas para reducir las manchas de la piel.
- Las vacunas inyectables o para infusión, los productos biológicos para la vacunación contra las alergias, los sueros biológicos, la sangre, el plasma sanguíneo y otros hemoderivados o fracciones sanguíneas están cubiertos por los beneficios médicos de la Póliza.
- Medicamentos usados para profilaxis en caso de viaje, salvo los medicamentos contra la malaria.
- Medicamentos adquiridos fuera de los Estados Unidos.
- Cualquier despacho o reposición de Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados para reemplazar los perdidos, robados, derramados, arruinados o dañados antes de la siguiente fecha de reposición.
- Reemplazo de Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados debido a una pérdida o un robo.
- Medicamentos indicados para mejorar el desempeño atlético.
- Medicamentos que deba tomar o que se le deban administrar a la Persona asegurada mientras esté internado en un hospital autorizado, un centro de enfermería especializada, un centro de reposo u otra institución similar, que disponga en sus instalaciones un centro de despacho de productos farmacéuticos, o bien, que permita que dicho centro opere en sus instalaciones
- Botiquines de medicamentos de conveniencia.

- Recetas que tengan más de un año desde la fecha de emisión original.
- Los costos relacionados con el envío por correo postal, el envío por otro medio o la entrega de Medicamentos que requieren receta médica.
- Cualquier uso indebido intencional de este beneficio, lo que incluye la compra de Medicamentos que requieren receta médica para el consumo por parte de una persona distinta de la Persona asegurada.
- Medicamentos u otras sustancias que se despachen o administren en cualquier entorno ambulatorio. Esto incluye, por ejemplo, los artículos administrados por un Médico.

Limitaciones

A menos que figure una limitación en el envase del fabricante del medicamento, cada receta médica o reposición estará limitada de la siguiente manera:

- Un suministro de hasta 30 días de medicamentos genéricos preferidos y no preferidos, medicamentos de marca preferidos y no preferidos, y un suministro de hasta 30 días de Medicamentos de especialidad, adquiridos en una Farmacia minorista participante.
- Un suministro de hasta 90 días de medicamentos genéricos preferidos y no preferidos, medicamentos de marca preferidos y no preferidos, y un suministro de hasta 30 días de Medicamentos de especialidad, adquiridos en una Farmacia minorista que brinda suministros para 90 días participante. Para ubicar una Farmacia minorista que brinda suministros para 90 días participante, puede llamar al número del servicio de atención al cliente que figura en su tarjeta de ID o puede visitar www.cigna.com/ifp-providers.
- Un suministro de hasta 90 días de Medicamentos genéricos preferidos y no preferidos, Medicamentos de marca preferidos y no preferidos, y un suministro de hasta 30 días de Medicamentos de especialidad, adquiridos en una Farmacia de venta por correo.
- **Nota:** Los Medicamentos que requieren receta médica aprobados por la Administración Federal de Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para el uso en el tratamiento del dolor provocado por el cáncer están cubiertos, incluso si superan la dosis recomendada o los límites del suministro diario indicados anteriormente, si el medicamento que requiere receta médica está indicado para tratar a una Persona asegurada que tiene dolor incoercible asociado al cáncer.
- Los medicamentos para dejar de fumar incluidos en la Lista de medicamentos que requieren receta médica de Cigna tienen un límite de dos suministros de 90 días por Año.
- Es posible que se apliquen límites controlados de medicamentos (MDL, por sus siglas en inglés) en relación con la dosis o la cantidad de días del suministro para ciertos medicamentos; los límites controlados de medicamentos se basan en las recomendaciones de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) federal y del fabricante del medicamento.
- Los Medicamentos de especialidad inyectables y para infusión que requieren receta médica pueden requerir una autorización o certificación previas.
- Hasta un límite de dosis o despacho que determine el Comité de P&T.

Proceso de autorización, excepción y apelación de Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados

Para ciertos Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados es necesario obtener una autorización de Cigna, es decir que su médico debe obtener la autorización de Cigna, antes de que se pueda cubrir el medicamento que requiere receta médica o el suministro relacionado.

Autorización previa

Cuando su médico le indica ciertos Medicamentos que requieren receta médica o Suministros relacionados, incluidos los medicamentos costosos y de especialidad, Cigna le exige a su médico que

obtenga una autorización antes de despachar o suministrar dicha receta. Para obtener la autorización previa, su médico debe seguir el proceso de solicitud de excepción y autorización de Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados que se describe más abajo.

Terapia escalonada

La Terapia escalonada es un tipo de autorización previa. Es posible que Cigna le exija a una Persona asegurada que siga ciertos pasos antes de cubrir algunos Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados, incluidos algunos Medicamentos de mayor costo o de especialidad, para el tratamiento de afecciones que incluyen alergias, asma, diabetes, colesterol alto, salud mental y reflujo de ácido gástrico. Asimismo, podemos exigirle que pruebe Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados similares, incluidos los Medicamentos de especialidad que la mayoría de las personas con la misma afección ha considerado seguros, eficaces y más económicos. Los Medicamentos que requieren receta médica y los Suministros relacionados que precisan de una Terapia escalonada se pueden encontrar en la Lista de medicamentos que requieren receta médica en www.mycigna.com. Si su médico le receta un medicamento que forma parte de la lista de Terapia escalonada, después de que se despache la receta por primera vez, usted y su médico recibirán una carta de Cigna, en la cual se les informará sobre el medicamento de Terapia escalonada que tendrá que usar cuando reponga la receta. Para obtener la autorización para la Terapia escalonada, su médico debe seguir el proceso de solicitud de excepción y autorización de Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados que se describe más abajo.

Excepciones para los Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados que no figuran en la Lista de medicamentos que requieren receta médica

Si su médico le receta un Medicamento que requiere receta médica o un Suministro relacionado que no figura en la Lista de medicamentos que requieren receta médica de Cigna, este puede solicitarle a Cigna que haga una excepción y acepte cubrir dicho medicamento o suministro para su afección. Para obtener una excepción para un medicamento que requiere receta médica o suministro relacionado, su médico debe seguir el proceso de solicitud de excepción y autorización de Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados que se describe a continuación.

Proceso de solicitud de excepción y autorización de Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados

Para obtener una excepción, su médico puede llamar a Cigna, o bien, puede 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 que requiere receta médica o Suministro relacionado que figura en la Lista de medicamentos que requieren receta médica de Cigna o en un protocolo de Terapia escalonada, pero que dicho Medicamento o Suministro relacionado ha sido perjudicial para su salud o ineficaz para tratar su afección y que por lo tanto, en su opinión, es probable que resulte nuevamente perjudicial o ineficaz a la hora de tratar su afección. Cigna revisará y completará la solicitud de excepción en un plazo de 24 horas luego de recibirla.

Revisión acelerada de la solicitud de autorización previa, Terapia escalonada o excepción de medicamento que requiere receta médica

Su Médico puede solicitar una revisión acelerada cuando usted tenga una afección médica que pueda poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar un funcionamiento pleno, o cuando esté recibiendo un tratamiento con un medicamento que no figure en la Lista de medicamentos que requieren receta médica de Cigna. Cigna revisará y completará la revisión acelerada en un plazo de 24 horas luego de recibirla.

Si se aprueba la solicitud, no se aplicará un costo compartido adicional, fuera del que tenga un medicamento que figure en la Lista de medicamentos que requieren receta médica. Su Médico recibirá la confirmación. La autorización/excepción se procesará el sistema de reclamaciones de Farmacia de Cigna, para permitirle tener cobertura para dichos Medicamentos que requieren receta médica

o Suministros relacionados. La validez de la autorización durará hasta que usted deje de usar el medicamento que requiere receta médica o el suministro relacionado para el cual se aprobó dicha autorización o excepción. Cuando su médico le avise que se ha aprobado la cobertura para los Medicamentos que requieren receta médica o Suministros relacionados, deberá comunicarse con la Farmacia para que le despachen la(s) receta(s).

