

Cigna HealthCare of Illinois, Inc.

EVIDENCIA DE COBERTURA INDIVIDUAL Y FAMILIAR

Cigna Connect 5500-1

¡ES POSIBLE QUE ESTA EVIDENCIA DE COBERTURA NO SE APLIQUE CUANDO TENGA UN RECLAMO! ¡LEA ESTE AVISO! Cigna HealthCare of Illinois, Inc. le emitió esta **Evidencia de cobertura** sobre la base de la información que Usted proporcionó en Su solicitud. Si tiene conocimiento de que Su solicitud contiene información incorrecta, debe avisarnos de inmediato acerca de la información incorrecta; de lo contrario, es posible que Su Evidencia de cobertura no sea un contrato válido.

AVISO IMPORTANTE

Acceso directo a obstetras y ginecólogos

No se necesita autorización previa del plan ni de ninguna otra persona (como un Proveedor de cuidado primario) para acceder al cuidado obstétrico o ginecológico de un profesional de cuidado de la salud de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de cuidado de la salud deba cumplir con determinados procedimientos, como obtener autorización previa para algunos servicios, seguir un plan de tratamiento previamente aprobado o procedimientos para efectuar Referencias. Para obtener una lista de los profesionales de cuidado de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, visite www.mycigna.com o comuníquese con Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

Selección de un Proveedor de cuidado primario

Esta EOC permite que se designe un Proveedor de cuidado primario. Usted tiene derecho a designar a cualquier Proveedor de cuidado primario que participe en la red y que pueda aceptarles a Usted o a los Miembros de Su familia. Si Su EOC requiere la designación de un Proveedor de cuidado primario, Cigna podrá designarle uno hasta tanto Usted haga su elección. Para obtener información sobre cómo seleccionar un Proveedor de cuidado primario y acceder a una lista de los Proveedores de cuidado primario participantes, visite www.mycigna.com o comuníquese con Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece en la parte de atrás de Su tarjeta de identificación.

Para sus hijos, puede designar a un pediatra como Proveedor de cuidado primario.

Derecho a devolver el contrato

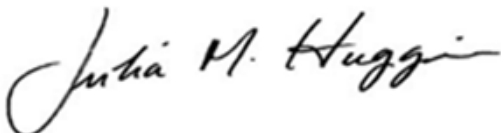
Si por algún motivo no está satisfecho con los términos de esta EOC, podrá devolverla dentro de los 10 días de haberla recibido. En ese caso, cancelaremos Su cobertura a partir de la Fecha de entrada en vigor original y le reembolsaremos de inmediato cualquier Prima que haya pagado. En ese caso, esta EOC será nula desde el principio. No obstante, si la HMO presta servicios o paga reclamos en relación con la persona inscrita o un dependiente durante el período de análisis de 10 días, la persona inscrita no tendrá permitido devolver el contrato y recibir un reembolso de la Prima pagada. Si el Período de inscripción abierta anual o el período de inscripción especial ha vencido al devolver la EOC, Usted deberá esperar hasta el siguiente Período de inscripción abierta anual o período de inscripción especial para inscribirse en un plan.

Si desea comunicarse con Nosotros por este o cualquier otro motivo, escríbanos a:

**Cigna
Individual Services
PO Box 182223
Chattanooga TN 37422**

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

Firmado en nombre de Cigna por:



Julia M. Huggins, President



Anna Krishtul, secretaria corporativa

Índice

Derecho a devolver el contrato	1
INTRODUCCIÓN	6
RESTRICCIONES EN RELACIÓN CON EL ÁREA DE SERVICIO	7
PAPEL DEL MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO	7
CREACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE	7
ELECCIÓN DE UN MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO	7
CAMBIO DE MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO	7
REFERENCIAS A ESPECIALISTAS	8
EXCEPCIONES AL PROCESO DE REFERENCIA	8
REFERENCIA PERMANENTE A UN ESPECIALISTA	8
CONTINUIDAD DEL CUIDADO DURANTE UN PERÍODO DE TRANSICIÓN	9
DEFINICIONES	11
ELEGIBILIDAD	34
SUSCRIPTOR	34
DEPENDIENTE	34
¿CUÁNDO PUEDO PRESENTAR UNA SOLICITUD?	35
CAUSAS ESPECÍFICAS QUE IMPIDEN CUMPLIR CON LOS REQUISITOS PARA RECIBIR	
COBERTURA	40
CONTINUACIÓN	41
INSCRIPCIÓN DUPLICADA	41
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA COBERTURA	41
PAGOS	41
PRIMAS Y PERÍODO DE GRACIA PARA MIEMBROS	41
PRIMAS Y PERÍODO DE GRACIA PARA LOS MIEMBROS QUE ADQUIRIERON	
ESTA EOC DE UN PLAN HMO EN EL MERCADO	42
PAGOS DE LOS MIEMBROS	42
SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS	44
SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CUIDADO DE URGENCIA – QUÉ HACER	
SI NECESITA ATENCIÓN DE EMERGENCIA/CUIDADO DE URGENCIA:	44
SERVICIOS DEL MÉDICO	45
SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	46
SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES INTERNADOS	46
SERVICIOS PARA PACIENTES INTERNADOS EN OTROS CENTROS DE	
CUIDADO DE LA SALUD PARTICIPANTES	46
SERVICIO DE AMBULANCIA	47
TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA	47
SERVICIOS BARIÁTRICOS	47
SANGRE Y COMPONENTES DE LA SANGRE	48
TERAPIA Y MEDICAMENTOS CONTRA EL DOLOR EN RELACIÓN CON EL CÁNCER DE SENO	48
CIGNA TELEHEALTH CONNECTION	48
CIRUGÍA ESTÉTICA	50
HOSPITALIZACIÓN/ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES	50
SERVICIOS Y SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS	51
EQUIPO MÉDICO DURADERO	51
TRASTORNO GASTROINTESTINAL EOSINOFÍLICO	52
SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	52
PRUEBAS GENÉTICAS	52
SERVICIOS DE HABILITACIÓN	52
APARATOS AUDITIVOS	53
EXAMEN DE AUDICIÓN	53
SERVICIOS DE CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR	53
ATENCIÓN DE ENFERMOS TERMINALES	54
TRATAMIENTO CON GAMMAGLOBULINA INMUNE	54
INFERTILIDAD	55

APARATOS PROSTÉTICOS/MÉDICOS INTERNOS	56
SERVICIOS DE LABORATORIO Y RADIOLÓGICOS TERAPÉUTICOS Y DE DIAGNÓSTICO	56
MASTECTOMÍA Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS	56
SERVICIOS DE CUIDADO POR MATERNIDAD	57
SUMINISTROS MÉDICOS	57
SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y PARA TRASTORNOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ..	57
SERVICIOS OBSTÉTRICOS Y GINECOLÓGICOS	59
TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS Y CUIDADOS ESPECIALIZADOS RELACIONADOS	59
CIRUGÍA ORTOGNÁTICA	61
SERVICIOS PARA OSTEOPOROSIS	61
SUMINISTROS PARA ESTOMA	61
OXÍGENO	61
PANDAS Y PANS	61
CUIDADO DENTAL PEDIÁTRICO	62
BENEFICIOS DE CUIDADO DE LA VISTA PEDIÁTRICO	62
SERVICIOS DE CUIDADO PREVENTIVO/EXÁMENES DE SALUD PERIÓDICOS	64
PRÓTESIS Y APARATOS ORTOPÉDICOS	68
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA	69
REHABILITACIÓN PULMONAR Y CARDÍACA	70
TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO/LA DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	71
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	71
MEDICAMENTOS CON RECETA CUBIERTOS EN VIRTUD DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS	72
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS INYECTABLES AUTOADMINISTRADOS Y MEDICAMENTOS PARA INFUSIÓN E INYECTABLES	72
MEDICAMENTOS CUBIERTOS EN VIRTUD DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS	72
ADMINISTRACIÓN DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CON RECETA	72
PATIENT ASSURANCE PROGRAM	73
GASTOS CUBIERTOS	74
LOS MEDICAMENTOS CON RECETA CUBIERTOS INCLUYEN, A MODO DE EJEMPLO:	74
EXCLUSIONES DE MEDICAMENTOS CON RECETA	76
LIMITACIONES DE MEDICAMENTOS CON RECETA	78
PROCESO DE AUTORIZACIÓN, EXCEPCIÓN Y APELACIÓN PARA MEDICAMENTOS CON RECETA Y SUMINISTROS RELACIONADOS	79
COBERTURA DE MEDICAMENTOS NUEVOS	80
REEMBOLSO/PRESENTACIÓN DE RECLAMOS	81
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	82
LIMITACIONES DE BENEFICIOS	88
Qué hacer cuando tenga alguna Queja o Apelación (para residentes de Illinois)	88
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	96
DERECHO A RECIBIR Y DIVULGAR INFORMACIÓN	98
BENEFICIOS DE MEDICARE	98
MODIFICACIÓN DE LA EOC	98
MODIFICACIÓN POR LEY O REGLAMENTACIÓN	98
MODIFICACIÓN EN CASO DE INVALIDACIÓN DE LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO	99
MODIFICACIÓN UNIFORME DE LA COBERTURA	99
DISPOSICIONES VARIAS DE LA EOC	99
PROGRAMAS ADICIONALES	99
FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA	100
CANCELACIÓN	100
REHABILITACIÓN	100
RELACIONES	101
NOTIFICACIÓN	101
FRAUDE	101

TOTALIDAD DE LA EOC	101
DIVISIBILIDAD	101
INEXISTENCIA DE RENUNCIA IMPLÍCITA	102
REGISTROS	102
ERROR ADMINISTRATIVO	102
POLÍTICAS ADMINISTRATIVAS RELACIONADAS CON ESTA EOC	102
ACCESO A LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LOS SERVICIOS DE LOS PROVEEDORES	102
EOC VINCULANTE PARA LOS MIEMBROS	102
RENUNCIA A ACCIÓN DE CLASE	102
SOLICITUDES, DECLARACIONES, ETC.....	103
SUCESORES Y CESIONARIOS	103
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN	103
PROGRAMA DE BENEFICIOS.....	104

INTRODUCCIÓN

Esta Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) es un contrato legal entre Usted, como Suscriptor, y Cigna.

En virtud de esta EOC, “Nosotros”, “Nos” y “Nuestro” se refieren a Cigna. “Usted” o “Su” se refieren al Suscriptor cuya solicitud haya sido aceptada por Nosotros en virtud de la EOC emitida. Cuando en esta EOC utilicemos el término “Miembro”, Nos referiremos a Usted y a cualquier Dependiente que cumpla con los requisitos y se encuentre cubierto en virtud de esta EOC.

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

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

Le brindamos cobertura en virtud de esta EOC en función de las respuestas que Usted y Sus Dependientes proporcionaron en la solicitud individual firmada que Usted presentó. En contraprestación por el pago de las Primas que se establecen en esta EOC, les brindaremos a Usted y a Sus Dependientes que tengan cobertura en virtud de la EOC los servicios y beneficios que aquí se enumeran.

