



Cigna-HealthSpring TotalCare (HMO D-SNP) ofrecido por Cigna

# NOTIFICACIÓN ANUAL DE CAMBIOS PARA 2020

En este momento, usted está inscrito como miembro de Cigna-HealthSpring TotalCare (HMO SNP). El próximo año, los costos y los beneficios del plan sufrirán algunos cambios. *Este cuadernillo le brinda información sobre los cambios.*

## Qué tiene que hacer ahora

### 1. PREGUNTE: Qué cambios le afectan.

- Fíjese qué cambios se hicieron en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
  - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que pueda cubrir sus necesidades el próximo año.
  - ¿Los cambios afectan los servicios que usted usa?
  - En las Secciones 1.1 y 1.5 encontrará información sobre los cambios en los beneficios y los costos que se implementarán en nuestro plan.
  
- Fíjese en el cuadernillo qué cambios se hicieron en nuestra cobertura de medicamentos con receta para ver si le afectan.
  - ¿Los medicamentos que toma estarán cubiertos?
  - ¿Los medicamentos que toma están en un nivel diferente, con costos compartidos diferentes?
  - ¿Alguno de los medicamentos que toma tiene restricciones nuevas, como necesitar nuestra aprobación antes de que le despachen su receta?
  - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay algún cambio en el costo de usar esta farmacia?
  - Consulte la Lista de medicamentos de 2020 y, en la Sección 1.6, encontrará información sobre los cambios que se implementarán en nuestra cobertura de medicamentos.
  - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado respecto del año pasado. Consulte a su médico acerca de alternativas de menor costo que puedan estar a su disposición; esto puede permitirle ahorrar en los costos de desembolso anuales durante el año. Para obtener información adicional acerca de los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos tableros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también incluyen otra información sobre los precios de los medicamentos año a año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus propios medicamentos.
  
- Fíjese si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
  - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas con los que se atiende regularmente, están en nuestra red?
  - ¿Y los hospitales u otros proveedores que usa?
  - En la Sección 1.3 encontrará información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

- Piense en sus costos de cuidado de la salud totales.
- ¿Cuánto gastará de su bolsillo para pagar los servicios y los medicamentos con receta que usa regularmente?
  - ¿Cuánto gastará en su prima y en los deducibles?
  - En cuanto a los costos totales de su plan, ¿qué diferencia hay con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está conforme con nuestro plan.

**2. COMPARE:** Conozca otras opciones de planes.

- Consulte la cobertura y los costos de los planes disponibles en su área.
- Use la función de búsqueda personalizada del Localizador de planes de Medicare que se encuentra en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en *Find health & drug plans* (Buscar planes de salud y de medicamentos).
  - Revise la lista incluida en la parte de atrás del manual Medicare y usted.
  - En la Sección 3.2 podrá obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que haya encontrado un plan preferido, confirme sus costos y la cobertura en el sitio web del plan.

**3. ELIJA:** Decida si desea cambiar de plan.

- Si desea **conservar** Cigna-HealthSpring TotalCare (HMO SNP), no es necesario que haga nada. Seguirá siendo miembro de Cigna-HealthSpring TotalCare (HMO SNP).
- Si desea **cambiarse a otro plan** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, podrá hacerlo del 15 de octubre al 7 de diciembre. En la Sección 3.2, página 12 podrá obtener más información sobre sus opciones.

**4. INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, afíliese a un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2019**.

- Si no se afilia a otro plan antes del **7 de diciembre de 2019**, seguirá siendo miembro de Cigna-HealthSpring TotalCare (HMO SNP).
- Si se afilia a otro plan entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre de 2019**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2020.