Si se deniega la solicitud, se les notificará a usted y a su médico que la cobertura para los Medicamentos que requieren receta médica o los Suministros relacionados no fue autorizada.

Apelación de la denegación de una autorización previa, una Terapia escalonada o una excepción de medicamento que requiere receta médica

Si usted, una persona que actúe en su nombre, el Médico que hace la receta u otro prescriptor no están de acuerdo con la decisión sobre la cobertura, pueden apelar dicha decisión, de acuerdo con las cláusulas de esta Póliza, mediante el envío de una solicitud por escrito que especifique los motivos por los cuales se deberían cubrir los Medicamentos que requieren receta médica o los Suministros relacionados. Consulte la sección de esta Póliza titulada “QUÉ HACER CUANDO TIENE UNA QUEJA O APELACIÓN”, la cual describe el proceso de revisión externa independiente.

Si tiene preguntas sobre la solicitud de excepciones específicas de la Lista de medicamentos que requieren receta médica, las Autorizaciones previas o la Terapia escalonada, llame al número gratuito del servicio de atención al cliente que figura en el dorso de su tarjeta de ID.

Cobertura de medicamentos nuevos

Todos los medicamentos nuevos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) (o indicaciones nuevas aprobadas por la FDA) se consideran parte de la Lista de medicamentos que no requieren receta médica, hasta que el equipo de decisiones comerciales de Cigna tome una decisión con respecto a la asignación del nuevo medicamento (o nueva indicación), decisión que deberá basarse, en parte, en la revisión clínica del medicamento del Comité de P&T. El Comité de P&T hace un esfuerzo razonable para revisar todos los medicamentos nuevos aprobados por la FDA (o indicaciones nuevas aprobadas por la FDA), en un plazo de 90 días después de su lanzamiento al mercado. El equipo de decisiones comerciales debe hacer un esfuerzo razonable para revisar en un plazo de 90 días un medicamento nuevo aprobado por la FDA (o indicación nueva) y, luego, tomar una decisión sobre cada medicamento nuevo aprobado por la FDA (o indicación nueva aprobada por la FDA) en un plazo de 180 días luego de su lanzamiento al mercado, o bien, si este plazo no se cumple, se debe documentar una justificación clínica.

Reembolso/presentación de reclamaciones

Cuando una Persona asegurada compra Medicamentos que requieren receta médica o Suministros relacionados a través de una Farmacia minorista participante, esta deberá pagar al momento de la compra todo Copago, Co-seguro o Deducible que figure en el programa. La Persona asegurada no necesita presentar un formulario de reclamación.

Para comprar Medicamentos que requieren receta médica o Suministros relacionados en una Farmacia de venta por correo participante, consulte su paquete introductorio sobre medicamentos de venta por correo para conocer los detalles o comuníquese con el servicio de atención al cliente para solicitar asistencia.

Reclamaciones y servicio de atención al cliente

Los formularios de reclamación por medicamentos están disponibles mediante una solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Para reclamaciones de Farmacias minoristas:
Cigna Pharmacy Service Center
P.O. Box 188053
Chattanooga, TN 37422-8053

Para reclamaciones de Farmacias de venta por correo:
Cigna Home Delivery Pharmacy
P.O. Box 1019
Horsham, PA 19044-1019
1-800-835-3784

Los formularios también están disponible en línea a través de myCigna.com

Si usted o sus familiares tienen alguna pregunta sobre el beneficio de Medicamentos que requieren receta médica, deben llamar al número gratuito del servicio de atención al cliente que figura en el dorso de su tarjeta de ID.

Beneficios de atención pediátrica de la vista para la atención provista por un oftalmólogo u optometrista

Beneficios de atención pediátrica de la vista

Tenga en cuenta que la red de Servicios pediátricos de la vista es diferente de la red de sus beneficios médicos.

Los beneficios de atención pediátrica de la vista cubiertos están sujetos a cualquier Co-seguro aplicable que figure en el programa de beneficios.

Los beneficios se aplicarán hasta el último día del mes en el que se cumpla la edad límite.

Nota: Los exámenes de la vista de rutina llevados a cabo por un PCP o pediatra están cubiertos por el beneficio de servicios preventivos.

Definiciones

Colección de monturas pediátricas. Hace referencia a monturas específicas que son adecuadas para sostener los lentes y están totalmente cubiertas por los beneficios de atención médica esenciales.

Servicios de atención pediátrica de la vista. Hacen referencia a los exámenes de atención de la vista de rutina y otros servicios o tratamientos descritos en la sección “Servicios de atención pediátrica de la vista” de esta Póliza, provistos a una Persona asegurada menor de 19 años. **Los beneficios se aplicarán hasta el último día del mes en el que se cumpla la edad límite.**

Usual y habitual (U&C, por sus siglas en inglés). En relación con los beneficios de Atención pediátrica de la vista de este plan, hace referencia a la cantidad que un Médico u otro proveedor le cobraría a un paciente privado y sin seguro por los servicios o materiales proporcionados. En el caso de los materiales, esta cantidad incluye el costo mayorista o del fabricante, más el margen minorista.

Beneficios cubiertos

Los beneficios cubiertos de la red para Personas aseguradas hasta fin del mes en el cual la Persona asegurada cumple 19 años incluyen lo siguiente:

- **Exámenes.** Una evaluación de la salud de la vista y los ojos por un optometrista u oftalmólogo, que incluye, a modo de ejemplo, un examen para controlar la salud de los ojos, dilatación, refracción y receta médica de anteojos.
- **Lentes para anteojos.** Se incluyen todos los lentes recetados, incluidos lentes prismáticos, de policarbonato, monofocales de vidrio o plástico estándares, bifocales con línea, trifocales con línea, lenticulares y progresivos estándares. También se incluyen los siguientes accesorios adicionales:
 - Lentes extragrandes.
 - Todos los matices sólidos y gradientes.
 - Protección contra rayones.
 - Revestimiento ultravioleta (UV, por sus siglas en inglés).
 - Ahorros de 20 % como mínimo* en todas las mejoras adicionales que elija para sus lentes, entre las que se incluyen revestimiento antirreflectante; polarizados; lentes de alto índice y estilos como lentes segmentados mixtos, intermedios y lentes progresivos de calidad superior.

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

- **Monturas.** Una montura por cada receta médica por año de la colección de monturas pediátricas. Únicamente las monturas de la colección de monturas pediátricas están 100 % cubiertas. Monturas que no son parte de la colección: el costo compartido del miembro es de hasta el 75 % del precio minorista.
- **Lentes de contacto electivos.** Un par o una compra única de un suministro de lentes de contacto, en lugar del beneficio de lentes y monturas (no se pueden recibir lentes de contacto y monturas en el mismo año de beneficios), incluidos los servicios profesionales.
- **Lentes de contacto terapéuticos.** Están cubiertos para un suministro de un año, independientemente del tipo de lentes de contacto, incluidos los servicios profesionales, en lugar de la montura y los lentes. Se brindará cobertura para lentes de contacto terapéuticos cuando la agudeza visual no pueda corregirse a 20/70 con anteojos en el ojo con mejor visión y el ajuste de los lentes de contacto pudiera brindar este nivel de agudeza visual; y en ciertos casos de anisometropía, queratocono o afaquia, según lo determine y documente su proveedor de atención de la vista. No están cubiertos los lentes de contacto adquiridos para otros fines terapéuticos o para la reducción de los campos visuales debido a una corrección alta mayor o menor.
- **Cobertura de visión parcial:** Los servicios y dispositivos profesionales complementarios para la visión parcial están totalmente cubiertos una vez cada 12 meses, para un miembro con visión parcial o cuya vista no se pueda corregir completamente con cirugía, fármacos, lentes de contacto o anteojos. Existen varios dispositivos para tratar la visión parcial, como el telescopio bióptico, que puede ayudar al miembro con sus necesidades específicas.