SI, DENTRO DE UN PLAZO DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE SU PARTICIPACIÓN EN LA EOC, DESCUBRIMOS UN ACTO FRAUDULENTO O LA TERGIVERSACIÓN U OMISIÓN INTENCIONAL DE INFORMACIÓN SUSTANCIAL, O INFORMACIÓN SUSTANCIAL QUE USTED O ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES CONOCÍAN, PERO NO DIVULGARON EN SU SOLICITUD, PODREMOS RESCINDIR ESTA COBERTURA A PARTIR DE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR ORIGINAL. ADEMÁS, SI DENTRO DE UN PLAZO DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA INCORPORACIÓN DE UN NUEVO(S) DEPENDIENTE(S) (SALVO HIJOS RECIÉN NACIDOS DEL MIEMBRO QUE HAYAN SIDO INCORPORADOS DENTRO DE LOS 60 DÍAS SIGUIENTES AL NACIMIENTO), DESCUBRIMOS UN ACTO FRAUDULENTO O LA TERGIVERSACIÓN INTENCIONAL DE INFORMACIÓN SUSTANCIAL, O INFORMACIÓN SUSTANCIAL QUE USTED O ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES CONOCÍAN, PERO NO DIVULGARON EN SU SOLICITUD, PODREMOS RESCINDIR LA COBERTURA PARA EL/LOS DEPENDIENTE(S) ADICIONAL(ES) DESDE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR ORIGINAL DE LA COBERTURA DE DICHA(S) PERSONA(S). **EN CASO DE QUE RESCINDAMOS SU COBERTURA, SE LO NOTIFICAREMOS CON 30 DÍAS DE ANTICIPACIÓN Y LE REEMBOLSAREMOS TODAS LAS PRIMAS QUE USTED HAYA PAGADO POR SU EOC, MENOS LA CANTIDAD CORRESPONDIENTE A CUALQUIER RECLAMO PAGADO POR CIGNA. LA RESCISIÓN DE SU COBERTURA TENDRÁ COMO CONSECUENCIA LA DENEGACIÓN DE TODOS LOS RECLAMOS QUE SE ENCUENTREN PENDIENTES Y, EN EL CASO DE QUE LOS PAGOS DE RECLAMOS SUPEREN EL TOTAL DE LA PRIMA PAGADA, LOS RECLAMOS PAGADOS ANTERIORMENTE POR CIGNA SE RECHAZARÁN EN FORMA RETROACTIVA, LO CUAL LE OBLIGARÁ A USTED A PAGAR AL PROVEEDOR LA TOTALIDAD DE LOS SERVICIOS BRINDADOS A LA TARIFA QUE FACTURA HABITUALMENTE EL PROVEEDOR, NO A LA TARIFA NEGOCIADA POR CIGNA.**

Mientras esté cubierto en virtud de esta EOC, Cigna no impondrá reglas sobre elegibilidad ni variaciones en la prima en función de su estado de salud, su afección médica, sus antecedentes de reclamos, la recepción de cuidados de la salud, sus antecedentes médicos, su información genética, evidencia de asegurabilidad, incapacidad o cualquier otro factor relacionado con su estado de salud. No le discriminaremos con respecto a la cobertura en virtud de esta EOC por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, identidad de género ni orientación sexual. Las variaciones en la administración, los procesos o los beneficios de esta EOC que se basen en prácticas de gestión médica razonables e indicadas clínicamente, o que formen parte de incentivos de bienestar, desincentivos y/u otros programas permitidos no constituyen discriminación.

RESTRICCIONES EN RELACIÓN CON EL ÁREA DE SERVICIO

Esta EOC incluye una restricción en relación con el Área de servicio que requiere que todos los Miembros reciban servicios en el área de servicio definida. La cobertura fuera del Área de servicio definida se limita a Servicios de emergencia y Afecciones médicas de emergencia únicamente.

PAPEL DEL MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO

Creación de la relación médico/paciente

Mediante su inscripción, Usted elige recibir servicios y beneficios en virtud de la sección “Servicios y beneficios cubiertos” prestados o coordinados por un Médico de cuidado primario. El Médico de cuidado primario mantiene una relación médico/paciente con los Miembros que lo eligen como tal. El Médico de cuidado primario es responsable ante Cigna por brindar y/o coordinar Servicios médicos y Servicios hospitalarios en relación con las necesidades de cuidado de la salud generales de dichos Miembros.

Elección de un Médico de cuidado primario

Un Médico de cuidado primario puede cumplir un rol importante en lo que hace a satisfacer necesidades de cuidado de la salud brindando o coordinando la atención médica para cada Miembro. Por este motivo, cuando Usted se inscriba como Miembro, se le pedirá que elija un Médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Su PCP le proporcionará atención médica regular y le ayudará a coordinar sus cuidados. Podrá elegir su PCP llamando al número de teléfono de Servicio al Cliente que aparece en Su tarjeta de identificación o visitando Nuestro sitio web en www.mycigna.com. El Médico de cuidado primario que seleccione para Usted puede ser diferente del Médico de cuidado primario que elija para cada uno de Sus Dependientes. Usted tiene derecho a designar a cualquier Médico de cuidado primario que participe en Nuestra red, y que pueda aceptarle a Usted o a Sus Dependientes. Si Usted no elige un PCP, seleccionaremos uno por Usted.

Cambio de Médico de cuidado primario

Usted puede cambiar voluntariamente Su PCP, pero no más de una vez en cualquier mes calendario. Nos reservamos el derecho de determinar la cantidad de veces en que podrá cambiar de PCP durante un Año. Para solicitar un cambio de un Médico de cuidado primario a otro, ingrese en mycigna.com, haga clic en *Manage My Health Team* (Administrar mi equipo de salud), luego en *Additional info on PCP selection* (Información adicional sobre la selección de un PCP) y siga las instrucciones que aparezcan. También puede comunicarse con Nosotros al número de Servicio al Cliente que aparece en Su tarjeta de identificación. Además, si en algún momento el Médico de cuidado primario deja de ser un Proveedor participante, se lo notificaremos con 30 días de anticipación para que seleccione un nuevo Médico de cuidado primario.

Si Su PCP abandona la red

Si Su PCP o Especialista de la red deja de ser un Médico participante, le notificaremos por escrito de su finalización inminente al menos 60 días antes de la fecha en que el PCP abandonará la red y le brindaremos ayuda para seleccionar un nuevo PCP o identificar un nuevo Especialista de la red que continúe prestando los Servicios cubiertos. Si no elige un PCP después de que le notifiquen que Su PCP ya no participa en la EOC, seleccionaremos un PCP por Usted. Si está recibiendo tratamiento de un Proveedor participante en el momento en que se extinga el acuerdo de Proveedor participante de dicho profesional, salvo que dicha extinción sea por incompetencia médica o falta de conducta profesional, es posible que Usted cumpla con los requisitos para seguir atendándose con ese Proveedor.

Referencias a especialistas

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

Excepciones al proceso de Referencia

Si Usted es una Miembro de sexo femenino, puede visitar a un Proveedor participante calificado para recibir servicios obstétricos y ginecológicos cubiertos, según se definen en la sección “Servicios y beneficios cubiertos”, sin obtener una Referencia de Su PCP. No necesita una Referencia de un PCP para hacer visitas Virtuales a un Médico de Cigna Telehealth Connection.

Si Usted es un Miembro de menos de 19 años, puede visitar a un dentista por Beneficios dentales pediátricos o a un Proveedor de servicios de la vista de la red de Cigna por Beneficios de cuidado de la vista pediátrico sin una Referencia de Su PCP.

No necesita una Referencia de Su PCP para Servicios de emergencia, según se definen en la sección “Definiciones”. En caso de emergencia, pida ayuda de inmediato. Diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano, o llame o pida a alguien que llame al 911 o a Su servicio de emergencias local, a la policía o al departamento de bomberos para pedir ayuda. No necesita una Referencia de Su PCP para Servicios de emergencia, pero sí debe llamar a Su PCP lo antes posible para recibir más asistencia y consejos sobre el cuidado de seguimiento.

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

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

También puede visitar a un Proveedor participante calificado para recibir Servicios de cuidado de la vista pediátrico y Servicios de cuidado dental pediátricos cubiertos, según se definen en la sección “Servicios y beneficios cubiertos”, sin una Referencia de Su PCP.

Referencia permanente a un especialista

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

1. Usted es un Miembro cubierto en virtud de la EOC del plan HMO de Cigna;
2. Tiene una enfermedad o afección con riesgo de vida, degenerativa, crónica o discapacitante;
3. Su PCP, junto con un Especialista de la red, determina que Su cuidado requiere de los conocimientos de otro Proveedor;

4. Su PCP determina que Su enfermedad o afección requerirán atención médica continua por un período prolongado;
5. Su PCP hace la Referencia permanente a un Especialista de la red que será responsable de brindarle Sus cuidados especializados y coordinarlos; y
6. El Especialista de la red cuenta con la autorización de Cigna para prestar los servicios en virtud de la Referencia permanente.

Es posible que limitemos la cantidad de visitas y el período en el cual Usted puede recibir una Referencia permanente. Una Referencia permanente puede mantenerse en vigor hasta 12 meses, y Su PCP puede renovarla múltiples veces. Si recibe una Referencia permanente o cualquier otra Referencia de Su PCP, esa Referencia permanecerá en vigor incluso si el PCP deja de ser un Médico participante. Si el especialista a cargo del tratamiento deja la red de Cigna o Usted deja de ser un Miembro cubierto, la Referencia permanente vencerá.

Continuidad del cuidado durante un período de transición

Si Su PCP o Especialista de la red deja la red de Proveedores de cuidado de la salud de Cigna, por motivos que no sean la extinción de un contrato en situaciones en las que existe un daño inminente para un paciente o una medida disciplinaria definitiva tomada por un organismo estatal de expedición de licencias, y sigue ejerciendo dentro del Área de servicio de esta EOC, Usted puede seguir recibiendo un tratamiento en curso de dicho Médico durante el período de transición:

1. De 90 días desde la fecha en que Cigna le notifique que Su Médico dejó de ser un Proveedor de la red si Usted está recibiendo un tratamiento en curso; o
2. Si Usted ingresó en el tercer trimestre de embarazo en el momento en que recibe la notificación de que Su Médico dejó de ser un Proveedor de la red, puede recibir cuidados de transición de dicho Médico hasta el parto y la atención posparto relacionada con el parto.
3. En cualquiera de las instancias anteriores, Su Médico debe aceptar lo siguiente:
 - a) Seguir aceptando reembolsos de Cigna a las tarifas aplicables antes del comienzo del período de transición;
 - b) Cumplir con los requisitos de aseguramiento de la calidad de Cigna y brindar la información médica necesaria relacionada con el cuidado de transición; y
 - c) Cumplir de otra forma con las políticas y procedimientos de Cigna, que incluyen, a modo de ejemplo, procedimientos relacionados con Referencias y con la obtención de autorizaciones previas para recibir tratamiento.
4. Usted debe solicitar los servicios de transición por escrito dentro de los 30 días siguientes a recibir la notificación de que Su PCP o Médico especialista dejó de ser un Proveedor de la red. Dentro de los 15 días de Su solicitud, Cigna le notificará si Su solicitud para recibir servicios de transición fue denegada porque Su Médico no estuvo de acuerdo con una o más de las condiciones enumeradas en el punto 3 anterior. Esta notificación se cursará por escrito e incluirá los motivos específicos de la denegación.

Si Usted se inscribió recientemente, y Su Médico no es miembro de la red de Proveedores de Cigna, pero se encuentra dentro del Área de servicio de esta EOC, Usted puede seguir recibiendo un tratamiento en curso de ese Médico durante un período de transición:

1. De 90 días desde la Fecha de entrada en vigor de la cobertura en virtud de esta EOC si usted está recibiendo un tratamiento en curso; o
2. Si Usted ingresó en el tercer trimestre de embarazo en la Fecha de entrada en vigor de Su cobertura en virtud de esta EOC o antes de dicha fecha, puede recibir cuidados de transición de dicho Médico hasta el parto y la atención posparto relacionada con el parto.

3. En cualquiera de las instancias anteriores, Su Médico debe aceptar lo siguiente:
 - a. Aceptar reembolsos de Cigna a las tarifas establecidas por Nosotros; estas tarifas corresponderán al nivel de reembolso aplicable a Médicos similares dentro de la Red para dichos servicios;
 - b. Cumplir con los requisitos de aseguramiento de la calidad de Cigna y brindar la información médica necesaria relacionada con el cuidado de transición; y
 - c. Cumplir de otra forma con las políticas y procedimientos de Cigna, que incluyen, a modo de ejemplo, procedimientos relacionados con Referencias y con obtener autorizaciones previas para recibir tratamiento.
4. Usted debe solicitar los servicios de transición por escrito dentro de los 15 días siguientes a recibir la notificación de que los servicios de cuidado de transición están disponibles. Dentro de los 15 días de Su solicitud, Cigna le notificará si Su solicitud para recibir servicios de transición fue denegada porque Su Médico no estuvo de acuerdo con una o más de las condiciones enumeradas en el punto 3 anterior. Esta notificación se cursará por escrito e incluirá los motivos específicos de la denegación.

Nota: El cuidado de transición no le brinda cobertura para beneficios o servicios que esta EOC no cubra de otra forma.

Si está internado en un Hospital

Si Usted está internado en un Hospital en la fecha de entrada en vigor de Su cobertura, debe notificarnos dicha hospitalización dentro de los dos (2) días o tan pronto como sea razonablemente posible luego de que ocurra. Cuando Usted se convierte en Miembro de Cigna, acepta permitirle a Cigna asumir la coordinación directa del cuidado de Su salud. Nos reservamos el derecho de transferirle para que le atienda un Proveedor participante y/o Hospital participante si el Director médico de Cigna, en consulta con el médico que le esté atendiendo, determina que el traslado es médicamente seguro.