**Recursos adicionales**

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-800-668-3813 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).  
Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
- Para que le proporcionemos información de manera que la entienda bien, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se indican en la Sección 7.1 de este cuadernillo). Podemos suministrarle información en braille, letra grande y otros formatos alternativos si la necesita.
- **La cobertura en virtud de este Plan reúne los requisitos para ser considerada una cobertura de salud calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

**Acerca de Cigna-HealthSpring TotalCare (HMO D-SNP)**

- Cigna-HealthSpring tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato.
  - Cuando este cuadernillo dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Cigna. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Cigna-HealthSpring TotalCare (HMO D-SNP).
-

**Resumen de costos importantes para 2020**

La siguiente tabla compara los costos de 2019 con los costos de 2020 de Cigna-HealthSpring TotalCare (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web [www.cignamedicare.com](http://www.cignamedicare.com). También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo. Si reúne los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por su deducible, sus visitas al consultorio del médico y sus hospitalizaciones como paciente internado.

<b>Costo</b>	<b>2019 (este año)</b>	<b>2020 (próximo año)</b>
<b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser más alta o más baja que este importe. Consulte los detalles en la Sección 1.1.	\$0 o \$21.40*	\$0 o \$25.60*
<b>Deducible</b>	\$0 o \$225*	\$0 o \$225*
<b>Visitas al consultorio del médico</b>	Visitas de cuidado primario: Coseguro del 0% o 20%* por visita  Visitas a especialistas: Coseguro del 0% o 20%* por visita	Visitas de cuidado primario: Coseguro del 0% o 20%* por visita  Visitas a especialistas: Coseguro del 0% o 20%* por visita
<b>Hospitalizaciones como paciente internado</b> Incluye los servicios hospitalarios para pacientes internados con afecciones agudas, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria como paciente internado comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día antes de ser dado de alta es su último día como paciente internado.	Días 1-6: Copago de \$0 o \$300* por día  Días 7-90: Copago de \$0 por día	Días 1-5: Copago de \$0 o \$390* por día  Días 6-90: Copago de \$0 por día
<b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</b> (Consulte los detalles en la Sección 1.6).	Deducible: \$0, \$85 o \$415*  Copago o Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel de medicamento 1: Coseguro del 25% o copago de \$0/\$1.25/\$3.40/15%* para los genéricos o copago de \$0/\$3.80/\$8.50/15%* para todos los demás medicamentos por suministro para un mes</li> </ul>	Deducible: \$0, \$89 o \$435*  Copago o Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel de medicamento 1: Coseguro del 25% o copago de \$0/\$1.30/\$3.60/15%* para los genéricos o copago de \$0/\$3.90/\$8.95/15%* para todos los demás medicamentos por suministro para un mes</li> </ul>
<b>Desembolso máximo</b> Lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte los detalles en la Sección 1.2).	\$6,700  Si reúne los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no debe pagar ningún costo de desembolso hasta alcanzar el desembolso máximo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$6,700  Si reúne los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no debe pagar ningún costo de desembolso hasta alcanzar el desembolso máximo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

\* El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid o "Ayuda Adicional".

**Notificación anual de cambios para 2020**

**Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2020 .....</b>	<b>3</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año.....</b>	<b>5</b>
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual.....	5
Sección 1.2 Cambios en su desembolso máximo .....	5
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores .....	5
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias.....	6
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos.....	6
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D .....	9
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos .....</b>	<b>11</b>
<b>SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir .....</b>	<b>12</b>
Sección 3.1 Si quiere quedarse en nuestro plan .....	12
Sección 3.2 Si quiere cambiar de plan .....	12
<b>SECCIÓN 4 Cambio de plan .....</b>	<b>13</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid .....</b>	<b>13</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta .....</b>	<b>13</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Preguntas? .....</b>	<b>14</b>
Sección 7.1 Cómo recibir ayuda de nuestro plan .....	14
Sección 7.2 Cómo recibir ayuda de Medicare .....	15
Sección 7.3 Cómo recibir ayuda de Medicaid.....	15

**SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año****Sección 1.1 Cambios en la prima mensual**

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (Usted además debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0 o \$21.40*	\$0 o \$25.60*
<b>Prima mensual de los beneficios complementarios opcionales</b>	\$7.30	No se ofrece

\* El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid.