* Es posible que algunos profesionales de atención de la vista de la red de Cigna Vision no ofrezcan estos servicios. Antes de concertar una cita, consulte primero con su profesional de atención de la vista.

Exclusiones

- 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 de Indemnización por Accidente Laboral o ley similar, o que se relacione con el trabajo.
- Cargos que superen el cargo habitual y acostumbrado por el servicio o los materiales.
- Cargos incurridos después de que finalice la Póliza o la cobertura del asegurado en virtud de la Póliza, a excepción de lo que se especifica en la Póliza.
- Tratamiento o dispositivo experimental o no convencional.
- Dispositivos de aumento o para tratar la visión parcial que no figuren como “Beneficios cubiertos” de otra forma, más arriba en esta sección.
- Cualquier tipo de anteojos, lentes o lentes de contacto que no requieran receta médica.
- Tratamientos de lentes para anteojos, accesorios o recubrimientos para lentes que no figuren como “Beneficios cubiertos” de otra forma en esta sección.
- Dos pares de anteojos, en lugar de lentes bifocales o trifocales.
- Anteojos o lentes de seguridad necesarios para el trabajo.
- Beneficio de anteojos para terminal de pantalla de video (VDT, por sus siglas en inglés) o computadora.

- Para métodos de tratamiento o procedimientos experimentales no aprobados por la Asociación Médica Estadounidense o la asociación oftalmológica especializada correspondiente, o en relación con dichos métodos.
- **Reclamaciones recibidas por Cigna después de transcurridos los 90 días** desde la fecha en que se prestó el servicio, excepto (a) en el caso de incapacidad legal, en donde dicho plazo se extiende hasta 15 meses, o (b) si Cigna recibe la reclamación más de 90 días después, pero tan pronto como fuera razonablemente posible.

Proveedores de Cigna Vision

Para encontrar un proveedor de Cigna Vision u obtener un formulario de reclamaciones, la Persona asegurada debe visitar **myCigna.com** y usar el enlace que figura en la página sobre la cobertura de la vista, o puede llamar al servicio de atención al cliente al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación.

Reembolso/presentación de reclamaciones

Cuando una Persona asegurada se realiza un examen o compra materiales de un Proveedor de Cigna Vision, deberá pagar al momento de la compra todo Copago, Co-seguro o Deducible que figure en el programa. La Persona asegurada no necesita presentar un formulario de reclamación.

Si usted o sus familiares tienen alguna pregunta sobre los beneficios de Atención pediátrica de la vista, deben llamar al número gratuito del servicio de atención al cliente que figura en el dorso de su tarjeta de ID.

Cláusulas generales

Cláusula alternativa de contención de costos

En ciertas situaciones, podemos aprobar servicios en virtud de un plan de tratamiento alternativo. Un plan de tratamiento alternativo puede incluir servicios o suministros que estén limitados o excluidos de otra manera por la Póliza. El plan de tratamiento alternativo debe ser mutuamente acordado entre 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 particular, no nos compromete de ninguna manera a hacerlo en otras circunstancias, como tampoco nos impide aplicar estrictamente las limitaciones, las exclusiones y los beneficios expresos de la Póliza en cualquier otro momento o para la Persona asegurada.

Seguro con otras compañías

Si existe otra cobertura válida, que no sea la de esta compañía, que brinde beneficios por la misma pérdida en función de la provisión de un servicio o en función de un gasto incurrido, y sobre la cual no se le haya informado por escrito a esta compañía antes de que ocurriera o comenzara dicha pérdida, la única responsabilidad de cobertura de gasto incurrido de esta Póliza será por la proporción de la pérdida como la cantidad que hubiera sido pagadera en virtud de esta Póliza. Además, el total de las proporciones equivalentes en virtud de todas las demás coberturas válidas para la misma pérdida, sobre la cual esta compañía estaba al tanto, representa el total de las proporciones equivalentes en virtud de todas las coberturas válidas para dicha pérdida, y para la devolución de dicha porción de las primas pagadas, tal como excedería la porción prorrateada para la cantidad determinada. A efectos de la aplicación de esta cláusula, cuando se brinda otra cobertura en función de la provisión de un servicio, la “proporción equivalente” de dicha cobertura será la cantidad que habrían costado los servicios prestados si no se tuviera dicha cobertura.

Personas que reúnen los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare

Cigna pagará como plan secundario, según lo permitido por la Ley del Seguro Social de 1965, para una Persona asegurada que reúna los requisitos sobre la edad para recibir cobertura en virtud de Medicare.

Cigna estimará la cantidad que Medicare hubiera pagado, y la pagará como secundaria a dicha cantidad estimada, en las siguientes circunstancias:

- Una Persona asegurada que reúne los requisitos para inscribirse en la Parte B de Medicare debido a su edad, pero no está inscrita.

Se considera que una persona reúne 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 debido a la edad.

- Esta reducción no se aplicará a ninguna Persona asegurada, salvo como se establece en la sección más arriba que dice “Cigna pagará como plan secundario...”.

Qué hacer cuando tiene una queja o apelación

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

Queremos que esté completamente satisfecho con la atención que recibe. Por ese motivo, hemos establecido un proceso para abordar sus inquietudes y resolver sus problemas.

Comience con el servicio de atención al cliente.

Estamos para escucharlo y ayudarlo. Si tiene alguna inquietud con respecto a una persona, un servicio, la calidad de la atención, los beneficios contractuales, una denegación inicial de elegibilidad o una rescisión de cobertura, puede llamar a nuestro número gratuito y explicarle su inquietud a uno de nuestros representantes del servicio de atención al cliente. Llámenos al número gratuito del servicio de atención al cliente que aparece en su tarjeta de identificación de beneficios, en la explicación de los beneficios o en el formulario de reclamación.

Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para resolver la inquietud en su contacto inicial. Si necesitamos más tiempo para revisar o investigar su inquietud, nos comunicaremos con usted lo antes posible, dentro de un plazo de 30 días como máximo.

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

Procedimiento de apelación

Para iniciar una apelación, debe enviar a la dirección que figura abajo una solicitud de apelación por escrito, dentro de los 180 días posteriores a la recepción de una notificación de denegación.

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

En dicha solicitud, debe indicar el motivo por el cual cree que se debería aprobar su apelación e incluir cualquier información que respalde su apelación. Si no puede escribir o decide no hacerlo, puede presentar su apelación por teléfono. Llámenos al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación de beneficios, en la explicación de beneficios o en el formulario de reclamación.

Se revisará su apelación y una persona no involucrada en la decisión inicial decidirá la cuestión. Las apelaciones con respecto a una necesidad por razones médicas o para determinar si un servicio es clínicamente apropiado serán analizadas por un médico o un dentista.

Le comunicaremos la decisión por escrito o por medios electrónicos, a usted o a su representante y al proveedor designado, en un plazo de 15 días calendario después de que recibamos la apelación de una determinación (decisión) respecto de una cobertura de atención previa o simultánea al servicio requerida. Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 30 días calendario después de que recibamos la apelación de cualquier otra determinación sobre una cobertura que sea posterior al servicio.

En caso de que, en relación con la apelación, Cigna considere o genere información (evidencia) nueva o adicional, o se base en dicha información, nos aseguraremos de enviarle esta información tan pronto como sea posible, y con la anticipación suficiente a la toma de la decisión, para que usted tenga la oportunidad de responder. Asimismo, si Cigna toma en consideración fundamentos nuevos o adicionales, se los notificará tan pronto como sea posible, y con la anticipación suficiente a la toma de la decisión, para que usted tenga la oportunidad de responder.

Apelaciones aceleradas

Usted puede solicitar que se acelere el proceso de apelación en las siguientes circunstancias: (a) si los plazos de este proceso ponen en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar un funcionamiento pleno, o bien, según el criterio de su médico, le provocan un dolor intenso que no puede

controlar sin los servicios solicitados; o (b) su apelación está relacionada con la denegación de una autorización para una hospitalización o la continuación de una hospitalización.