Si Usted se encuentra hospitalizado en la fecha de entrada en vigor de la cobertura y no nos notifica esta hospitalización, se niega a permitirnos que coordinemos Sus cuidados o se niega a ser transferido para atenderse con un Proveedor participante u Hospital participante, no tendremos la obligación de pagar los gastos médicos u hospitalarios relacionados con Su hospitalización luego de los primeros dos (2) días después de que comience Su cobertura.

Circunstancias especiales

Esta EOC no cubre los gastos incurridos en concepto de servicios prestados por Proveedores no participantes, salvo en las situaciones limitadas que se describen debajo. Su costo compartido por los Gastos cubiertos incurridos en concepto de los servicios de un Proveedor no participante en estas circunstancias especiales se indica en el Programa de beneficios.

Usted será responsable únicamente por la cantidad de los Gastos cubiertos del Proveedor no participante en los que habría incurrido si hubiera recibido los servicios de un Proveedor Dentro de la red. Nos aseguraremos de que se le mantenga indemne por cualquier cantidad que supere el porcentaje de Copago, Deducible y Coseguro que Usted habría pagado si hubiera recibido los servicios de un Proveedor participante. Le brindaremos una explicación de beneficios y le solicitaremos que Nos notifique si el Proveedor no participante le factura a Usted cantidades que superan la cantidad que Nosotros pagamos. En ese caso, resolveremos cualquier cantidad que el Proveedor no participante le facture y que supere la cantidad que Nosotros pagamos, de conformidad con la disposición que indica que le mantendremos indemne por cualquier cantidad que supere lo que Usted habría pagado por los mismos servicios si los hubiera recibido de un Proveedor participante.

▪ **Servicios de emergencia**

Los Gastos cubiertos incurridos por el tratamiento de una Afección médica de emergencia proporcionado en el departamento de emergencias de un Hospital no participante se cubren según se describe en el Programa de beneficios. Los gastos incurridos por los servicios de un Proveedor no participante después de que el paciente haya sido Estabilizado y su afección permita trasladarlo a un Hospital participante y/o al cuidado de un Médico participante no están cubiertos.

▪ **Otras circunstancias**

Los Gastos cubiertos por servicios que no son de emergencia y que son Médicamente necesarios de un Proveedor no participante se pagarán conforme al Costo compartido de los Proveedores participantes que se detalla en el Programa de beneficios en los siguientes casos:

- cuando tiene una Referencia de Su PCP participante a un Proveedor no participante; o
- cuando no hay un Proveedor participante disponible que pueda prestar esos servicios, o
- por cualquier otro motivo por el que determinemos que es mejor para Usted recibir servicios de un Proveedor no participante.

Para todas las situaciones que se enumeran arriba, Usted debe obtener Autorización previa antes de atenderse con un Proveedor no participante.

DEFINICIONES

Farmacia minorista con despacho para 90 días

una Farmacia minorista participante que brinda todos los Servicios cubiertos de cualquier otra Farmacia minorista participante y, además, a través de un acuerdo con Cigna o con una organización que celebra contratos en nombre de Cigna, despacha un suministro para hasta 90 días de Medicamentos con receta y Suministros relacionados. Tenga en cuenta que no todas las Farmacias participantes son Farmacias minoristas para 90 días; sin embargo, todas las Farmacias participantes pueden brindar un suministro para 30 días de los Medicamentos con receta y Suministros relacionados.

Tercero responsable del pago aceptable

se refiere a uno o más de los siguientes:

1. el Programa Ryan White sobre VIH/SIDA establecido en virtud del título XXXVI de la Ley de Servicios de Salud Pública;
2. una tribu indígena, organización tribal u organización indígena urbana;
3. un programa gubernamental local, estatal o federal, incluido un beneficiario al que un programa gubernamental le ha indicado realizar pagos en su nombre; o
4. una entidad privada que (i) está constituida como una organización sin fines de lucro en virtud de leyes estatales, (ii) ha recibido una determinación del Servicio de Impuestos Internos de que la entidad califica para una exención del impuesto sobre el ingreso federal en virtud del artículo 501(c)(3), título 26 del U.S.C. y (iii) realiza pagos en Su nombre basándose exclusivamente en los criterios públicamente disponibles y de ninguna manera considera el estado de salud de un Miembro para determinar si realizará o no tales pagos en Su nombre.

Crédito fiscal por las primas por adelantado (APTC, por sus siglas en inglés)	se refiere a un subsidio federal disponible para personas y familias que procuran adquirir un seguro de salud y que ganan menos del 400% del Nivel de pobreza federal (FPL, por sus siglas en inglés). Este subsidio ayuda a pagar sus Primas del seguro de salud a fin de que tenga un precio más razonable.
Anual, Año calendario, Año	significa un período de 12 meses que comienza cada 1 de enero a las 12:01 a.m., hora del Centro.
Período de inscripción abierta anual	significa el período designado durante cada Año calendario en el que las personas pueden solicitar cobertura para el Año siguiente. El gobierno federal establece el Período de inscripción abierta anual, y las fechas de inicio y finalización están sujetas a cambios cada Año.
Análisis conductual aplicado	se refiere al diseño, a la implementación y a la evaluación de modificaciones ambientales usando estímulos y consecuencias conductuales para producir mejoras socialmente significativas en el comportamiento humano, incluido el uso de la observación directa, medición y análisis funcional de las relaciones entre el entorno y el comportamiento.
Trastornos del espectro autista	se refiere a cualquiera de los siguientes trastornos, según se definen en la edición más reciente del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (American Psychiatric Association): trastornos autistas, trastorno de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado.
Programa de beneficios	La parte de esta EOC que identifica los Copagos, el Coseguro, los Deducibles y los máximos aplicables.
Centro de maternidad	se refiere a un centro para pacientes ambulatorios con licencia que brinda alojamiento para el parto a pacientes de maternidad de bajo riesgo. El Centro de maternidad debe cumplir con todos los siguientes requisitos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tener un personal organizado de parteras certificadas, Médicos y otro personal capacitado; 2. Tener el equipo médico necesario; 3. Tener un contrato escrito que estipule el traslado a un hospital si es necesario; y 4. Cumplir con cualquier reglamentación estatal o local aplicable.
Soporte	es un Aparato o dispositivo ortopédico que mantiene o sostiene en su posición correcta a una parte del cuerpo movable y que permite el movimiento de esa parte.
Medicamento de marca (De marca)	significa un Medicamento con receta que Cigna identifica como Medicamento de marca en su cartera de clientes, basándose principalmente en los recursos de datos disponibles, incluidos a modo de ejemplo, First DataBank u otra fuente de indicadores de medicamentos con reconocimiento nacional, que clasifican los medicamentos o los productos biológicos como productos De marca o Genéricos según diversos factores. Es posible que no todos los

productos identificados como “De marca” por el fabricante, la Farmacia o su Médico estén clasificados como Medicamentos de marca de acuerdo con la Póliza.

Equipo de decisiones comerciales

es un comité conformado por representantes con y sin derecho de voto de diversas unidades de negocios de Cigna o sus afiliadas, que está debidamente autorizado por Cigna para hacer recomendaciones respecto del tratamiento de la cobertura de los Medicamentos con receta y Suministros relacionados en función de hallazgos clínicos del Comité de P&T, inclusive a modo de ejemplo, decisiones acerca de la colocación en niveles y la aplicación de la administración de la utilización a Medicamentos con receta y Suministros relacionados.

Cargos

significa los cargos reales facturados, salvo cuando el Proveedor tenga un contrato con Cigna por una cantidad diferente, incluso cuando Cigna haya celebrado contrato directa o indirectamente con una entidad para coordinar la prestación de Servicios cubiertos a través de contratos con los Proveedores de dichos servicios y/o suministros.

Cigna

se refiere a Cigna HealthCare of Illinois, Inc., una organización de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) constituida en virtud de las leyes del estado de IL. Cigna es una de las partes de la EOC.

Centro de trasplantes de Cigna LifeSOURCE

es un centro con un programa de trasplantes que está incluido en la red de Cigna LifeSOURCE Transplant Network®.

Director médico de Cigna

se refiere a un Médico o la persona que este designe que tenga a su cargo la dirección y administración de los Médicos participantes.

Cigna Telehealth Connection

es un Servicio cubierto proporcionado a través de medios Virtuales.

Médico de Cigna Telehealth Connection

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

Servicio de un Médico de Cigna Telehealth Connection

significa una visita de telesalud, iniciada por el Miembro y proporcionada por un Médico de Cigna Telehealth Connection, que brinda tratamiento Virtual para afecciones médicas agudas menores, como resfríos, gripe, dolor de garganta, sarpullido o dolor de cabeza. Nota: La red que proporciona Médicos de Cigna Telehealth Connection es distinta de la red de la EOC y solo está disponible para los servicios que se detallan en “Cigna Telehealth Connection”, en la sección “Servicios y beneficios cubiertos” de esta EOC.

Unión civil

significa que tanto parejas homosexuales como heterosexuales pueden celebrar una Unión civil con todas las obligaciones, protecciones y derechos legales que Illinois brinda a las parejas heterosexuales casadas.

Copago

significa una tarifa predeterminada para visitas al consultorio de un médico, recetas o servicios hospitalarios que el Miembro paga en el momento de recibir el servicio.

Cirugía estética

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

Costo compartido

es la cantidad de Deducible, Copago y Coseguro que Usted debe pagar en virtud de la EOC.

Gastos cubiertos

son los gastos incurridos por Servicios cubiertos en virtud de esta EOC y que Cigna evaluará para el pago en virtud de esta EOC. Los Gastos cubiertos incluyen:

- La Tarifa negociada por Servicios cubiertos prestados por Proveedores participantes.
- El Cargo máximo reembolsable por Servicios cubiertos prestados por Proveedores no participantes.

Según lo determinado por Cigna, los Gastos cubiertos incluirán todos los cargos incurridos por una entidad que ha celebrado contrato directa o indirectamente con Cigna para coordinar, a través de contratos con Proveedores, la prestación de Servicios cubiertos.

Los Gastos cubiertos también pueden estar limitados por otros máximos o términos específicos descritos en esta EOC. Los Gastos cubiertos se encuentran sujetos a los Deducibles aplicables y otros límites a los beneficios. Se considera que se incurre en un gasto en la fecha en que el Miembro recibe el servicio o suministro respecto del cual se presenta el reclamo. Los Gastos cubiertos pueden ser inferiores a la cantidad efectivamente facturada.

Servicios cubiertos

son servicios o suministros Médicamente necesarios que:

- a. se encuentran mencionados en las secciones de beneficios de esta EOC, y
- b. no están específicamente excluidos de la EOC, y
- c. son prestados por un Proveedor que:
 - (i) cuenta con licencia de acuerdo con todas las leyes estatales y federales aplicables,
 - (ii) si es un Hospital, cuenta con la certificación de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Salud o de otra organización que cuente con la debida licencia, y
 - (iii) actúa dentro del alcance de su licencia y acreditación (si corresponde).

Cuidados de custodia/Servicios de custodia

comprende todos los servicios de resguardo, protección o salvaguarda. Dichos servicios incluyen una estadía en una unidad institucional, cuidado en el hogar o servicios de enfermería para atender a una persona en razón de su edad o su condición física o mental. Este servicio tiende a ayudar fundamentalmente a la persona en su vida cotidiana. Los Cuidados de custodia también se refieren a servicios médicos proporcionados principalmente a fin de mantener el estado de salud actual de una persona. Estos servicios no pueden tener como propósito mejorar una afección médica; su objetivo es proporcionar atención en casos en que el paciente no puede cuidar de sí mismo.

Los Servicios de custodia comprenden, a modo de ejemplo:

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

Días

se refiere a días calendario, a menos que se indique expresamente lo contrario.

Deducible

significa la cantidad de Gastos cubiertos que cada Miembro debe pagar por los Servicios cubiertos cada Año antes de que los beneficios se encuentren disponibles en virtud de esta EOC.

Prótesis dentales

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

Dependiente

se refiere a las personas de la familia del Suscriptor que reúnen los requisitos de elegibilidad de la disposición "Dependientes" incluida en la sección "Elegibilidad" y que están inscritos en virtud de la EOC.