**Sección 1.2 Cambios en su desembolso máximo**

Con el objetivo de protegerle, Medicare les exige a todos los planes de salud que limiten lo que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se llama “desembolso máximo”. Una vez que usted alcance esta suma, generalmente no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Desembolso máximo</b> <b>Dado que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan alguna vez este desembolso máximo.</b> Si reúne los requisitos para la asistencia con los copagos y los deducibles de la Parte A y la Parte B a través de Medicaid, no debe pagar ningún costo de desembolso hasta alcanzar el desembolso máximo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos y los deducibles) se computan para su desembolso máximo. La prima de su plan y sus costos por los medicamentos con receta no se computan para su desembolso máximo.	\$6,700	\$6,700 Una vez que haya pagado \$6,700 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

**Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores**

Nuestra red de proveedores sufrirá algunos cambios para el próximo año. Podrá encontrar un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web [www.cignamedicare.com](http://www.cignamedicare.com). También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias* por correo. **Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias de 2020* para averiguar si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) pertenecen a nuestra red.**

Es importante que sepa que es posible que hagamos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varios motivos por los cuales su proveedor puede irse de su plan; pero si su médico o especialista efectivamente se van de su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos garantizar un acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para notificarle que su proveedor dejará de pertenecer a nuestro plan con una anticipación de al menos 30 días, para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que siga manejando sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si usted se está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que se esté realizando. Nosotros trabajaremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si usted cree que no le hemos ofrecido un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no se está manejando adecuadamente, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista se irá de su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y a manejar sus necesidades de cuidado de la salud.

#### Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta puede depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *únicamente* si le despachan la receta en una de nuestras farmacias de la red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el año próximo. Podrá encontrar un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web [www.cignamedicare.com](http://www.cignamedicare.com). También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias* por correo. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2020 para ver qué farmacias están incluidas en nuestra red.**

#### Sección 1.5 Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que la *Notificación anual de cambios* le informa los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

La cobertura de determinados servicios médicos cambiará el próximo año. La información incluida a continuación describe estos cambios. Para conocer detalles de la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, de su *Evidencia de cobertura* de 2020. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web [www.cignamedicare.com](http://www.cignamedicare.com). También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Referencias</b>	Se requiere una referencia de su PCP.	No se necesita una referencia, pero, de todos modos, debe atenderse con un médico de nuestra red.



Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Servicios dentales</b>	<p>Usted paga un coseguro del 0% o el 20% por los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Si reúne los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga un coseguro del 0%.</p> <p>Los servicios dentales preventivos complementarios no están cubiertos.</p>	<p><b>Es posible que se necesite autorización para los servicios dentales preventivos complementarios.</b></p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o el 20% por los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Si reúne los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga un coseguro del 0%.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los siguientes servicios dentales preventivos complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– un examen cada seis meses</li> <li>– una radiografía de aleta de mordida por año calendario</li> <li>– una radiografía intrabucal periapical por año calendario</li> <li>– una radiografía panorámica de toda la boca o serie completa intrabucal cada 36 meses</li> <li>– una limpieza cada seis meses</li> </ul>
<b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</b>	<p>Usted cumple con los requisitos para recibir un medidor de glucosa cada dos años y 200 tiras reactivas para medir la glucosa por período de 30 días.</p>	<p>Usted cumple con los requisitos para recibir un medidor de glucosa y un dispositivo de monitorización continua de glucosa cada dos años. También cumple con los requisitos para recibir 200 tiras reactivas para medir la glucosa o tres sensores por período de 30 días, según qué modelo de medidor use.</p>
<b>Atención hospitalaria como paciente internado</b>	<p>Usted paga un copago de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Días 1-6: \$0 o \$300 por día</li> <li>– Días 7-90: \$0 por día</li> </ul> <p>Por cada hospitalización cubierta por Medicare.</p> <p>Si reúne los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga un copago de \$0.</p>	<p>Usted paga un copago de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Días 1-5: \$0 o \$390 por día</li> <li>– Días 6-90: \$0 por día</li> </ul> <p>Por cada hospitalización cubierta por Medicare.</p> <p>Si reúne los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga un copago de \$0.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Cuidado de salud mental como paciente internado</b>	<p>Usted paga un copago de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Días 1-5: \$0 o \$324 por día</li> <li>– Días 6-90: \$0 por día</li> </ul> <p>Por cada hospitalización para cuidado de la salud mental cubierta por Medicare.</p> <p>Si reúne los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga un copago de \$0.</p>	<p>Usted paga un copago de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Días 1-5: \$0 o \$350 por día</li> <li>– Días 6-90: \$0 por día</li> </ul> <p>Por cada hospitalización para cuidado de la salud mental cubierta por Medicare.</p> <p>Si reúne los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga un copago de \$0.</p>
<b>Servicios de tratamiento para el consumo de opioides</b>	<p>Medicare no cubre estos servicios.</p>	<p><b>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</b></p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o 20% por los servicios de tratamiento para el consumo de opioides cubiertos por Medicare.</p> <p>Si reúne los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga un coseguro del 0%.</p>
<b>Servicios de hospitalización parcial</b>	<p>Usted paga un coseguro del 0% o 20% por los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Si reúne los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga un coseguro del 0%.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 0% o 15% por los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Si reúne los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga un coseguro del 0%.</p>
<b>Servicios de un médico, médico general u otro profesional de cuidado de la salud</b>	<p>Usted paga un coseguro del 0% o 20% por cada visita a un médico de cuidado primario cubierta por Medicare.</p> <p>Si reúne los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga un coseguro del 0%.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 0% o 20% por cada visita a un médico de cuidado primario cubierta por Medicare y cada visita a un médico de telesalud de MD Live cubierta por Medicare.</p> <p>Si reúne los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga un coseguro del 0%.</p>
<b>Cuidado en un centro de cuidados especiales (SNF, por sus siglas en inglés)</b>	<p>Usted paga un copago de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Días 1-20: \$0 por día</li> <li>– Días 21-100: \$0 o \$172 por día</li> </ul> <p>Por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare.</p> <p>Si reúne los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga un copago de \$0.</p>	<p>Usted paga un copago de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Días 1-20: \$0 por día</li> <li>– Días 21-100: \$0 o \$178 por día</li> </ul> <p>Por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare.</p> <p>Si reúne los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga un copago de \$0.</p>



Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Transporte</b>	Sin cobertura.	<b>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</b> Usted paga un copago de \$0 para un máximo de 50 viajes de ida o de vuelta por año a lugares aprobados por el plan.
<b>Servicios dentales complementarios opcionales</b>	Los beneficios complementarios opcionales están disponibles por una prima adicional (consulte la Sección 1.1). Usted paga un copago de \$0 por los siguientes servicios preventivos complementarios: <ul style="list-style-type: none"> <li>– un examen cada seis meses</li> <li>– una radiografía de aleta de mordida por año calendario</li> <li>– una radiografía de toda la boca o panorámica cada 36 meses</li> <li>– una limpieza cada seis meses</li> </ul>	No se ofrecen servicios dentales complementarios opcionales. El plan básico incluye servicios dentales preventivos. Consulte el beneficio llamado “Servicios dentales” más arriba.

## Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. En este sobre encontrará una copia de nuestra Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos que incluimos en este sobre incluye muchos —*aunque no la totalidad*— de los medicamentos que cubriremos el próximo año. Si no ve algún medicamento que está tomando en esta lista, eso no quiere decir que no esté cubierto. **Para obtener la Lista completa de medicamentos**, llame a Servicio al Cliente (los datos están en la contraportada) o visite nuestro sitio web ([www.cignamedicare.com](http://www.cignamedicare.com)).

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, que incluyen cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Consulte la Lista de medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que esté tomando estén cubiertos el próximo año y para fijarse si habrá alguna restricción.**

Si se ve afectado por algún cambio en la cobertura de medicamentos, usted puede:

- **Trabajar con su médico (u otro proveedor) y pedirle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Recomendamos a nuestros miembros actuales** que pidan una excepción antes del próximo año.
  - Para saber qué debe hacer para pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Servicio al Cliente.
- **Trabajar con su médico (u otro proveedor) para encontrar otro medicamento** que cubramos. Puede llamar a Servicio al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que se usen para tratar la misma afección médica.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal de un medicamento que no esté incluido en el formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar una interrupción en el tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo pedirlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el plazo en que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando este suministro se acabe. Puede cambiar su medicamento por otro cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción en su caso y que cubra su medicamento actual.