En caso de que solicite que se acelere el proceso de su apelación en función del punto (a) anterior, también puede solicitar, al mismo tiempo, una revisión independiente externa acelerada, en caso de que el tiempo necesario para que Cigna complete una revisión acelerada resulte perjudicial para su afección médica.

El revisor médico de Cigna, o el médico a cargo de su tratamiento, decidirá si aplican los criterios para una apelación acelerada. Cuando se acelere el proceso de una apelación, le comunicaremos la decisión verbalmente, a usted y a su representante o proveedor, tan pronto como sea posible, pero en un plazo que no supere las 72 horas, teniendo en cuenta las exigencias médicas. En el caso de las apelaciones aceleradas relacionadas con Medicamentos que requieren receta médica para el alivio del dolor provocado por el cáncer, le comunicaremos la decisión verbalmente, en un plazo de 24 horas luego de que recibamos toda la información necesaria. Haremos un seguimiento por escrito dentro de las 24 horas posteriores al envío de la respuesta verbal de una apelación acelerada.

En el caso de la revisión simultánea de una solicitud de atención urgente, la cobertura del tratamiento seguirá vigente, sin ningún tipo de obligación adicional para usted, hasta que se le notifique la decisión de la revisión.

Asistencia del estado de Virginia para la presentación de quejas/apelaciones

Si tiene alguna pregunta con respecto a una apelación vinculada a los servicios de atención médica que recibió y que no se haya abordado de manera satisfactoria, puede comunicarse con la Oficina del Defensor del Pueblo para Casos de Atención Administrada y solicitar asistencia. A continuación, se incluye información de contacto de la Oficina del Defensor del Pueblo para Casos de Atención Administrada de la Oficina de Seguros (BOI, por sus siglas en inglés) de Virginia:

Office of the Managed Care Ombudsman
Bureau of Insurance (BOI)
P.O. Box 1157
Richmond, VA 23218
Número gratuito: 1-877-310-6560
Área metropolitana de Richmond: 804-371-9032
Correo electrónico: ombudsman@scc.virginia.gov
Sitio web: puede obtener información sobre el Defensor del Pueblo en el sitio web de la Comisión de Corporaciones del Estado:
www.scc.virginia.gov

Si tiene inquietudes sobre la calidad de la atención o el servicio, a continuación encontrará la información de contacto de la Oficina de Acreditaciones y Certificaciones, con la que puede comunicarse cualquier momento:

Office of Licensure and Certification (OLC)
Virginia Department of Health
9960 Mayland Drive, Suite 401
Richmond, VA 23233
Número de teléfono: 804-367-2104, pida por MCHIP
Fax: 804-527-4503

Ningún asegurado que ejerza el derecho a presentar una queja o apelación estará sujeto a la cancelación de su inscripción, ni a ningún otro tipo de sanción, debido a la presentación de dicha queja o apelación.

Revisión externa

Si no está completamente satisfecho con la decisión sobre la revisión de una apelación por parte de Cigna con respecto a una necesidad médica, un medicamento experimental/en investigación, una afección preexistente, una determinación inicial de elegibilidad, una rescisión de cobertura de salud, una determinación sobre si usted reúne los requisitos para alcanzar un estándar alternativo razonable y recibir una recompensa en virtud de un programa de bienestar o una determinación sobre si su plan está cumpliendo con las cláusulas relativas a las limitaciones de tratamiento no cuantitativas y de paridad en la aplicación de las técnicas de administración médica consecuentes con la Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad para la Adicción, usted o su representante autorizado pueden solicitar que su apelación sea remitida a una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente está integrada por personas que no son empleadas de Cigna ni de ninguna de sus afiliadas. La decisión de usar una instancia voluntaria de apelación no afectará los derechos del reclamante a acceder a los demás beneficios en virtud del plan.

Se considerará que usted ha agotado el proceso de apelación interno en las siguientes circunstancias:

- Si ha completado el proceso de apelación de Cigna.
- Si ha presentado una apelación en la que solicita la revisión de una determinación adversa y, salvo que usted haya aceptado que existe una demora, no ha recibido una decisión por escrito de parte de Cigna, en un plazo de 15 días para las reclamaciones previas al servicio y en un plazo de 30 días para las reclamaciones posteriores al servicio, luego de la fecha en que la apelación se presentó ante Cigna.
- Si presentó ante Cigna una solicitud de apelación interna acelerada de una determinación adversa. Puede presentar una solicitud de revisión externa acelerada de la determinación adversa al mismo tiempo. Cuando reciba una solicitud de revisión externa acelerada de una determinación adversa, la organización de revisión independiente (IRO, por sus siglas en inglés) que lleva a cabo la revisión externa determinará si usted debe completar el proceso de apelación externa acelerada de Cigna, antes de que ellos puedan realizar la revisión externa acelerada. La IRO debe notificarle de inmediato esta determinación y proceder con la revisión externa acelerada, o bien, esperar a que se complete el proceso de apelación interna acelerada.
- Si Cigna acepta obviar el requisito de agotamiento de recursos, usted puede presentar una solicitud de revisión externa de una determinación adversa, antes de que haya agotado el proceso de apelación interna de Cigna. Si se anula el requisito de agotamiento de recursos, puede presentar una solicitud por escrito para una revisión externa estándar.
- La solicitud de una revisión externa se debe enviar dentro de los 120 días después de que usted haya recibido una determinación adversa final. Una determinación adversa en el contexto de una revisión externa hace referencia a una determinación según la cual una hospitalización, la disponibilidad de la atención, una hospitalización ininterrumpida u otro tipo de servicio de atención médica, en función de la información provista no cumplen con los requisitos de Cigna respecto de la necesidad médica, la relevancia, el nivel de atención, el entorno de atención médica, la efectividad, o bien, se consideran experimentales o en investigación.

Apelación externa estándar

En un plazo de 45 días después de la fecha en que recibió una solicitud de revisión externa estándar, la IRO notificará por escrito su decisión de sostener o revertir la determinación adversa.

Una vez que reciba la notificación sobre la decisión de revertir la determinación adversa o determinación adversa final, Cigna deberá aprobar de inmediato la cobertura del servicio de atención médica o tratamiento que se recomendó o solicitó.

Tenga en cuenta que los requisitos de revisión y respuesta que la IRO debe respetar pueden ser diferentes de los mencionados anteriormente, si la determinación adversa está relacionada con un Tratamiento experimental o en investigación. Si desea presentar una apelación externa de una determinación adversa vinculada a un tratamiento experimental o en investigación, comuníquese con el servicio de atención al cliente al número que figura en el dorso de su tarjeta de ID, o bien, puede

comunicarse con la Oficina de Seguros de Virginia usando la información de contacto que se brindó anteriormente.

Apelación externa acelerada

Es posible que tenga derecho a presentar una solicitud de apelación externa acelerada en los siguientes casos:

- Si recibe una determinación adversa que involucre una afección médica, en relación con la cual el plazo para completar el proceso de apelación interna estándar podría suponer un grave peligro para su vida o su salud, o podría poner en peligro su capacidad para recuperar un funcionamiento pleno.
- Si recibe una determinación adversa final en el caso de que usted tenga una afección médica, en relación con la cual el plazo para completar una apelación externa estándar podría suponer un grave peligro para su vida o su salud, o podría poner en peligro su capacidad para recuperar un funcionamiento pleno, o bien, en el caso de que la determinación adversa final tenga que ver con una hospitalización, la disponibilidad de la atención, una hospitalización ininterrumpida o un servicio de atención médica por el cual recibió Servicios de emergencia, pero no ha recibido el alta del centro.

Las determinaciones adversas retrospectivas no reúnen los requisitos para una revisión acelerada. Si su solicitud de apelación acelerada se aprueba, la IRO asignada por el BOI tomará la decisión de sostener o revertir la determinación adversa, tan pronto como su afección médica o las circunstancias lo exijan, pero nunca en un plazo que supere las 72 horas posteriores a la fecha de recepción. Usted, Cigna y el BOI recibirán una notificación por escrito dentro de las 48 horas posteriores a la fecha en que se recibió la determinación inicial.