Equipos para la diabetes

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

Capacitación para el autocontrol de la diabetes

se refiere a una instrucción en un entorno para pacientes ambulatorios que permite que un paciente diabético comprenda el proceso de control de la diabetes y el manejo diario del tratamiento de esta enfermedad como un medio para evitar las hospitalizaciones frecuentes y las complicaciones.

Productos farmacéuticos y suministros para la diabetes

incluyen, entre otros, monitores de glucosa en sangre incluidos en la Lista de medicamentos con receta de Cigna; tiras reactivas para los monitores de glucosa en sangre; monitores de glucosa en sangre específicos; tiras para lectura visual y tiras reactivas para orina; comprimidos que miden la glucosa, cetonas y proteínas; lancetas y dispositivos de lancetas; insulina y análogos de insulina; adaptadores para inyecciones, incluidos dispositivos utilizados para ayudar con la inyección de insulina y sistemas sin aguja; jeringas y agujas; recipientes para desechar materiales biológicos peligrosos; agentes orales con y sin receta para controlar los niveles de azúcar en sangre; y botiquines de emergencia de glucagón.

Equipo médico duradero

se refiere a artículos que:

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

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

Fecha de entrada en vigor

es la fecha en la cual comienza la cobertura en virtud de esta EOC para Usted y para cualquiera de Sus Dependientes.

Afección médica de emergencia

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

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

Servicios de emergencia

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

Beneficios de salud esenciales

se refiere a Gastos cubiertos en, al menos, una de las siguientes categorías: servicios para pacientes ambulatorios, Servicios de emergencia, hospitalización, cuidado por maternidad y del recién nacido, servicios de Salud mental y para Trastornos de consumo de sustancias, incluido el tratamiento de la salud del comportamiento, Medicamentos con receta, servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación, servicios de laboratorio, servicios preventivos y de bienestar, y servicios pediátricos y de control de enfermedades crónicas, incluido el cuidado bucodental y de la vista.

Evidencia de cobertura (EOC)

se refiere al documento de Evidencia de cobertura y al Programa de beneficios del plan individual de Cigna HealthCare of Illinois, Inc., así como a cualquier otro documento adjunto que se describa en este instrumento, la Solicitud de inscripción y cualquier modificación posterior de cualquier parte de la EOC.

Procedimiento Experimental, En investigación y No comprobado

un medicamento, dispositivo o tratamiento o procedimiento médico se considera Experimental, En investigación o No comprobado si:

- no ha obtenido aprobación para su comercialización por parte de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos al momento de ser suministrado, y dicha aprobación es exigida por ley; o
- existe evidencia confiable que demuestra que está sujeto a un estudio clínico de fase I, II o III en curso o que se está estudiando para determinar su máxima dosis tolerada, toxicidad, seguridad, eficacia o eficacia en comparación con el estándar actual de tratamiento o diagnóstico; o
- su seguridad y eficacia para el tratamiento o evaluación de la afección o enfermedad para la cual se propone no han sido probadas mediante la literatura científica existente basada en evidencias y revisada por colegas médicos; o
- existe evidencia confiable que demuestra que el consenso de opinión entre expertos indica que son necesarios más estudios o estudios clínicos para determinar su máxima dosis tolerada, toxicidad, seguridad, eficacia o eficacia en comparación con el método estándar de tratamiento del diagnóstico.

Evidencia confiable se refiere únicamente a lo siguiente: informes y artículos publicados en literatura médica y científica con autoridad revisada por colegas médicos; protocolos escritos o protocolos del centro a cargo del tratamiento u otros centros que estudian sustancialmente el mismo Medicamento, dispositivo o tratamiento o procedimiento médico; o el consentimiento informado médico que utiliza el centro a cargo del tratamiento u otros centros que estudian sustancialmente el mismo Medicamento, dispositivo o tratamiento o procedimiento médico.

Deducible familiar

se refiere al deducible que se aplica si Usted tiene un plan familiar y Usted y uno o más de los Miembros de Su familia están asegurados en virtud de esta EOC. Es una acumulación del Deducible individual pagado por cada Miembro de la familia por Gastos cubiertos correspondientes a Servicios médicos y de Medicamentos con receta cubiertos durante un Año. Cada Miembro puede aportar, como máximo, la cantidad del Deducible individual al Deducible familiar. Una vez que se cumpla con la cantidad del Deducible familiar en un Año, los Deducibles individuales restantes no se aplicarán durante el resto del Año. La cantidad del Deducible familiar se describe en el Programa de beneficios de esta EOC.

Grupo familiar

se refiere al grupo de personas compuesto por el Suscriptor y sus Dependientes que están inscritos para recibir cobertura en virtud de esta EOC. El término “Miembro de la familia” se refiere a cualquiera de estas personas.

Desembolso máximo familiar

se aplica si Usted tiene un plan Familiar y Usted y uno o más de los Miembros de Su familia se encuentran asegurados en virtud de esta EOC. Es una acumulación del Deducible, el Coseguro y los Copagos acumulados por cada Miembro de la familia durante un Año. Cada Miembro puede aportar, como máximo, la cantidad del Desembolso

individual al Desembolso máximo familiar. Una vez que se haya cumplido con el Desembolso máximo familiar correspondiente a un Año, Usted y los Miembros de Su familia ya no serán responsables de pagar el Coseguro o los Copagos por los Servicios médicos o de Medicamentos con receta cubiertos recibidos de Proveedores participantes correspondientes a Gastos cubiertos incurridos durante el resto de ese Año. Las multas por falta de cumplimiento no se tienen en cuenta respecto del Desembolso máximo familiar, y siempre las pagará Usted. La cantidad del Desembolso máximo familiar se describe en la sección “Programa de beneficios” de esta EOC.

Centro quirúrgico independiente para pacientes ambulatorios

significa una institución que satisface los siguientes requisitos:

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

Proveedor en país extranjero

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

Medicamento genérico (o Genérico)

significa un Medicamento con receta que Cigna identifica como un Medicamento genérico en su cartera de clientes, basándose principalmente en los recursos de datos disponibles, incluidos a modo de ejemplo, First DataBank u otra fuente de indicadores de medicamentos con reconocimiento nacional, que clasifican los medicamentos o los productos biológicos (incluidos los productos biosimilares) como productos De marca o Genéricos según diversos factores. Es posible que no todos los productos identificados como “Genéricos” por el fabricante, la Farmacia o su Médico estén clasificados como Medicamentos genéricos de acuerdo con la EOC.

Servicios de habilitación

se refiere a terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla y otros servicios que el Médico a cargo del tratamiento del Miembro indica de conformidad con un plan de tratamiento para mejorar la capacidad de un niño de hacer uso de sus facultades con un trastorno congénito, genético o de adquisición temprana. Los “trastornos congénitos o genéticos” incluyen, a modo de ejemplo, trastornos hereditarios. Los “trastornos de adquisición temprana” se refieren a trastornos ocasionados por una enfermedad, un traumatismo, una lesión u otro evento o afección que un niño sufra antes de desarrollar habilidades funcionales de la vida, como, por ejemplo, caminar, hablar o habilidades de autoayuda. Los trastornos congénitos, genéticos y de adquisición temprana pueden incluir, a modo de ejemplo, autismo o trastornos del espectro autista, parálisis cerebral y otros trastornos

ocasionados por una enfermedad, una lesión o un traumatismo sufrido durante la infancia temprana.

Agencias de salud en el hogar y Asociaciones de enfermeras en el hogar

significa Proveedores de cuidado de la salud en el hogar que cuentan con licencia de acuerdo con las leyes estatales y locales para prestar servicios de cuidados especiales y otros servicios durante visitas a Su hogar. Dichas personas deben ser aprobadas como Proveedores de cuidado de la salud en el hogar en virtud de Medicare y la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Salud.

Programa de atención de enfermos terminales

significa un programa coordinado e interdisciplinario diseñado para satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales de las personas moribundas y sus familias; un programa que proporciona servicios médicos, de enfermería y otros servicios de salud paliativos y de apoyo que se prestan en el hogar o como paciente internado durante la enfermedad; y un programa para personas que tienen una Enfermedad terminal y para las familias de esas personas.

Servicios de atención de enfermos terminales

se refiere a servicios médicos, de enfermería y otros servicios de salud paliativos y de apoyo, que se prestan en el hogar o como paciente internado, que son Gastos cubiertos brindados por: (a) un Hospital participante, (b) un Centro de cuidados especiales participante o una institución similar, (c) una agencia de cuidado de la salud en el hogar participante, (d) un Centro de atención de enfermos terminales, o (e) cualquier otro centro o agencia con licencia que opere en virtud de un Programa de atención de enfermos terminales, que es un Programa de atención de enfermos terminales participante aprobado por Medicare.

Centro para enfermos terminales

significa una institución participante, o parte de ella, que presta principalmente cuidados para Enfermos terminales; es un centro de atención de enfermos terminales aprobado por Medicare; cumple con las normas establecidas por Cigna; y cumple con todos los requisitos de la licencia del estado o la localidad donde opera.

Hospital

significa:

- una institución que ha obtenido una licencia para operar como hospital, que: (a) cuenta en el establecimiento con todos los centros necesarios para el tratamiento médico y quirúrgico; (b) proporciona dicho tratamiento mediante hospitalización, a cambio de una compensación, bajo la supervisión de Médicos; y (c) proporciona servicio las 24 horas a cargo de Enfermeras tituladas registradas; o
- una institución que cumple con los requisitos para operar como Hospital, Hospital psiquiátrico, y un Proveedor de servicios de Medicare, si tal institución contara con la certificación de hospital de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Salud para el tratamiento o diagnóstico apropiados; o
- una institución que: (a) se especializa en el tratamiento de la Salud mental y los Trastornos de consumo de sustancias u otras enfermedades relacionadas; (b) proporciona programas de tratamiento residencial; y (c) cuenta con licencia de acuerdo con las leyes de la agencia legalmente autorizada que corresponda.

El término Hospital no incluye ninguna institución o centro en que una parte significativa de las actividades incluya el descanso, la recreación, el tiempo libre o cualquier otro servicio que no sea exclusivamente un Servicio cubierto.

Enfermedad Programa de salud para indígenas

significa una dolencia, un trastorno o una afección de un Miembro. solo se aplica a un Miembro que es amerindio o nativo de Alaska,

- cualquier programa de salud administrado directamente por el Servicio de salud para indígenas;
- cualquier Programa de salud tribal; y
- cualquier organización de tribus indígenas o tribal a la cual la Secretaría brinde fondos conforme al artículo 47, título 25, capítulo 2 del Código de los Estados Unidos.

Deducible individual

es la cantidad de Gastos cubiertos incurridos por servicios médicos y de Medicamentos con receta cubiertos prestados por Proveedores participantes que Usted debe pagar cada Año antes de que esté disponible cualquier beneficio. La cantidad del Deducible individual se describe en el Programa de beneficios.

Desembolso máximo individual

El Desembolso máximo individual es una acumulación de Gastos cubiertos. Incluye Deducibles, Copagos y Coseguros por Servicios cubiertos médicos y de Medicamentos con receta. Una vez que se haya cumplido con el Desembolso máximo individual correspondiente al Año por Gastos cubiertos, Usted ya no será responsable de pagar ningún Coseguro ni Copago por los servicios médicos o de farmacia correspondientes a Gastos cubiertos incurridos durante el resto de ese Año. Las multas por falta de cumplimiento no se tienen en cuenta respecto del Desembolso máximo individual, y siempre las pagará Usted. La cantidad del Desembolso máximo individual se describe en la sección "Programa de beneficios" de esta EOC.