Si ha recibido una excepción al formulario para un medicamento este año, la solicitud de excepción al formulario está aprobada hasta la fecha indicada en la carta de aprobación. Solo se necesita una nueva solicitud de excepción al formulario si ha pasado la fecha indicada en la carta.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos comienzan a regir al inicio de cada año. No obstante, durante el año, es posible que realicemos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando hagamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, usted también podrá trabajar con su médico (u otro proveedor) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y brindando otra información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información acerca de los cambios que podríamos realizar en la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*).

### Cambios en los costos de los medicamentos con receta

**Nota:** Si usted está inscrito en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos un documento por separado, llamado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta” (también llamada “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que incluye información sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este documento con este paquete, llame a Servicio al Cliente y pida la “Cláusula adicional LIS”. Los números de teléfono de Servicio al Cliente están en la Sección 7.1 de este cuadernillo.

Hay cuatro “etapas en el pago de medicamentos”. Lo que usted paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa en el pago de medicamentos en la que se encuentre. (Puede encontrar más información sobre las etapas en la Sección 2 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*).

La información que se incluye a continuación muestra los cambios que se implementarán el año próximo en las primeras dos etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: la Etapa de interrupción de cobertura y la Etapa de cobertura de gastos excedentes. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*).

### Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b> Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos hasta que haya alcanzado el deducible anual.	Su deducible es de \$0, \$85 o \$415, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba.	Su deducible es de \$0, \$89 o \$435, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba. (Consulte el documento enviado por separado, llamado “Cláusula adicional LIS”, para conocer su deducible).

**Cambios en el costo compartido de la Etapa de cobertura inicial**

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos de desembolso que usted podría pagar por los medicamentos cubiertos*, de su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que pague el deducible anual, pasará a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos, y <b>usted paga la suya</b>.</p> <p>Los costos de esta fila corresponden a un suministro de un mes (30 días) cuando le despachan su receta en una farmacia de la red que tiene opciones estándar de costo compartido. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de las recetas de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes despachado en una farmacia de la red con opciones estándar de costo compartido:</p> <p><b>Todos los medicamentos del formulario:</b></p> <p>Usted paga el 25% del costo total o un copago de \$0/\$1.25/\$3.40/15%* por los genéricos o un copago de \$0/\$3.80/\$8.50/15%* por todos los demás medicamentos.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$3,820, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa de interrupción de cobertura).</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes despachado en una farmacia de la red con opciones estándar de costo compartido:</p> <p><b>Todos los medicamentos del formulario:</b></p> <p>Usted paga el 25% del costo total o un copago de \$0/\$1.30/\$3.60/15%* por los genéricos o un copago de \$0/\$3.90/\$8.95/15%* por todos los demás medicamentos.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$4,020, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa de interrupción de cobertura).</p>

\* El costo compartido se basa en su nivel de "Ayuda Adicional".

**Cambios en las Etapas de interrupción de cobertura y de cobertura de gastos excedentes**

La Etapa de interrupción de cobertura y la Etapa de cobertura de gastos excedentes son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para personas con costos de medicamentos elevados. **La mayoría de los miembros no llegan a ninguna de estas dos etapas.**

Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

**SECCIÓN 2 Cambios administrativos**

Consulte la siguiente tabla para ver otros cambios importantes en su plan.

Proceso	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Sitio web del plan</b>	El sitio web del plan es <b>www.cignahealthspring.com</b> .	El sitio web del plan es <b>www.cignamedicare.com</b> .
<b>Horario de Servicio al Cliente</b>	<p>Del <b>1 de octubre al 31 de marzo</b>, Servicio al Cliente atiende de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del <b>1 de abril al 30 de septiembre</b>, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local; y los <b>sábados, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.</b>, hora local.</p> <p>Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.</p>	<p>Del <b>1 de octubre al 31 de marzo</b>, Servicio al Cliente atiende de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del <b>1 de abril al 30 de septiembre</b>, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.</p> <p>Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.</p>

Proceso	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Cómo ver la Evidencia de cobertura del plan</b>	La <i>Evidencia de cobertura</i> de 2019 se le envió por correo junto con su <i>Notificación anual de cambios</i> .	La <i>Evidencia de cobertura</i> de 2020 no está incluida en este envío. Consulte la hoja adjunta que incluimos en esta <i>Notificación anual de cambios</i> para saber cómo ver la <i>Evidencia de cobertura</i> en línea o solicitar que le enviemos una copia por correo.

### SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

#### Sección 3.1 Si quiere quedarse en nuestro plan

**Para quedarse en nuestro plan, no tiene que hacer nada.** Si no se inscribe en un plan diferente o no se cambia a Original Medicare, permanecerá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para 2020.

#### Sección 3.2 Si quiere cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si quiere cambiar de plan para 2020, siga estos pasos:

##### Paso 1: Obtenga información sobre sus opciones y compare

- Puede afiliarse a un plan de salud de Medicare diferente,
- –O bien– Puede cambiar por Original Medicare. Si cambia por Original Medicare, tendrá que decidir si se afiliará a un plan de medicamentos de Medicare.

Si cambia por Original Medicare, tendrá que decidir si se afiliará a un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y usted 2020*, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede usar el Localizador de planes de Medicare que se encuentra en el sitio web de Medicare para encontrar información sobre los planes de su área. Ingrese en <https://www.medicare.gov> y haga clic en *Find health & drug plans* (Buscar planes de salud y de medicamentos). **Aquí encontrará información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Le recordamos que Cigna ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden tener una cobertura, primas mensuales y sumas de costo compartido diferentes.

##### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar por un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el plan nuevo. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar por Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar por Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, usted debe:
  - Enviarnos una solicitud escrita para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están en la Sección 7.1 de este cuadernillo).
  - –O bien– Comunicarse con **Medicare**, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, es posible que Medicare le inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted haya elegido la opción de que no le inscriban automáticamente.

## SECCIÓN 4 Cambio de plan

Si usted quiere cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde ahora hasta el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2020.

### ¿Puedo cambiar en algún otro momento del año?

En algunas situaciones, está permitido hacer cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, las que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen o dejarán de tener una cobertura del empleador, y las que se mudan del área de servicio pueden hacer cambios en otros momentos del año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que entrará en vigor el 1 de enero de 2020 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) del 1 de enero al 31 de marzo de 2020. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. A continuación le brindamos una lista de los Programas Estatales de Asistencia sobre el Seguro Médico en cada estado donde brindamos servicios:

- En Delaware, el SHIP se llama Oficina de Asistencia sobre Medicare de Delaware (DMAB, por sus siglas en inglés).
- En el distrito de Columbia, el SHIP se llama Proyecto de Asesoramiento sobre Seguros de Salud (HICP, por sus siglas en inglés).
- En Maryland, el SHIP se llama Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud para Personas de la Tercera Edad.

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es independiente (no tiene ninguna conexión con ninguna compañía de seguros ni ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del Gobierno Federal para ofrecer asesoramiento **gratuito** sobre seguros de salud locales a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al SHIP de Delaware, la Oficina de Asistencia sobre Medicare de Delaware (DMAB), al 1-302-674-7364 o al 1-800-336-9500; al SHIP del distrito de Columbia, el Proyecto de Asesoramiento sobre Seguros de Salud (HICP), al 1-202-727-8370; o al SHIP de Maryland, el Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud para Personas de la Tercera Edad, al 1-410-767-1100 o al 1-800-243-3425.]

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid, comuníquese con:

- En Delaware: Servicios Sociales y de Salud de Delaware, División de Medicaid y Asistencia Médica, al 1-302-255-9500 o al 1-800-372-2022. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 4:30 p.m.
- En el distrito de Columbia: Departamento de Finanzas del Cuidado de la Salud (Medicaid) al 1-202-442-5988. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:15 a.m. a 4:45 p.m.
- En Maryland: Medicaid/Asistencia Médica, Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland, al 1-410-767-6500 o al 1-800-492-5231. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Pregunte de qué modo inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare afectará la manera en que recibe su cobertura de Medicaid.

## SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que usted reúna los requisitos para obtener ayuda para pagar sus medicamentos con receta. A continuación le brindamos una lista de diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Dado que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda Adicional”, también llamada Subsidio por bajos ingresos. La Ayuda Adicional paga parte del coseguro, de los deducibles anuales y de las primas de sus medicamentos con receta. Dado que usted reúne los requisitos, no tiene una interrupción en la cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta acerca de la Ayuda Adicional, llame a los siguientes números:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;



- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- Su oficina de Medicaid del estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Delaware y Maryland tienen un programa llamado Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta, según su necesidad financiera, edad o afección médica. A continuación le brindamos una lista de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica en cada estado donde brindamos servicios:
  - En Delaware, el SPAP se llama Programa para Enfermedades Renales Crónicas (CRDP, por sus siglas en inglés).
  - En Maryland, los SPAP se llaman SPDAP de Maryland y Programa para Enfermedades Renales de Maryland.
  - No hay ningún SPAP para el distrito de Columbia.

Para obtener más información acerca del programa, consulte a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 5 de este cuadernillo).

- **Asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta para las personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizarles a las personas elegibles para participar en este programa que tienen VIH/SIDA el acceso a los medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. Las personas deben cumplir determinados requisitos, como presentar una constancia de residencia en el estado y de que tienen VIH, tener bajos ingresos según lo definido por el estado y demostrar que no tienen seguro o que tienen un seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP permiten recibir asistencia con los costos compartidos de los medicamentos a través del Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Delaware en Delaware, el Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de DC en el distrito de Columbia o el Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Maryland en Maryland. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al ADAP de Delaware, el Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Delaware, al 1-302-744-1050; al ADAP del distrito de Columbia, el Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de DC, al 1-202-671-4900; o al ADAP de Maryland, el Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Maryland, al 1-410-767-6535 o al 1-800-205-6308.

---

## SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

---

### Sección 7.1 Cómo recibir ayuda de nuestro plan

¿Tiene preguntas? Estamos para servirle. Llame a Servicio al Cliente al 1-800-668-3813 (TTY solamente: llame al 711). Atendemos llamadas telefónicas del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de cobertura de 2020* (contiene detalles sobre los beneficios y costos para el próximo año)**

Esta *Notificación anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios que sufrirán sus beneficios y costos en 2020. Para conocer más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2020* de Cigna-HealthSpring TotalCare (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que tiene que seguir para recibir servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web [www.cignamedicare.com](http://www.cignamedicare.com). También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web [www.cignamedicare.com](http://www.cignamedicare.com). Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).



**Sección 7.2    Cómo recibir ayuda de Medicare**

Para obtener información directamente de Medicare:

**Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Visite el sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). El sitio tiene información sobre costo, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede usar el Localizador de planes de Medicare que se encuentra en el sitio web de Medicare para encontrar información sobre los planes disponibles en su área. (Para ver información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en *Find health & drug plans* [Buscar planes de salud y de medicamentos]).

**Lea Medicare y usted 2020**

Puede leer el Manual *Medicare y usted 2020*. Este manual se envía por correo a las personas que tienen Medicare en otoño de todos los años. Contiene un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y protecciones, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este Manual, puede conseguirla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Sección 7.3    Cómo recibir ayuda de Medicaid**

Para obtener información acerca de Medicaid, puede llamar a los siguientes números:

- En Delaware, Servicios Sociales y de Salud de Delaware, División de Medicaid y Asistencia Médica, al 1-302-255-9500 o al 1-800-372-2022. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- En el distrito de Columbia, al Departamento de Finanzas del Cuidado de la Salud (Medicaid) al 1-202-442-5988. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- En Maryland, Medicaid/Asistencia Médica, Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland, al 1-410-767-6500 o al 1-800-492-5231. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc., HealthSpring of Florida, Inc., Bravo Health Mid-Atlantic, Inc. y Bravo Health Pennsylvania, Inc. El nombre de Cigna, los logotipos y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.