Una vez que reciba la notificación sobre la decisión de revertir la determinación adversa o determinación adversa final, Cigna deberá aprobar de inmediato la cobertura del servicio de atención médica o tratamiento que se recomendó o solicitó.

Tenga en cuenta que los requisitos de revisión y respuesta que la IRO debe respetar pueden ser diferentes de los mencionados anteriormente, si la determinación adversa está relacionada con un Tratamiento experimental o en investigación. Si desea presentar una apelación externa de una determinación adversa vinculada a un tratamiento experimental o en investigación, comuníquese con el servicio de atención al cliente al número que figura en el dorso de su tarjeta de ID, o bien, puede comunicarse con la Oficina de Seguros de Virginia usando la información de contacto que se brindó anteriormente.

Notificación de determinación de beneficios en caso de apelación

Todas las notificaciones de decisión respecto de una apelación se enviarán por escrito o por medios electrónicos y, en el caso de una determinación adversa, incluirán lo siguiente: (1) las acreditaciones y los títulos profesionales de la persona o las personas que revisaron la apelación; (2) una declaración con la opinión de los revisores sobre sus motivos de la apelación; (3) (1) información suficiente para identificar la reclamación; (2) el motivo o los motivos específicos de la decisión de denegación, incluida la decisión de los revisores en términos sencillos y los fundamentos médicos suficientemente detallados para que usted pueda responder sobre la postura de Cigna; (3) referencia a las cláusulas específicas de la Póliza en función de las cuales se tomó la decisión; (4) una declaración que exprese que el reclamante tiene derecho a recibir, mediante solicitud previa y sin cargo, copias de todos los documentos, registros y demás información relevante, según lo definido; (5) mediante solicitud previa y sin cargo, una copia de cualquier regla, pauta, protocolo u otro criterio similar interno, en los que se basó para tomar la determinación adversa respecto de su apelación y una explicación del criterio científico o clínico que se tuvo en cuenta para tomar una determinación en función de una necesidad médica, un tratamiento experimental u otro límite o exclusión similar; e (6) información sobre el Programa de Asistencia al Paciente de Atención Administrada, incluida su información de contacto. La notificación definitiva de una

determinación adversa incluirá un análisis de la decisión.

Información relevante

La información relevante incluye cualquier documento, registro u otra información que (a) se haya usado como referencia para tomar la determinación de beneficios; (b) se haya presentado, considerado o generado mientras se tomaba la determinación de beneficios, independientemente de si dicho documento, registro o información se tuvo en cuenta para tomar la determinación de beneficios; (c) demuestre que cumple con los procesos administrativos y salvaguardas exigidos por la ley federal para tomar 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 beneficio denegado, o el diagnóstico del reclamante, independientemente de si dicho consejo o declaración se tuvo en cuenta para tomar la determinación de beneficios.

Términos de la Póliza

- **Todos los cambios del contrato:** la presente Póliza, incluida la página de especificaciones, los endosos y los documentos adjuntos, si los hubiera, constituye el contrato de seguro completo. Los cambios introducidos en la presente Póliza solo tendrán validez si son aprobados por un funcionario de Cigna y se adjuntan a esta Póliza. Ningún representante tiene autoridad para modificar esta Póliza ni para anular ninguna de sus cláusulas.
- **Período de gracia:** si usted adquirió el plan a través del Mercado y eligió recibir su crédito tributario de prima por adelantado, su período de gracia se extiende por tres meses consecutivos, siempre y cuando haya pagado al menos un mes entero de la prima durante el año del beneficio. La cobertura seguirá vigente durante el período de gracia de 90 días y, si usted recibe los créditos tributarios de prima por adelantado, las reclamaciones por servicios prestados después de transcurridos los primeros 30 días del período de gracia quedarán pendientes. Sin embargo, si no recibimos su prima, la cual vence por completo antes del final del período de gracia, su cobertura se cancelará el último día del período de gracia. Consulte las siguientes cláusulas para obtener información sobre la cancelación y la reactivación.

Si no adquirió el plan a través del Mercado o eligió no recibir el crédito tributario de prima por adelantado, existe un período de gracia de 31 días para la recepción en nuestra oficina o dirección de apartado postal de cualquier prima que venza después de la prima inicial. La cobertura seguirá vigente durante el período de gracia; sin embargo, si no recibimos su prima antes del final del período de gracia, su cobertura se cancelará el último día del período de gracia. Consulte las siguientes cláusulas para obtener información sobre la cancelación y la reactivación.

- **Contingencia para la reducción de los costos compartidos:** Si adquirió su Póliza a través del Mercado estatal o del Mercado facilitado por el gobierno federal, y cumple con ciertos límites respecto de los ingresos, es posible que reúna los requisitos para acceder a reducciones de los costos compartidos, y posiblemente su Póliza las incluya, según la ley federal. En ese caso, su obligación de costos compartidos (p. ej., Copagos, Co-seguros o Deducibles, según corresponda) es inferior a la obligación de costos compartidos que correspondería de otra modo en virtud de esta Póliza.

Toda reducción de costos compartidos se basa en el pago que el gobierno federal le hace a Cigna de cantidades que tienen como finalidad reembolsarle a Cigna la diferencia entre su obligación de costos compartidos y la obligación de costos compartidos que correspondería de otro modo, en virtud de esta Póliza. En el caso de que el gobierno federal no realice estos pagos o se consideren de otro modo inaceptables o no disponibles, su obligación reducida de costos compartidos (p. ej., Copagos, Co-seguros o Deducibles, según corresponda) se puede ver incrementada, mediante la recepción de una notificación escrita 30 días antes, a la cantidad que correspondería de otro modo en virtud de esta Póliza. En tal caso, sus obligaciones de costos compartidos se seguirán administrando de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales y estatales pertinentes.

En el caso de que Cigna tenga prohibido, por cualquier motivo, incrementar su obligación de costo compartido conforme a esta sección, es posible que se incremente su prima, mediante la recepción de una notificación escrita 75 días antes, a fin de que refleje la pérdida del reembolso a Cigna.

▪ **Cancelación por parte de Cigna. Podemos cancelar esta Póliza únicamente en alguno de los siguientes casos:**

1. Si usted no paga sus primas a medida que venzan, o bien, antes de que finalice el período de gracia de 31 días para los planes que no hayan sido adquiridos en el Mercado o el período de gracia de 90 días para los planes que hayan sido adquiridos en el Mercado.
2. Si usted ha cometido cualquier acto o llevado a cabo cualquier práctica que constituyan un fraude, o realizado una tergiversación intencional de un dato sustancial en función de los términos de esta Póliza o cobertura.
3. Cuando dejemos de ofrecer este tipo de pólizas a todas las personas de su clase. En ese caso, la ley de Virginia nos exige que hagamos lo siguiente: (1) le enviemos una notificación por escrito a cada una de las Personas aseguradas para informarles sobre la cancelación, antes de los 90 días previos a la fecha de la cancelación de la cobertura; (2) le ofrezcamos a cada una de las Personas aseguradas la opción de adquirir cualquier otra cobertura individual de seguro hospitalario, médico hospitalario o quirúrgico, con emisión garantizada, al momento de la cancelación; y (3) actuemos de manera uniforme, independientemente de cualquier factor relacionado con una condición de salud de la Persona asegurada.
4. Cuando dejemos de ofrecer planes en el mercado individual de Virginia, le informaremos sobre la cancelación inminente de su cobertura 180 días antes de dicha cancelación, como mínimo.
5. Cuando la Persona asegurada ya no resida, viva ni trabaje en el Área de servicio.

Toda cancelación se realizará sin perjuicio de las reclamaciones por Gastos cubiertos en los que se haya incurrido antes de la cancelación.