Infertilidad	es la afección de una persona —que, de no ser por este problema, se presumiría que está saludable— que no puede concebir o producir la concepción durante un período de un Año de haber mantenido relaciones sexuales sin protección; o la incapacidad de llevar a término un embarazo.
Medicamentos para infusión e inyectables	son medicamentos indicados o recetados por un Médico y administrados bajo la supervisión de un profesional de cuidado de la salud. Estos medicamentos incluyen, a modo de ejemplo, factor y suministros para hemofilia, reemplazo de enzimas e inmunoglobulina intravenosa. Estos medicamentos de especialidad pueden requerir Autorización previa o Tratamiento escalonado. Consulte la sección “Beneficios de Medicamentos con receta” de esta EOC para obtener información sobre la Autorización previa y el Tratamiento escalonado.
Lesión	significa una lesión corporal accidental.
Institución	significa un establecimiento que provee comida, refugio y algún tratamiento o servicio a cuatro personas o más no emparentadas con el propietario.
Medicamentos de distribución limitada (LDD, por sus siglas en inglés)	son medicamentos con requisitos especiales que se utilizan para tratar afecciones que afectan solo a un pequeño porcentaje de la población. Debido a esto, es posible que el fabricante elija limitar la distribución del medicamento solo a algunas farmacias o según lo recomiende la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para el medicamento como condición para aprobarlo. Este tipo de distribución restringida ayuda al fabricante a controlar el inventario del medicamento, educar a los farmacéuticos que los despachan sobre el control necesario requerido y garantizar que se minimice cualquier riesgo asociado.
Mercado	significa un Mercado estatal, un Mercado asociado con el estado o un Mercado dirigido federalmente, según sea el caso.

Cargo máximo reembolsable

es la cantidad que Cigna considerará un Gasto cubierto para un Proveedor no participante. Cigna calcula el Cargo máximo reembolsable de la siguiente forma:

- **Para Gastos cubiertos por Servicios de emergencia prestados por un Proveedor no participante en el Departamento de emergencias de un Hospital o Servicios de emergencia prestados en el Departamento de emergencias de un Hospital o centro no participante,** la cantidad acordada entre el Hospital o Proveedor no participante y Cigna o, si no se acordó una cantidad, **la cantidad que resulte mayor entre** las siguientes, sin superar los Cargos facturados del Proveedor no participante:
 - La mediana negociada con Proveedores participantes/Dentro de la red de Cigna por los mismos servicios, o
 - La cantidad máxima que Cigna pagaría por un Proveedor Fuera de la red para una situación que no es de emergencia, o
 - La cantidad pagadera en virtud del programa de Medicare
- **Para Gastos cubiertos por Servicios que no son de emergencia, la cantidad que resulte menor entre:**
 - El cargo normal del Proveedor por un servicio o suministro similar; o
 - Un porcentaje de una tabla de tarifas elaborada por Cigna que se basa en una metodología similar a una usada por Medicare para determinar la tarifa permitida para el mismo servicio o un servicio similar en el mercado geográfico.

Servicios médicos

significa, excepto que la EOC los limite o excluya, los servicios profesionales prestados por Médicos u Otros profesionales de la salud participantes, que incluyen servicios médicos, quirúrgicos, de diagnóstico, terapéuticos y preventivos autorizados por Cigna según se especifica en la sección “Servicios y beneficios cubiertos”.

Medicamento necesario(s)/ Necesidad médica

hace referencia a los servicios o suministros que el Director médico de Cigna determine que cumplen con **todos** los requisitos enumerados a continuación:

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

El hecho de que un Proveedor haya recetado, indicado, recomendado o aprobado un servicio, suministro, tratamiento o Internación, de por sí, no hace que sea Medicamento necesario ni que constituya una Necesidad médica.

Medicare

significa el programa de beneficios de atención médica brindado en virtud del Título XVIII de la Ley de Seguro Social de 1965, con sus modificaciones.

Miembro	significa una persona inscrita conforme a esta EOC que tiene derecho a recibir servicios y beneficios en virtud de ella, incluso el Suscriptor y Su(s) Dependiente(s).
Centro de tratamiento residencial de Salud mental o Trastornos de consumo de sustancias	<p>significa una institución que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ se especializa en el tratamiento de trastornos psicológicos y sociales que son el resultado de afecciones de Salud mental y/o Trastornos de consumo de sustancias; ▪ proporciona un programa de tratamiento psicoterapéutico estructurado para casos subagudos, bajo la supervisión de Médicos, otros profesionales de cuidado de la salud con licencia bajo la supervisión directa de un médico o un profesional de cuidado de la salud independiente con licencia de un estado para brindar dichos servicios y trabajar dentro del alcance de su licencia (Asistente médico, Enfermera practicante); ▪ proporciona atención las 24 horas del día, durante las cuales la persona vive en una unidad abierta; y ▪ cuenta con una licencia de acuerdo con las leyes de la agencia legalmente autorizada correspondiente para operar como un centro de tratamiento residencial.
Salud mental	se define como un trastorno que afecta el comportamiento, la reacción emocional y los procesos de pensamiento; estos incluyen, a modo de ejemplo: depresión, psicosis, manía u otros síntomas psicológicos.
Tarifa negociada	significa los Cargos facturados o la tarifa de pago que se ha negociado con un Proveedor participante por Servicios cubiertos, lo que sea menor.
Recién nacido	designa a un bebé hasta los 31 días de vida.
Especialista de la red	se refiere a un Médico especialista que es parte de la Red de Proveedores participantes de la HMO de la EOC en el momento en que se prestan los servicios.
Farmacia no participante (Farmacia fuera de la red)	es una Farmacia minorista con la cual Cigna NO ha celebrado un contrato para brindar servicios de despacho de Medicamentos con receta a los Miembros; o una Farmacia de entrega a domicilio con la cual Cigna NO ha celebrado un contrato para brindar servicios de pedido por correo de Medicamentos con receta a los Miembros.

**Proveedor no participante
(Proveedor fuera de la red)**

es un Proveedor que no tiene un acuerdo de Proveedor participante en vigor con Cigna para esta EOC en el momento en que se prestan los servicios.

Visita al consultorio

significa una visita de la Persona asegurada —que es el paciente— al consultorio de un Médico, durante la cual se brindan exclusivamente uno o más de los 3 servicios específicos que se mencionan a continuación:

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

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

**Aparatos ortopédicos y
dispositivos ortopédicos**

son prótesis o artículos de ortopedia que se utilizan para apoyar, alinear, prevenir o corregir deformidades.

**Otro centro de cuidado de la
salud participante (Dentro de
la red)**

significa cualquier centro, que no sea un Hospital o un Centro para enfermos terminales participante, operado por Cigna o que tiene un contrato con Cigna para prestar servicios a los Miembros. Otros centros de cuidado de la salud participantes incluyen, a modo de ejemplo, centros de cuidados especiales con licencia, hospitales de rehabilitación y centros de cuidados subagudos. Otros centros de cuidado de la salud participantes (Dentro de la red) NO incluyen centros de cuidados a largo plazo, centros residenciales, hogares en los que se prestan cuidados, hogares de ancianos o centros de vivienda asistida.

**Otro profesional de cuidado
de la salud participante
(Dentro de la red)**

designa a una persona que no es un Médico, que tiene una licencia o algún otro tipo de autorización en virtud de la ley estatal aplicable para proporcionar Servicios médicos y que tiene un contrato con Cigna para prestar servicios a los Miembros. Otros profesionales de la salud participantes incluyen, a modo de ejemplo, a fisioterapeutas, enfermeras tituladas y auxiliares de enfermería con licencia.

Desembolso máximo

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

**Proveedor
participante (Dentro de la red)**

designa una institución con licencia que es un Hospital de cuidados agudos en virtud de la ley estatal aplicable y que tiene un contrato con Cigna para prestar Servicios hospitalarios a los Miembros.

**Farmacia participante
(Farmacia dentro de la red)**

es una Farmacia minorista con la cual Cigna ha celebrado un contrato para brindar servicios de despacho de Medicamentos con receta a los Miembros; o una Farmacia de entrega a domicilio designada con la cual Cigna ha celebrado un contrato para brindar servicios de entrega a domicilio de Medicamentos con receta a los Miembros.

Proveedor participante (Dentro de la red) se refiere a un Médico de cuidado primario/Proveedor de cuidado primario (PCP) u otro Médico que tiene un contrato con Cigna para prestar Servicios médicos a los Miembros.

Proveedor participante (Dentro de la red) se refiere a

- Hospitales participantes, Médicos participantes y Otros centros de cuidado de la salud participantes: (i) que tienen licencia de conformidad con todas las leyes federales y estatales aplicables, (ii) están acreditados por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Salud o por otra organización, si Cigna lo aprueba, y (iii) actúan dentro del alcance de su licencia y acreditación, y firmaron un contrato con Cigna para prestar servicios a los Miembros; o
- A los fines del reembolso de Gastos cubiertos, una entidad que ha celebrado contrato directa o indirectamente con Cigna para coordinar, a través de contratos con Proveedores, la prestación de servicios y/o suministros, cuyos cargos son Gastos cubiertos.

Farmacia es una farmacia con la licencia adecuada que despacha Medicamentos con receta o Suministros relacionados en un entorno minorista o mediante entrega a domicilio. Una Farmacia de entrega a domicilio es una Farmacia que suministra principalmente Medicamentos con receta y Suministros relacionados a través del servicio de pedido por correo.

Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) significa un comité conformado por médicos clínicos con y sin derecho a voto, que representan una amplia variedad de especialidades clínicas. De conformidad con los requisitos reglamentarios aplicables, el Comité de P&T revisa periódicamente los Medicamentos con receta y Suministros relacionados, incluso nuevos Medicamentos con receta y Suministros relacionados, para verificar su seguridad y eficacia; los hallazgos de dichas revisiones clínicas permiten al Equipo de decisiones comerciales hacer recomendaciones respecto del estado de la cobertura. La revisión del Comité de P&T puede basarse, por ejemplo, en las etiquetas aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, los compendios de referencia médica estándar o estudios científicos publicados en revistas biomédicas revisadas por colegas médicos escritas en inglés.

Médico es un Médico con licencia para ejercer la medicina, o cualquier otro profesional que tenga licencia y esté reconocido como proveedor de servicios de cuidado de la salud en el estado en el cual reside el Miembro; y que brinde servicios cubiertos por la EOC que se encuentren dentro del marco para el cual lo habilita su licencia.

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

Prima	es la cantidad de dinero que Usted paga periódicamente a Cigna para que Usted y Sus Dependientes reciban los servicios y beneficios cubiertos por la EOC.
Medicamento con receta	se refiere a un medicamento, producto biológico (incluido un producto biosimilar) u otro Medicamento con receta que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, determinados Medicamentos con receta aprobados en virtud de la revisión de Implementación en estudios de eficacia de medicamentos, o Medicamentos con receta comercializados antes de 1938 y no sujetos a revisión, que pueden, en virtud de la ley federal o estatal, administrarse únicamente con una Receta médica o renovación. Esta definición incluye los Medicamentos genéricos, Medicamentos de marca y Medicamentos de especialidad.
Lista de medicamentos con receta	es una lista de los Medicamentos con receta y los Suministros relacionados cubiertos. Los Medicamentos con receta y los Suministros relacionados que se incluyen en la Lista de medicamentos con receta han sido aprobados de conformidad con los parámetros establecidos por el Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) y el Equipo de decisiones comerciales. La Lista de medicamentos con receta se revisa y actualiza 4 veces al año a fin de agregar medicamentos nuevos o pasar medicamentos ya incluidos a niveles de costo menores. Los cambios como quitar medicamentos de la Lista de medicamentos con receta o determinar qué medicamentos requerirán Tratamiento escalonado o Autorización previa se realizan una vez al Año en la fecha de renovación del Plan. Puede ver la lista de medicamentos en http://www.cigna.com/ifp-drug-list .
Receta médica	significa la autorización legal para un Medicamento con receta o Suministro relacionado, realizada por un Médico debidamente matriculado para brindar dicha autorización dentro del ejercicio de la práctica profesional de dicho Médico, o cada renovación autorizada de dicho medicamento o suministro.
Médico de cuidado primario/Proveedor de cuidado primario (PCP)	significa un Médico que se dedica a la medicina general, medicina familiar, medicina interna o pediatría, quien, a través de un acuerdo con Cigna, proporciona servicios de salud básicos a los Miembros que lo seleccionan como el Médico principalmente responsable de su atención médica y que coordina servicios especializados para ellos.

Autorización previa

significa la aprobación para determinados servicios médicos o Medicamentos con receta y Suministros relacionados que un Proveedor participante debe solicitar y recibir del Director médico de Cigna para servicios médicos y del Comité de Farmacia y Terapéutica para Medicamentos con receta y Suministros relacionados, antes de que se presten los servicios o se receten los Medicamentos con receta, a fin de que dichos servicios médicos o Medicamentos con receta y Suministros relacionados cumplan con los requisitos para recibir beneficios en virtud de esta EOC. Puede identificar los Medicamentos con receta y Suministros relacionados para los que se necesita Autorización previa en la Lista de medicamentos con receta en <http://www.cigna.com/ifp-drug-list>.