▪ **Cancelación realizada por usted. Usted puede cancelar esta Póliza en los siguientes casos:**

Usted puede cancelar su Póliza en cualquier momento y mediante el envío por correo u otro medio de una notificación a Cigna. Su cancelación entrará en vigor cuando recibamos la notificación o en la fecha posterior que usted especifique en dicha notificación. En el caso de una cancelación, Cigna le devolverá de inmediato la porción no devengada de cualquier prima que haya pagado. La prima devengada se computará en forma proporcional. La cancelación se realizará sin perjuicio de las reclamaciones que se originen antes de la Fecha de entrada en vigor de la cancelación.

Si usted se une al ejército y entra en servicio activo, le cancelaremos su Póliza y le reembolsaremos las primas en forma proporcional, una vez que recibamos una notificación escrita sobre el servicio militar. Nota: En el caso de que un dependiente cubierto en virtud de su Póliza se una al ejército y entre en servicio activo, la cancelación de la Póliza aplicará únicamente para ese dependiente y no para toda la Póliza.

Toda cancelación se realizará sin perjuicio de las reclamaciones por Gastos cubiertos en los que se haya incurrido antes de la cancelación.

▪ **Modificación de la cobertura:**

Nos reservamos el derecho de modificar esta Póliza, incluidas sus cláusulas, beneficios y coberturas, siempre que dichas modificaciones sean consecuentes con la ley estatal o federal, y entren en vigor de manera uniforme para todas las personas con cobertura en virtud de esta misma Póliza. Solo modificaremos esta Póliza para todas las Personas aseguradas en la misma clase y cubiertas en virtud de la misma Póliza, y de manera individual. Enviaremos una notificación escrita de la intención

de incrementar la prima anual o cualquier Deducible, 75 días antes de la renovación de la cobertura. Este plan individual se renueva el 1 de enero de cada Año.

▪ **Reactivación:**

Si esta Póliza se cancela porque usted no pagó su prima dentro del período de gracia, y si nosotros, o un representante que hayamos autorizado a que acepte primas, aceptamos el pago atrasado de una prima de su parte y sin solicitarle una solicitud de reactivación, procederemos a reactivar esta Póliza a partir de dicha fecha.

Si se requiere y aprueba una solicitud, la Póliza se reactivará a partir de la fecha de aprobación. Sin embargo, si le exigimos la presentación de una solicitud de reactivación y le entregamos un recibo condicional por el pago atrasado de la prima, únicamente le reactivaremos esta Póliza si aprobamos su solicitud de reactivación o bien, en ausencia de dicha aprobación, para el día cuarenta y cinco posterior a la fecha de nuestro recibo condicional, si no le hemos notificado por escrito que hemos desaprobado su solicitud.

Si se reactiva esta Póliza, usted y Cigna tendrán los mismos derechos que existían en virtud de la Póliza inmediatamente antes de la fecha de vencimiento de la prima expirada, sujetos a cualquier modificación o endoso adjunto a la Póliza reactivada.

Todas las primas que se acepten en relación con una reactivación se aplicarán a un período por el cual usted no haya pagado las primas anteriormente, pero no a períodos que superen los sesenta días antes de la fecha de reactivación. La reactivación tiene un costo de \$50.

▪ **Renovación.** Esta Póliza se renueva por Año calendario.

▪ **Fraude.** Si la Persona asegurada ha cometido cualquier acto o llevado a cabo cualquier práctica que constituyan un fraude, o realizado una tergiversación intencional de un dato sustancial en función de esta Póliza o cobertura, todas y cada una de las coberturas en virtud de esta Póliza se considerarán nulas y no tendrán validez ni efecto legal.

▪ **Acciones legales.** Usted no puede entablar una demanda judicial antes de los 60 días posteriores a que hayamos recibido prueba por escrito de la pérdida. No se podrá iniciar ninguna acción después de 3 Años a partir del momento en que se exige la presentación de la prueba.

▪ **Conformidad con las leyes estatales y federales:** Si alguna cláusula de esta Póliza, en su Fecha de entrada en vigor, está en conflicto con las leyes del estado en el cual reside el asegurado en esa fecha, o con una ley federal, dicha cláusula se modificará para que cumpla con los requisitos mínimos de esos estatutos.

▪ **Cláusula en el caso de nulidad parcial.** Si alguna cláusula o algún término, palabra, estipulación o parte de alguna cláusula de esta Póliza adquiere nulidad por algún motivo, estas serán inefectivas, pero el resto de esta Póliza y sus cláusulas no se verán afectadas y seguirán siendo totalmente válidas y efectivas.

▪ **La Persona asegurada es la única persona con derecho a recibir beneficios en virtud de esta Póliza.** CUALQUIER ACTO, PRÁCTICA U OMISIÓN QUE CONSTITUYAN UN USO FRAUDULENTO DE ESTOS BENEFICIOS, TENDRÁN COMO RESULTADO LA RESCISIÓN DE ESTA PÓLIZA.

▪ La Fecha de entrada en vigor de esta Póliza está impresa en la tarjeta de identificación de Cigna y en la página de especificaciones de la Póliza.

▪ Cigna no es responsable de ninguna reclamación por daños o lesiones que haya sufrido la Persona asegurada, mientras recibía atención en cualquier Hospital, Centro quirúrgico ambulatorio

independiente, Centro de enfermería especializado o por parte de cualquier Proveedor participante o no participante. Dichos establecimientos y proveedores actúan como contratistas de la Persona asegurada.

- **Cigna cumplirá con todos los requisitos relacionados con las notificaciones**, es decir que le enviará a la Persona asegurada la notificación por correo, a la dirección de facturación que figura en nuestros registros. Es responsabilidad de la Persona asegurada notificarnos si su dirección cambia. La Persona asegurada cumplirá con todos los requisitos relacionados con las notificaciones, lo que significa que enviará la notificación por correo a la siguiente dirección:

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

- Cuando la cantidad pagada por Cigna supere la cantidad de la que es responsable según esta Póliza, Cigna tiene derecho a recuperar la cantidad excedente de la Persona asegurada, a menos que la ley lo prohíba.
- Para que una Persona asegurada tenga derecho a recibir los beneficios según esta Póliza, la cobertura en virtud de esta Póliza debe estar vigente en la fecha en que se incurra en el gasto que dio origen a la reclamación de beneficios. Según esta Póliza, se incurre en un gasto en la fecha en que la Persona asegurada recibe un servicio o suministro por el cual se genera el cargo.
- **Les pagaremos todos los beneficios de este acuerdo directamente a los hospitales participantes, a los médicos participantes y a todos los demás proveedores participantes**, a menos que la Persona asegurada haya pagado la cantidad total de la reclamación permitida, en cuyo caso, le haremos un reembolso a la Persona asegurada. Asimismo, puede que le paguemos directamente a cualquier proveedor de servicios cubierto, cuando la Persona asegurada asigne los beneficios por escrito, a más tardar en la fecha en que se presentan las pruebas de la pérdida (reclamación), excepto en el caso de las reclamaciones de proveedores en país extranjero. Sin embargo, a nuestra entera discreción, podemos pagarle a usted por el costo de cualquier Gasto cubierto de un Proveedor no participante, incluso si los beneficios han sido asignados, a menos que los beneficios se asignen a servicios médicos de emergencia, servicios de transporte, proveedores, dentistas o cirujanos dentales, de acuerdo con las secciones 38.2-3407.9 y 38.2-3407.13 del Código de Virginia. Cuando los beneficios se les paguen a usted o a sus Dependientes, usted o sus dependientes son responsables de reembolsarle al proveedor, y el pago que nosotros le hagamos a usted será el cumplimiento de nuestra obligación.
- Si recibimos una reclamación de un Proveedor en país extranjero por una Afección médica de emergencia, todo pago que reúna los requisitos le será enviado a la Persona asegurada. La Persona asegurada es responsable de pagarle al Proveedor en país extranjero. Estos pagos satisfacen nuestra obligación con la Persona asegurada por dichos servicios.
- El pago de beneficios en concepto de reembolso por Gastos cubiertos pagados por un hijo que reúne los requisitos, o el padre que ejerce la custodia del hijo o su tutor legal, se efectuará al hijo que reúne los requisitos, al padre que ejerce la custodia del hijo o a su tutor legal, o a un funcionario estatal cuyo nombre y dirección figuren en lugar del nombre y la dirección del hijo que reúne los requisitos.
- Cigna le enviará una notificación escrita en un plazo de tiempo razonable sobre la cancelación, el incumplimiento o la imposibilidad de prestar servicios en virtud de un contrato que tenga con cualquier proveedor de atención primaria de la Persona asegurada, el cual le brinde servicios de atención médica; o sobre la cancelación, el incumplimiento o la imposibilidad de prestar servicios en virtud del contrato con cualquier otro Proveedor participante.
- Continuación de la atención después de que finalice la participación de un proveedor.