Prótesis/aparatos y dispositivos protésicos

son dispositivos artificiales diseñados para reemplazar la totalidad o parte de un brazo o una pierna. Las Prótesis/aparatos y dispositivos protésicos incluyen, a modo de ejemplo:

- prótesis básicas para extremidades;
- dispositivos terminales, tales como manos o ganchos.

Proveedor

se refiere a

- un Hospital, un Médico o cualquier otro profesional de cuidado de la salud (i) que tiene licencia de conformidad con todas las leyes federales y estatales aplicables, (ii) está acreditado por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Salud o por otra organización, si Cigna lo aprueba, y (iii) actúa dentro del alcance de su licencia y acreditación; o
- una entidad que coordina directa o indirectamente, a través de contratos con otros Proveedores, la prestación de Servicios cubiertos.

Plan de salud calificado (QHP, por sus siglas en inglés)

se refiere a un plan de seguro certificado por el Mercado de seguros de salud, que proporciona beneficios de salud esenciales, que sigue límites establecidos sobre el costo compartido (como Deducibles, Copagos y Cantidades de Desembolso máximo) y que cumple con otros requisitos en virtud de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Cirugía reconstructiva

es una cirugía para corregir la apariencia de rasgos o características del cuerpo de apariencia anormal ocasionados por defectos de nacimiento, una lesión, tumores o una infección. Un rasgo o una característica del cuerpo tiene una apariencia anormal cuando una persona promedio consideraría que se encuentra fuera del rango de las variaciones generales de la apariencia normal de los seres humanos. La Cirugía reconstructiva incluye cirugía para mejorar el funcionamiento de una estructura craneofacial anormal ocasionada por defectos congénitos, deformidades del desarrollo, traumatismo, tumores, infecciones o enfermedades, o para intentar crear una apariencia normal de dicha estructura. La Cirugía reconstructiva también incluye la reconstrucción del seno que se vuelve necesaria a causa de una mastectomía o tumorectomía, a fin de lograr simetría entre los senos. Esto incluye la reconstrucción quirúrgica de un seno en el cual se ha practicado una mastectomía, y la reconstrucción

quirúrgica de un seno en el cual no se ha practicado una mastectomía.

Referencia

significa la aprobación que Usted debe recibir de Su PCP para que estén cubiertos los servicios de un Proveedor participante, que no sea el PCP, un Obstetra/Ginecólogo participante o un Proveedor de cuidado de la vista o Proveedor de cuidado dental pediátrico participante.

Terapia de rehabilitación

significa, excepto que la EOC los limite o excluya, modalidades de tratamiento que son parte de un programa de rehabilitación, lo que incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.

Suministros relacionados

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

Medicamentos inyectables autoadministrados

significa medicamentos aprobados por la FDA que una persona puede administrarse a sí misma mediante una inyección intramuscular, intravenosa o subcutánea. Esto no incluye la insulina recetada para el uso del Miembro.

Enfermedad mental grave

Se refiere a las siguientes enfermedades: esquizofrenia, trastorno paranoico y otros trastornos psicóticos; trastorno bipolar (hipomaníaco, maníaco, depresivo y mixto), trastorno depresivo grave (episodio único o recurrente), trastorno esquizoafectivo (bipolar o depresivo), trastorno generalizado del desarrollo, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión en la infancia y la adolescencia, trastorno de pánico, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por estrés postraumático (agudo, crónico o de aparición tardía).

Área de servicio

es cualquier lugar que esté dentro de las ciudades, los condados y/o las áreas de código postal en el estado de IL que Cigna haya designado como el Área de servicio de esta EOC, según se describe en el Directorio de proveedores aplicable a esta EOC. Para obtener información específica sobre Su Área de servicio, consulte el Directorio de proveedores en www.cigna.com o llame al número que aparece en la parte de atrás de Su tarjeta de identificación.

Centro de cuidados especiales se refiere a una institución que proporciona servicios de cuidados especiales en forma continua y que:

- cuenta con una licencia y funciona conforme a la ley estatal;
- se dedica fundamentalmente a brindar, además de cuarto y comida, cuidados especiales bajo la supervisión de un Médico debidamente matriculado,
- ofrece servicios de enfermería en forma continua, las 24 horas del día, prestados por una enfermera profesional titulada registrada (RN, por sus siglas en inglés), y
- mantiene un registro médico diario de cada paciente.

Esta definición excluye cualquier establecimiento, centro o parte de estos que se utilice principalmente para fines de reposo; un establecimiento o centro principalmente orientado a los ancianos o al cuidado de drogadictos o alcohólicos; un establecimiento o centro cuyo propósito principal sea el cuidado y el tratamiento de enfermedades o trastornos mentales o el cuidado de custodia o educativo.

Intento de dejar de fumar significa 4 sesiones de asesoría para dejar de consumir tabaco de, al menos, 10 minutos cada una por intento (que incluyen asesoría telefónica, asesoría grupal y asesoría individual); y un régimen de 90 días por intento de determinados medicamentos para dejar de consumir tabaco aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) (que incluyen medicamentos con receta y medicamentos de venta libre con la receta de un Médico; consulte la Lista de medicamentos preventivos sin costo en <http://www.cigna.com/ifp-drug-list> para conocer los detalles).

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

Medicamento de especialidad es un producto farmacéutico, incluidos los Medicamentos inyectables autoadministrados y los Medicamentos para infusión e inyectables, que Cigna considera que es un Medicamento de especialidad en función de los siguientes factores, con sujeción a la ley aplicable:

- el Medicamento con receta o producto farmacéutico se receta y utiliza para el tratamiento de una afección compleja, crónica o poco frecuente, y
- el Medicamento con receta o producto farmacéutico tiene un alto costo de adquisición; y
- el Medicamento con receta o producto farmacéutico está sujeto a una distribución limitada o restringida, requiere una manipulación especial y/o requiere una mayor educación del paciente, coordinación del proveedor o supervisión clínica.

Un Medicamento de especialidad puede no poseer todas o la mayoría de las características detalladas anteriormente, y la presencia de alguna de dichas características no garantiza que un Medicamento con receta o producto farmacéutico médico sea considerado un Medicamento de especialidad.

El hecho de que se considere que un medicamento es un Medicamento de especialidad en función de los criterios anteriores no determina necesariamente en qué nivel se asignará el

Medicamento de especialidad o si el Medicamento de especialidad está cubierto en virtud del beneficio médico o del beneficio de Medicamentos con receta de esta EOC.

Férula

es un dispositivo que se emplea para evitar el movimiento de las articulaciones o para la fijación de partes desplazadas o móviles.

Estabilizar

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

Tratamiento escalonado

es un tipo de Autorización previa. Es posible que Cigna requiera que un Miembro siga determinados pasos antes de cubrir algunos Medicamentos con receta y Suministros relacionados, incluso Medicamentos de especialidad. Es posible que Cigna también requiera que un Miembro pruebe Medicamentos con receta y Suministros relacionados similares, incluso Medicamentos de especialidad que se ha determinado que son seguros, efectivos y más convenientes en función de los costos para la mayoría de las personas que tienen la misma afección que el Miembro. Los Medicamentos con receta y los Suministros relacionados que requieren Tratamiento escalonado pueden identificarse en la Lista de medicamentos con receta incluida en <http://www.cigna.com/ifp-drug-list>.

Suscriptor

se refiere a una persona que reúne los requisitos de elegibilidad de la disposición “Suscriptor” incluida en la sección “Elegibilidad” y que se inscribe en virtud de la EOC. El Suscriptor es una de las partes de la EOC. También se hace referencia al Suscriptor con los términos “Usted” o “Su”.

Trastorno de consumo de sustancias

se define como la dependencia psicológica o física del alcohol u otras drogas que alteran la mente, que requiere diagnóstico, atención y tratamiento. Produce una alteración clínicamente significativa, que incluye problemas de salud, incapacidad y la imposibilidad de cumplir con responsabilidades importantes en el trabajo, la escuela o el hogar.

Sincronización/Sincronizado

significa la coordinación de renovaciones de Medicamentos con receta para un Miembro que toma 2 o más Medicamentos con receta para una o más afecciones crónicas, de manera que los Medicamentos con receta del Miembro se renueven de acuerdo con el mismo cronograma para un período determinado.

Servicio médico de telemedicina/telesalud	se refiere a un servicio de cuidado de la salud iniciado o prestado por un Médico con el objetivo de evaluar, diagnosticar o tratar a un paciente, hacer una consulta con este o transferir sus datos médicos, que requiere el uso de tecnologías de telecomunicaciones avanzadas.
Enfermedad terminal/Enfermo terminal	significa una enfermedad de un Miembro que fue diagnosticada por un Médico y por la cual el Miembro tiene un pronóstico de seis meses de vida o menos.
Programa de salud tribal	significa, con respecto a un Miembro que es amerindio o nativo de Alaska únicamente, una organización de tribus indígenas o tribal que opera un programa, servicio, función, actividad o centro de salud financiado, en forma total o parcial, por el Servicio de salud para indígenas a través de un contrato o convenio con el Servicio de salud para indígenas conforme a la Ley de Autodeterminación y Asistencia para la Educación para Indígenas (Indian Self-Determination and Education Assistance Act) (artículo <u>450</u> y sig. del título <u>25</u> del U.S.C.).
Cuidado de urgencia	se refiere a las pruebas y servicios médicos, quirúrgicos, hospitalarios y relacionados con el cuidado de la salud, que no sean Servicios de emergencia, pero que Cigna determine, de acuerdo con los estándares médicos generalmente aceptados, que son necesarios para tratar una afección que requiere atención médica inmediata. Esto no incluye los cuidados que pudieron haberse previsto antes de dejar el área inmediata donde Usted habitualmente recibe y/o tiene programado recibir servicios. Dichos cuidados incluyen, a modo de ejemplo, diálisis, terapia o tratamientos médicos programados, o cuidados recibidos luego de la recomendación de un Médico de que Usted no viaje debido a alguna afección médica.
Virtual	con respecto a Cigna Telehealth Connection, significa Servicios cubiertos que se proporcionan a través de tecnologías de telecomunicaciones seguras, como teléfonos e internet.
Nosotros/Nos/Nuestro	Cigna HealthCare of Illinois, Inc.
Usted/Su/Suyo	designa al Suscriptor que ha pedido la cobertura, ha sido aceptado para esta, es una de las partes de esta EOC y es designado como Suscriptor de la EOC en la página de especificaciones.

ELEGIBILIDAD

Para poder recibir Servicios cubiertos, Usted debe estar inscrito como Miembro. Para poder inscribirse como Miembro, Usted debe reunir los requisitos de elegibilidad correspondientes al Suscriptor, o bien al Dependiente, que se enumeran debajo.

Esta EOC es para residentes del estado de IL. El Suscriptor deberá notificarnos acerca de todos los cambios que puedan incidir en el hecho de que cualquier Miembro cumpla o no con los requisitos de esta EOC.

Suscriptor

Para poder inscribirse como Suscriptor, Usted debe:

- Ser ciudadano estadounidense o tener nacionalidad estadounidense, o si no es ciudadano, debe estar en los EE. UU. en forma legal y debe preverse razonablemente que será ciudadano, tendrá la nacionalidad o, sin ser ciudadano, estará presente en forma legal durante todo el período para el cual se procura la inscripción; y
- Ser residente del estado de IL; y
- Vivir dentro del Área de servicio de esta EOC; y
- No estar encarcelado, salvo que la determinación respecto de las acusaciones se encuentre pendiente; y
- No vivir en una Institución; y
- Presentar una solicitud de cobertura completada y firmada, que Nosotros debemos haber aceptado por escrito.