Cigna le proporcionará beneficios a usted y a sus Familiares asegurados según el nivel del Proveedor participante cuya participación ha finalizado, en las siguientes circunstancias especiales:

- La Persona asegurada seguirá recibiendo su tratamiento actual durante un período de 90 días a partir de la fecha en que finalizó la participación del proveedor.
- Salvo en el caso de que la participación del Proveedor haya finalizado debido a un motivo en particular, la Persona asegurada seguirá recibiendo su tratamiento actual cuando, al momento de la finalización de la participación del Proveedor, la persona haya recibido un diagnóstico de una enfermedad terminal, siempre que dicho tratamiento esté directamente relacionado con la enfermedad terminal. Dependiendo de lo que elija la Persona asegurada, el tratamiento continuará durante el resto de su vida.
- Cuando la solicite, le proporcionaremos a la Persona asegurada una lista actualizada de los Proveedores participantes locales. Si la Persona asegurada desea recibir un directorio más exhaustivo o necesita la lista de los Proveedores nuevos por cualquier otro motivo, debe comunicarse con Cigna al número que figura en el dorso de su tarjeta de ID para que le proporcionemos uno, o bien, puede visitar nuestro sitio web, www.Cigna.com.
- Si, mientras estén cubiertas en virtud de esta Póliza, las Personas aseguradas también están cubiertas en virtud de otra Póliza grupal o individual de Cigna, las Personas aseguradas tendrán derecho a recibir únicamente los beneficios de una sola Póliza. Las Personas aseguradas pueden elegir esta Póliza o la otra Póliza para recibir cobertura. Después, Cigna reembolsará cualquier prima recibida en virtud de la otra Póliza, teniendo en cuenta el período de tiempo en que ambas Pólizas estaban vigentes.
- Si Cigna no cumple con alguna cláusula de esta Póliza o no exige su cumplimiento, esto no significa que dichas cláusulas se anularán, modificarán o declararán inválidas en algún otro momento, independientemente de que las circunstancias sean las mismas o no.
- Si las Personas aseguradas estaban cubiertas por una Póliza individual anterior de Cigna que haya sido reemplazada por esta Póliza sin interrupción de la cobertura:
 - los beneficios usados de la Póliza anterior se imputarán a los beneficios pagaderos en virtud de esta Póliza.
- **Examen físico y autopsia**
Cigna, bajo su propia responsabilidad, tendrá el derecho y la oportunidad de evaluar a cualquier Persona asegurada en nombre de la cual se haya presentado una reclamación, con la frecuencia razonable que considere conveniente, durante el período en que la reclamación esté en estado pendiente según esta Póliza. En el caso de que la Persona asegurada fallezca, Cigna tendrá el derecho y la oportunidad de realizar una autopsia, siempre que la ley no lo prohíba.

Otro seguro con esta aseguradora

El seguro vigente en cualquier momento dado de la Persona asegurada que tiene una Póliza u otras Pólizas similares a la de Cigna, se limita a la única Póliza que la Persona asegurada, su beneficiario o su estado han elegido, según el caso, y Cigna devolverá todas las primas pagadas para todas las demás Pólizas.

Cómo presentar una reclamación para beneficios

Notificación de la reclamación: la notificación escrita de la reclamación se debe enviar en un plazo de 20 días después de que ocurra una pérdida cubierta o tan pronto como sea razonablemente posible. La notificación se le puede enviar a Cigna a la dirección P.O. Box 188061 Chattanooga, TN 37422. La

notificación debe incluir el nombre de la Persona asegurada, y del reclamante en el caso de que no sea la Persona asegurada, además del número de ID del miembro.

Primas impagas: cuando se paga una reclamación, cualquier prima por pagar e impaga se puede deducir del pago de la reclamación.

Formularios de reclamación: cuando Cigna reciba la notificación de la reclamación, le enviará al reclamante los formularios para presentar la prueba de pérdida. Si el reclamante no recibe estos formularios en un plazo de 15 días después de enviar la notificación, el reclamante podrá cumplir con el requisito de prueba de pérdida mediante el envío a Cigna de una declaración por escrito sobre la naturaleza y el alcance de la pérdida, dentro del plazo establecido en la sección "Pruebas de pérdida". También puede obtener los formularios de reclamación necesarios a través de www.cigna.com en *HealthCare* (atención médica), *Important Forms* (formularios importantes), o bien, puede llamar al servicio de atención al cliente al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación.

Recordatorios sobre las reclamaciones:

- ASEGÚRESE DE USAR SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO Y SU NÚMERO DE CUENTA CUANDO PRESENTE FORMULARIOS DE RECLAMACIÓN O CUANDO LLAME A SU OFICINA DE RECLAMACIONES DE Cigna.
 - SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO FIGURA EN SU TARJETA DE ID.
 - SU NÚMERO DE CUENTA ES EL NÚMERO DE PÓLIZA DE 7 DÍGITOS QUE FIGURA EN SU TARJETA DE ID.
- CUANDO PRESENTE UNA RECLAMACIÓN, ASEGÚRESE DE SEGUIR ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN EN EL DORSO DEL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN.

Prueba de pérdida: si la Póliza estipula pagos periódicos por una pérdida permanente, Cigna debe recibir la prueba de pérdida por escrito en un plazo de 90 días después de que finalice cada período del cual Cigna es responsable. En el caso de cualquier otra pérdida, la prueba de pérdida se debe enviar en un plazo de 90 días después de dicha pérdida. Si no fue razonablemente posible presentar la prueba de pérdida por escrito en el plazo obligatorio, Cigna no reducirá ni denegará la reclamación por este motivo, siempre y cuando la prueba se envíe tan pronto como sea razonablemente posible. De cualquier forma, excepto en el caso de incapacidad legal, la prueba obligatoria se debe presentar a más tardar un año después del plazo especificado.

Asignación de los pagos de reclamaciones:

Los pagos por beneficios médicos se asignan al proveedor; cuando le asigna beneficios a un proveedor, se considera que ha asignado la cantidad total del reembolso por los beneficios adeudados en dicha reclamación. 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 reembolsarle al paciente. En virtud de los contratos de Cigna con los proveedores, deben asignarse todas las reclamaciones de los proveedores contratados.

Reconoceremos y consideraremos cualquier asignación que se haga en virtud de esta Póliza, únicamente si:

1. se ejecuta debidamente a través de un formulario que consideremos aceptable;
2. tenemos archivada una copia;
3. es realizada por un Proveedor que tenga autorización para ejercer en los Estados Unidos.

Cuando los beneficios se les paguen a usted o a sus dependientes, usted o sus dependientes son responsables de pagarle al proveedor no participante, y el pago que nosotros le hagamos a usted será el cumplimiento de nuestra obligación.

No asumimos responsabilidad alguna por la validez o efectividad de una asignación.

Plazo de pago de las reclamaciones: los beneficios se pagarán inmediatamente después de que se reciba la prueba de pérdida debida.

Pago de las reclamaciones: los beneficios se le pagarán a la Persona asegurada. Es posible que Cigna le pague una porción o el total de cualquier indemnización provista por servicios de atención médica al proveedor de dichos servicios, a menos que la Persona asegurada indique lo contrario por escrito al momento de la presentación de las pruebas de pérdida. Cigna no puede exigir que los servicios sean prestados por un proveedor de servicios de atención médica en particular.

Procedimientos de determinación de reclamaciones

Procedimientos sobre determinaciones de necesidad médica

En general, para que la Póliza cubra los servicios y beneficios de salud, estos deben ser Necesarios por razones médicas. 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 establece 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 Necesarios por razones médicas, 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 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 solicitan una determinación de necesidad médica previa a la atención, Cigna le notificará a la Persona asegurada o a su representante acerca de la determinación, en un plazo de 2 días hábiles después de recibir la solicitud, siempre y cuando no se requiera información adicional. No obstante, si se necesita más tiempo debido a cuestiones ajenas a Cigna, Cigna le notificará a la Persona asegurada o a su representante en un plazo de dos días hábiles después de recibir la solicitud. Esta notificación incluirá 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 falta información necesaria en la solicitud, la notificación también especificará qué información se necesita, y la Persona asegurada o su representante le deberán proporcionar la información específica a Cigna, en un plazo de 45 días después de recibir la notificación. El período de determinación se suspenderá en la fecha en que Cigna envíe la notificación que indique la falta de información y se reanudará en la fecha en que la Persona asegurada o su representante respondan a 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 un funcionamiento pleno, o bien, (b) según el criterio de un médico que conozca la afección médica de la Persona asegurada, le hicieran sentir un dolor intenso que no puede controlarse sin los servicios solicitados, Cigna tomará la determinación previa al servicio en forma acelerada. El revisor médico de Cigna, previa consulta con el médico a cargo de su tratamiento, decidirá si es necesaria una determinación acelerada. Cigna le notificará a la Persona

asegurada o a su representante acerca de la determinación acelerada, en un plazo de 24 horas después de recibir la solicitud. Las determinaciones relacionadas con los Medicamentos que requieren receta médica para tratar el dolor provocado por el cáncer se tomarán en un plazo de 24 horas. No obstante, si falta información necesaria en la solicitud acelerada, Cigna se lo notificará a la Persona asegurada o a su representante, en un plazo de un día calendario después de recibir la solicitud, y le indicará qué información se necesita. La Persona asegurada o su representante deberán proporcionarle a Cigna la información especificada, en un plazo de 48 horas después de recibir la notificación. Cigna le notificará a la Persona asegurada o a su representante acerca de la determinación acelerada de beneficios, en un plazo de 48 horas después de que la Persona asegurada o su representante respondan a la notificación. Las determinaciones se pueden comunicar en forma oral y, en un plazo de 3 días calendario, mediante una notificación escrita o electrónica.

Si la Persona asegurada o su representante no siguen los procedimientos de Cigna para solicitar una determinación de necesidad médica previa al servicio obligatoria, Cigna les notificará sobre el incumplimiento en cuestión y describirá los procedimientos adecuados para presentar la solicitud en un plazo de 5 días (o 24 horas, si es necesaria una determinación acelerada, según lo descrito anteriormente) después de recibir la solicitud. Esta notificación se puede proporcionar en forma oral, a menos que la Persona asegurada o su representante soliciten una notificación por escrito.

Determinaciones de necesidad médica simultáneas

Cuando se haya aprobado un tratamiento continuo para una Persona asegurada y esta desee extender la aprobación, la Persona asegurada o su representante deben solicitar una determinación de necesidad médica simultánea obligatoria, 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 acerca de la determinación dentro en un plazo de 24 horas después de recibir la solicitud.

Determinaciones de necesidad médica posteriores al servicio

Cuando una Persona asegurada o su representante soliciten una determinación de necesidad médica posterior a la prestación de los servicios, Cigna les notificará acerca de la determinación en un plazo de dos días hábiles después de recibir la solicitud. No obstante, si se necesita más tiempo para tomar la determinación debido a cuestiones ajenas a Cigna, Cigna les notificará a la Persona asegurada o a su representante en un plazo de dos días hábiles después de recibir 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 falta información necesaria en la solicitud, la notificación también especificará qué información se necesita, y la Persona asegurada o su representante le deberán proporcionar la información específica a Cigna, en un plazo de 45 días después de recibir la notificación. El período de determinación se suspenderá en la fecha en que Cigna envíe la notificación que indique la falta de información y se reanudará en la fecha en que la Persona asegurada o su representante respondan a la notificación.

Determinaciones sobre reclamaciones posteriores al servicio

Cuando una Persona asegurada o su representante soliciten el pago de servicios ya prestados, Cigna les notificará acerca de la determinación del pago de la reclamación, en un plazo de 30 días después de recibir la solicitud. No obstante, si se necesita más tiempo para tomar la determinación debido a cuestiones ajenas a Cigna, Cigna les notificará a la Persona asegurada o a su representante en un plazo de 30 días después de recibir 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 falta información necesaria en la solicitud, la notificación también especificará qué información se necesita, y la Persona asegurada o su representante deberán proporcionar la información específica en un plazo de 45 días después de recibir la notificación. El

período de determinación se suspenderá en la fecha en que Cigna envíe la notificación que indique la falta de información y se reanuda en la fecha en que la Persona asegurada o su representante respondan a 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 la reclamación; (2) el motivo o los motivos específicos de la determinación adversa; (3) una referencia a las cláusulas específicas del plan sobre las que se basó la determinación; (4) una descripción de cualquier material o información adicionales necesarios para perfeccionar la reclamación y una explicación de por qué dicho material o información son necesarios; (5) mediante solicitud previa y sin cargo, una copia de cualquier regla, pauta, protocolo u otro criterio similar interno, en los que se basó para tomar la determinación adversa respecto de su reclamación y una explicación del criterio científico o clínico que se tuvo en cuenta para tomar una determinación en función de una necesidad médica, un tratamiento experimental u otro límite o exclusión similar; (6) información acerca de cualquier oficina de asistencia al consumidor de seguros de salud o de defensa de derechos disponible para brindarle asistencia durante el proceso de apelación; y (7) en el caso de una reclamación relacionada con atención de urgencia, una descripción del proceso de revisión acelerada aplicable a dicha reclamación.

Primas

El monto de la prima mensual figura en la página de especificaciones que se envió junto con esta Póliza. Este monto de la prima mensual se aplica a todas las personas cuyo pago mensual se deduce directamente de su cuenta corriente.

Usted será responsable de un cargo adicional de \$45 en concepto de cualquier cheque o transferencia electrónica de fondos que se nos devuelva sin pagar.

Su prima puede modificarse ocasionalmente, entre otros motivos, debido a lo siguiente:

- a. La eliminación o incorporación de nuevas Personas aseguradas que reúnan los requisitos
- b. Un cambio en la edad de cualquier Persona asegurada que tenga como resultado una prima más alta
- c. Un cambio de residencia

Estos cambios entrarán en vigor el primer día del mes siguiente al cambio, a menos que se especifique lo contrario en la notificación de su Póliza.

Asimismo, Cigna se reserva el derecho de modificar la prima mediante el envío de una notificación, 75 días antes de la fecha de renovación propuesta. Sin embargo, no modificaremos el cronograma de primas de manera individual, sino que lo haremos únicamente para todas las Personas aseguradas que pertenezcan a la misma clase y estén cubiertas por la misma Póliza que usted. La modificación entrará en vigor en la fecha que figura en la notificación y el pago de las nuevas primas indicará la aceptación de la modificación.

Cigna no aceptará el pago directo o indirecto de las primas de ninguna persona o entidad que no sean usted, sus familiares u Otro responsable de los pagos autorizado, salvo que Cigna lo permita expresamente por escrito.