Dependiente

Para poder inscribirse como Dependiente, una persona debe:

- Ser el cónyuge o la pareja legal en una unión civil del Suscriptor, y vivir en el Área de servicio; o
- Ser un hijo del Suscriptor por nacimiento, adopción de conformidad con una orden judicial de adopción provisoria (independientemente de que el niño viva con el Suscriptor o no) o guarda que todavía no ha cumplido los 26 años; o
- Ser un hijastro del Suscriptor que todavía no ha cumplido los 26 años; o
- Ser un dependiente que sea veterano militar, soltero y que no ha cumplido los 30 años si el veterano (i) es residente de Illinois, (ii) prestó servicios como miembro de alguna de las ramas de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, ya sea como parte de los efectivos activos o de reserva, y (iii) fue relevado del servicio militar o dado de baja, siempre que no haya sido una baja deshonrosa. Para reunir los requisitos, el dependiente que cumpla con los requisitos debe enviar a la aseguradora un formulario aprobado por el Departamento de Asuntos de Veteranos de Illinois en el que se establezca la fecha en que el dependiente fue dado de baja del servicio.
- Ser un hijo soltero del Suscriptor, del cónyuge del Suscriptor o de la pareja en una unión civil del Suscriptor, independientemente de la edad, inscrito antes de los 26 años, que no es capaz de mantenerse por sí solo y que depende de sus padres u otros proveedores de cuidado para recibir cuidados y supervisión durante toda la vida. Cigna requiere que se presente un comprobante por

escrito de dicha incapacidad y dependencia dentro de un plazo de 31 días después del cumpleaños número 26 del hijo en cuestión.

- Los hijos Recién nacidos del Suscriptor, del cónyuge del Suscriptor o de la pareja en una unión civil del Suscriptor están cubiertos automáticamente durante los primeros 31 días de vida. Para que el niño continúe teniendo cobertura después de ese plazo, Usted debe inscribirlo como un Miembro solicitando su inscripción como dependiente dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha de nacimiento y pagando las Primas adicionales necesarias. La cobertura de un hijo dependiente recién nacido inscrito dentro de los 60 días a partir del nacimiento será retroactiva a la fecha de nacimiento del niño.
- Los hijos adoptados, incluidos los que se encuentren en tutela para la adopción, estarán automáticamente cubiertos durante 31 días a partir de la fecha de adopción o del inicio de un juicio de adopción. Para que el niño continúe teniendo cobertura después de ese plazo, Usted debe inscribirlo como un Miembro dependiente solicitando su inscripción como dependiente dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha de adopción y pagando las Primas adicionales necesarias. La cobertura de un hijo dependiente adoptado inscrito dentro de los 60 días a partir de la adopción será retroactiva a la fecha en que el niño haya sido otorgado en tutela para la adopción o se haya iniciado un juicio de adopción.

Si un tribunal resuelve que un Suscriptor debe brindar cobertura a un hijo que cumple con los requisitos (según se definió anteriormente), la cobertura será automática durante los primeros 31 días a partir de la fecha en que se dicte dicha orden judicial. Para que el niño continúe teniendo cobertura después de ese plazo, Usted debe inscribirlo como Miembro dependiente solicitando su inscripción como dependiente dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha de la orden judicial y pagando las Primas adicionales necesarias. La cobertura ordenada judicialmente de un hijo dependiente inscrito dentro de los 60 días a partir de la orden judicial será retroactiva a la fecha de dicha orden.

NOTA: Un niño que reúne los requisitos para ser inscrito como Dependiente en virtud de esta EOC y que reside fuera del Área de servicio tiene derecho a recibir, mientras se encuentra fuera del Área de servicio, solamente beneficios de emergencia fuera del área en virtud de la disposición "Servicios de emergencia" de la sección "Servicios y beneficios cubiertos".

¿Cuándo puedo presentar una solicitud?

Solicitud para inscribirse o cambiar de cobertura

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA, por sus siglas en inglés) de 2010 especifica que una persona que cumple con los requisitos debe inscribirse para recibir cobertura o cambiar de plan durante el Período de inscripción abierta anual. Las personas que no se inscriban o cambien de plan durante el Período de inscripción abierta anual deben esperar hasta el siguiente Período de inscripción abierta anual para inscribirse en un plan o cambiar de plan. No obstante, si una persona experimenta un evento habilitante, según se describe debajo, el evento habilitante da inicio a un Período de inscripción especial de 60 días durante el cual una persona que cumple con los requisitos puede inscribirse y un Suscriptor puede agregar dependientes y cambiar la cobertura. A continuación, se explican el Período de inscripción abierta anual y el Período de inscripción especial.

Período de inscripción abierta anual

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

Para estar inscrito para recibir cobertura en virtud de esta EOC, Usted debe enviar una solicitud de cobertura completada y firmada en virtud de esta EOC para Usted y cualquier Dependiente que cumpla con los requisitos, y Nosotros debemos recibir esa solicitud durante el Período de inscripción abierta anual.

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

Períodos de inscripción especiales

Un período de inscripción especial comienza cuando una persona inscrita en un plan de salud calificado (QHP, por sus siglas en inglés), según lo define la PPACA, experimenta un evento habilitante.

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

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

- Una persona que cumple con los requisitos, y su(s) dependiente(s), si lo(s) tuviera, pierde su cobertura esencial mínima; o
- Una persona que cumple con los requisitos y su(s) dependiente(s) pierden la cobertura de un plan de salud patrocinado por el empleador debido a la finalización de la relación laboral en forma voluntaria o involuntaria por motivos que no sean mala conducta, o debido a una reducción de las horas de trabajo; o
- Una persona que cumple con los requisitos agrega un Dependiente o se convierte en Dependiente por matrimonio (NOTA: la inscripción especial por matrimonio se aplica únicamente si al menos uno de los cónyuges estuvo inscrito en un plan del intercambio al menos 1 día de los 60 días anteriores al matrimonio; o vivió en el exterior durante 1 día o más en los 60 días anteriores al matrimonio, o es amerindio o nativo de Alaska), nacimiento, adopción o tutela para la adopción; o a través de una orden para manutención de los hijos u otra orden judicial; o
- Un cónyuge o hijo dependiente que cumple con los requisitos pierde la cobertura de un plan de salud patrocinado por el empleador porque el Suscriptor adquiere el derecho a recibir Medicare, o debido al divorcio o la separación legal del Suscriptor cubierto o la muerte del Suscriptor cubierto; o
- Una persona que cumple con los requisitos (o su Dependiente) y que está inscrita en la cobertura esencial mínima y es víctima de violencia familiar o abandono conyugal procura inscribirse en una cobertura separada de la del autor del hecho; o
- Una persona que cumple con los requisitos pierde su condición de hijo dependiente en virtud de un plan de salud patrocinado por el empleador de uno de sus padres; o

- Una persona que anteriormente no era ciudadana, no tenía la nacionalidad o no era una persona con presencia legal adquiere dicho estado; o
- La inscripción o no inscripción de una persona que cumple con los requisitos en un Plan de salud calificado no es intencional, es involuntaria o es errónea, y como resultado del error, la tergiversación intencional o la omisión de un funcionario, empleado o agente del Mercado estatal o del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés), o sus organismos, según lo determine el Mercado. En esos casos, el Mercado puede tomar las medidas necesarias para corregir o eliminar los efectos de dicho error, tergiversación intencional o acción; o
- Se determina que una persona que cumple con los requisitos ha empezado a cumplir o ha dejado de cumplir recientemente con los requisitos para recibir pagos adelantados del crédito fiscal por las primas o ha experimentado un cambio en el cumplimiento de los requisitos para las reducciones en los costos compartidos, independientemente de que dicha persona ya esté inscrita en un Plan de salud calificado. El Mercado debe permitir que las personas cuya cobertura actual a través de un plan patrocinado por el empleador que cumple con los requisitos deje de tener un precio razonable o de brindar un valor mínimo para el próximo año del plan de su empleador tengan acceso a este período de inscripción especial antes de que finalice su cobertura a través de dicho plan patrocinado por el empleador que cumple con los requisitos; o
- Una persona que cumple con los requisitos obtiene acceso a nuevos planes de salud calificados como resultado de una mudanza permanente (que incluye mudarse fuera del Área de servicio del plan actual de la persona); o

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

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

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

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

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

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

- Una persona que cumple con los requisitos, y Su(s) dependiente(s), si lo(s) tuviera, pierden su cobertura esencial mínima, cobertura de Medicare/Medicaid relacionada con el embarazo o cobertura

Médicamente necesaria (solamente una vez por año calendario), o la persona o el Dependiente que cumple con los requisitos se inscribe en cualquier cobertura de seguro de salud individual o colectivo que no se rige por el año calendario (incluso si tiene la opción de renovar dicha cobertura). La fecha de la pérdida de la cobertura esencial mínima, la cobertura relacionada con el embarazo o la cobertura Médicamente necesaria es el último día en que la persona tendría cobertura en virtud del plan. La fecha de la pérdida del seguro que no se rige por el año calendario es el último día del año del plan o la póliza; o

- Una persona que cumple con los requisitos y su(s) dependiente(s) pierden la cobertura de un plan de salud patrocinado por el empleador debido a la finalización de la relación laboral en forma voluntaria o involuntaria por motivos que no sean mala conducta, o debido a una reducción de las horas de trabajo; o
- Una persona que cumple con los requisitos agrega un Dependiente o se convierte en Dependiente por matrimonio (NOTA: la inscripción especial por matrimonio se aplica únicamente si al menos uno de los cónyuges estuvo inscrito en un plan del intercambio al menos 1 día de los 60 días anteriores al matrimonio; o vivió en el exterior durante 1 día o más en los 60 días anteriores al matrimonio, o es amerindio o nativo de Alaska), nacimiento, adopción o tutela para la adopción; o a través de una orden para manutención de los hijos u otra orden judicial; o
- Un cónyuge o hijo dependiente que cumple con los requisitos pierde la cobertura de un plan de salud patrocinado por el empleador porque el empleado adquiere el derecho a recibir Medicare, o debido al divorcio o la separación legal del empleado cubierto o la muerte del empleado cubierto; o
- Una persona o su Dependiente que contrató un plan fuera del Mercado que experimenta una disminución en los ingresos familiares; que se determinó recientemente que cumple con los requisitos para recibir APTC; y tuvo cobertura esencial mínima durante uno o más días durante los 60 días precedentes a la fecha del cambio financiero; o
- Una persona que cumple con los requisitos (o su Dependiente) y que está inscrita en la cobertura esencial mínima y es víctima de violencia familiar o abandono conyugal procura inscribirse en una cobertura separada de la del autor del hecho; o
- A discreción del Mercado, la persona inscrita pierde un Dependiente o deja de ser considerada un Dependiente a través de un divorcio o una separación legal, o si la persona inscrita o su Dependiente muere;
- Una persona que cumple con los requisitos pierde su condición de hijo dependiente en virtud de un plan de salud patrocinado por el empleador de uno de sus padres; o
- Una persona o un Dependiente que cumple con los requisitos empieza a cumplir con los requisitos para la inscripción en un QHP si satisface el requisito de ciudadanía del Mercado o fue liberado de la cárcel;
- La inscripción o no inscripción de una persona que cumple con los requisitos en un Plan de salud calificado no es intencional, es involuntaria o es errónea, y como resultado del error, la tergiversación o la omisión de un funcionario, empleado o agente del Mercado estatal o del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), o sus organismos, según lo determine el Mercado. En esos casos, el Mercado puede tomar las medidas necesarias para corregir o eliminar los efectos de dicho error, tergiversación o acción; o
- Una persona que cumple con los requisitos demuestra en forma adecuada al Mercado que el Plan de salud calificado en el que está inscrita violó sustancialmente una disposición esencial de su contrato en relación con dicha persona; o
- Se determina que una persona que cumple con los requisitos ha empezado a cumplir o ha dejado de cumplir recientemente con los requisitos para recibir pagos adelantados del crédito fiscal por las primas

o ha experimentado un cambio en el cumplimiento de los requisitos para las reducciones en los costos compartidos, independientemente de que dicha persona ya esté inscrita en un plan de salud calificado:

- Se determina que la persona inscrita o el Dependiente ha empezado a cumplir o ha dejado de cumplir recientemente con los requisitos para recibir un Crédito fiscal por las primas por adelantado (APTC, por sus siglas en inglés) o ha experimentado un cambio en el cumplimiento de los requisitos para las reducciones en los costos compartidos;
- Se determina que una persona que cumple con los requisitos o Su Dependiente inscrito en un plan patrocinado por el empleador que cumple con los requisitos ha empezado a cumplir recientemente con los requisitos para recibir APTC debido, en parte, a una determinación de que dicha persona no cumple con los requisitos para recibir una cobertura que cumple con los requisitos en un plan patrocinado por el empleador elegible, incluso como resultado del hecho de que su empleador haya interrumpido o cambiado la cobertura disponible dentro de los siguientes 60 días, siempre que dicha persona tenga permitido cancelar la cobertura existente;
- Una persona que cumple con los requisitos, que anteriormente no cumplía con los requisitos para recibir APTC debido a que tenía ingresos familiares de menos del 100% del Nivel de pobreza federal (FPL, por sus siglas en inglés) y que tampoco cumplía con los requisitos para Medicaid porque vivía en un estado que no cuenta con la expansión de Medicaid, experimenta un cambio en los ingresos o se muda a otro estado, lo que hace que empiece a cumplir con los requisitos para recibir APTC.

El Mercado debe permitir que las personas cuya cobertura actual a través de un plan patrocinado por el empleador que cumple con los requisitos deje de tener un precio razonable o de brindar un valor mínimo para el próximo año del plan de su empleador tengan acceso a este período de inscripción especial antes de que finalice su cobertura a través de dicho plan patrocinado por el empleador que cumple con los requisitos; o

- Una persona que cumple con los requisitos obtiene acceso a nuevos Planes de salud calificados como resultado de una mudanza permanente (que incluye mudarse fuera del Área de servicio del plan actual de la persona) y (1) tuvo cobertura esencial mínima durante uno o más días durante los 60 días anteriores a la fecha de la mudanza, o (2) vivía fuera de los Estados Unidos; o
- La persona que cumple con los requisitos y que adquiere o mantiene la condición de india o nativa de Alaska, según se define en el artículo 4 de la Ley de Mejoramiento del Cuidado de la Salud de la Población Indígena (o su Dependiente), puede inscribirse en un Plan de salud calificado o cambiarse de un plan de salud calificado a otro una vez al mes; o
- Una persona que cumple con los requisitos o una persona inscrita demuestra al Mercado, de acuerdo con pautas emitidas por el HHS, que cumple con otras condiciones excepcionales que pueda establecer el Mercado; o Una persona que cumple con los requisitos (o su Dependiente) y que está inscrita en la cobertura esencial mínima y es víctima de violencia familiar o abandono conyugal procura inscribirse en una cobertura separada de la del autor del hecho;
- Una persona o un Dependiente que cumple con los requisitos solicita cobertura del Mercado, de Medicaid o de Children's Health Insurance Program (CHIP, por sus siglas en inglés) durante la inscripción abierta o debido a un acontecimiento de la vida habilitante, pero se determina que no cumple con los requisitos para recibir cobertura de Medicaid o CHIP después de que finalizó el período de inscripción abierta del Mercado o más de 60 días después de un evento de la vida habilitante;
- La persona o persona inscrita que cumple con los requisitos (o su Dependiente) demuestra en forma adecuada al Mercado que un error sustancial relacionado con los beneficios del plan, el Área de servicio o la Prima influyó en su decisión de contratar un QHP; o

- A discreción del Mercado, la persona que cumple con los requisitos proporciona evidencia satisfactoria para verificar que cumple con los requisitos de un programa que ayude a pagar los costos del seguro o la inscripción en un QHP luego de la cancelación de la inscripción en el Mercado debido a que no se pudo verificar dicho estado dentro de los períodos establecidos, o está por debajo del 100% del nivel de pobreza federal y no se inscribió en una cobertura mientras esperaba que el HHS verificara la ciudadanía, la nacionalidad o la presencia legal.

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

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

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

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

- Si la solicitud se realiza entre el primer día y el día 15 de cualquier mes, la fecha de entrada en vigor de la cobertura será el primer día del mes siguiente;
- Si la solicitud se realiza entre el día 16 y el último día de cualquier mes, la fecha de entrada en vigor de la cobertura será el primer día del segundo mes posterior.

Causas específicas que impiden cumplir con los requisitos para recibir cobertura

Salvo según se describe en la sección de Continuación, un Miembro **dejará de cumplir con los requisitos para recibir cobertura** en virtud de la EOC:

- Si Cigna determina que cualquier Miembro cubierto en virtud de esta EOC ha cometido fraude o una tergiversación intencional de datos respecto de la solicitud del Miembro para recibir cobertura o beneficios en virtud de esta EOC;
- Cuando las Primas no se paguen conforme a las fechas de vencimiento y períodos de gracia que se establecen en la sección de Primas.
- Para un cónyuge: cuando el/la cónyuge deje de estar casado/a con el Suscriptor;
- Para Usted y los Miembros de Su familia: cuando Usted deje de cumplir con los requisitos enumerados en la sección “Elegibilidad”;
- En la fecha de extinción de la EOC; o
- Cuando el Miembro deje de vivir en el Área de servicio.

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

Continuación

Si un Miembro deja de cumplir con los requisitos en virtud de esta EOC debido al fallecimiento del Suscriptor, un divorcio u otro motivo que haga que el Miembro deje de cumplir con los requisitos debido a su edad o deje de cumplir con los requisitos como Dependiente para recibir cobertura en virtud de esta EOC, por cualquier motivo salvo en el caso de que el Suscriptor incumpla con el pago de la Prima, dicho Miembro tiene derecho a continuar con su seguro. La cobertura continuará si el Miembro que ejerce el derecho de continuación notifica a Cigna y paga la Prima mensual correspondiente dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha en que, de lo contrario, esta EOC se extinguiría. En dicho caso, la cobertura continuará sin evidencia de asegurabilidad.

Inscripción duplicada

Si un Miembro cumple con los requisitos para recibir más de una membresía en Cigna y está inscrito en más de un Plan de Cigna en un momento determinado, el Miembro tendrá derecho a recibir únicamente los beneficios y servicios de una cobertura, y no podrá duplicar la cobertura. Cigna reembolsará al Miembro las Primas que este haya pagado en virtud de esta EOC por el período de dicha inscripción duplicada.

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA COBERTURA

Con sujeción a las disposiciones de esta EOC, que incluyen el pago de las Primas aplicables de conformidad con la sección "Pagos" de esta EOC, Su cobertura entrará en vigor a las 12:01 a.m. del primer día del mes después del cumplimiento de los requisitos de elegibilidad e inscripción de Cigna, y de la aceptación por parte de Cigna. Su Dependiente tendrá la misma fecha de entrada en vigor que Usted, a menos que su condición de dependiente se establezca luego de dicha fecha.

PAGOS

Primas y período de gracia para Miembros

Usted debe enviarle a Cigna las cantidades que esta especifique de conformidad con esta EOC por el período de cobertura aplicable el primer día de dicho período de cobertura o antes de dicha fecha.

Si Usted no adquirió Su EOC en un Mercado o adquirió Su EOC en un Mercado pero decidió no recibir el Crédito fiscal por las primas por adelantado, tendrá un período de gracia de treinta y un (31) días durante los que pueden pagarse las Primas adeudadas después de la primera Prima sin perder la cobertura. La cobertura continuará durante el período de gracia. Si no recibimos la totalidad de Su Prima adeudada antes de que finalice el período de gracia, Su cobertura finalizará a partir del último día para el cual haya pagado las Primas.

Si Usted adquirió Su EOC en un Mercado y decidió recibir el Crédito fiscal por las primas por adelantado, tendrá un período de gracia de noventa (90) días consecutivos durante los que pueden pagarse las Primas sin perder la cobertura. La cobertura continuará durante el período de gracia; sin embargo, los reclamos por servicios prestados después de los primeros 30 días del período de gracia quedarán pendientes o se denegarán hasta que se pague Su Prima. Sin embargo, si no recibimos la totalidad de Su Prima adeudada antes de que finalice el período de gracia, Su cobertura finalizará a partir del último día del primer mes del período de gracia.

Consulte las disposiciones tituladas “Cancelación” y “Rehabilitación” para obtener más información sobre la cancelación y la rehabilitación. Cigna en ningún caso tendrá la obligación de proporcionar recordatorios en relación con las Primas que no se recibieron antes del vencimiento del período de gracia. Solo los Miembros respecto de los cuales Cigna reciba los pagos tendrán derecho a recibir servicios de cuidado de la salud en virtud del presente documento y, en ese caso, solo durante el período por el cual se haya recibido el pago.

Primas y período de gracia para los Miembros que adquirieron esta EOC de un Plan HMO en el Mercado

Usted debe enviarle a Cigna las cantidades que esta especifique de conformidad con esta EOC por el período de cobertura aplicable el primer día de dicho período de cobertura o antes de dicha fecha. Si Usted adquirió Su Plan en un Mercado y decidió recibir el Crédito fiscal por las primas por adelantado, Cigna le dará un período de gracia de noventa (90) días durante los que pueden pagarse las Primas sin perder la cobertura. Si el pago no se recibe dentro del período de gracia, Cigna podrá extinguir la EOC de conformidad con la disposición “Causas específicas que impiden cumplir con los requisitos para recibir cobertura” de la sección “Elegibilidad”. Cigna en ningún caso tendrá la obligación de proporcionar recordatorios en relación con las Primas que no se recibieron antes del vencimiento del período de gracia. Solo los Miembros respecto de los cuales Cigna reciba los pagos tendrán derecho a recibir servicios de cuidado de la salud en virtud del presente documento y, en ese caso, solo durante el período por el cual se haya recibido el pago.

Si Usted contrató Su EOC a través de un Mercado y eligió recibir el Crédito fiscal por las primas por adelantado, Su período de gracia se extenderá por tres meses consecutivos, siempre que haya pagado, al menos, la Prima de un mes completo durante el año de beneficios. La cobertura continuará durante el período de gracia y los reclamos por servicios prestados después de los primeros 30 días del período de gracia quedarán pendientes o se denegarán hasta que se pague Su Prima. Si no recibimos la totalidad de Su Prima adeudada antes de que finalice el período de gracia, Su cobertura finalizará a partir del último día del primer mes del período de gracia. Consulte las disposiciones tituladas “Cancelación” y “Rehabilitación” para obtener más información sobre la cancelación y la rehabilitación.

Pagos de los Miembros

Usted tiene la obligación de pagar todos los Copagos y Coseguros del Miembro por los servicios prestados. Los Copagos y Coseguros están sujetos a cambio en el momento en que se renueva el plan una vez al Año. Usted será responsable de todos los Copagos y Coseguros en que Usted y Sus Dependientes incurran. Consulte su Resumen de beneficios para conocer más detalles.

La cantidad de la Prima mensual aparece en la página de especificaciones de la EOC, que se envió con esta EOC.

Usted deberá abonar un cargo adicional de \$45 por cualquier cheque o transferencia electrónica de fondos que Nos devuelvan sin pagar. Este cargo adicional es parte de la obligación de pago de Su Prima. Se considerará que Usted no ha pagado Su Prima hasta tanto Cigna haya recibido la cantidad de Su Prima y de cualquier Cargo adicional en que Usted haya incurrido.

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

- a. La eliminación o incorporación de un nuevo Miembro que cumple con los requisitos correspondientes;
- b. Un cambio en la edad de cualquier Miembro que implique una Prima más alta;

- c. Un cambio de domicilio;
- d. La aplicación de cargos adicionales como resultado de un pago retrasado o devuelto.

Estos cambios entrarán en vigor el primer día del mes posterior al cambio, a menos que se indique lo contrario en la notificación de Su Prima.

Cigna también se reserva el derecho a modificar la Prima mediante notificación cursada por escrito con 60 días de anticipación. No obstante, no modificaremos la tabla de Primas en forma individual, sino para todos los Miembros de la misma clase que estén cubiertos en virtud de la misma Póliza que Usted. El cambio entrará en vigor en la fecha que se indique en la notificación, y el pago de las nuevas Primas indicará que ha aceptado dicho cambio.

Usted Nos pagará las primas.

Cigna no aceptará el pago directo o indirecto de Primas de ninguna persona o entidad que no sea Usted, Sus Dependientes o un Tercero responsable del pago aceptable, salvo que Cigna lo permita expresamente por escrito. Cigna puede solicitar, y si así se solicita, Usted proporcionará, una declaración certificada Suya de que Usted no está recibiendo pagos u otra remuneración de ninguna persona que no sea un Tercero responsable del pago aceptable, según se definió anteriormente, para el pago total o parcial de Su prima u otras obligaciones de costo compartido en virtud de esta EOC.

Certificado de cobertura acreditable

Si se solicita, Cigna proporcionará un Certificado de cobertura acreditable cuando finalice Su cobertura o la de Sus dependientes en virtud de la EOC. Este Certificado puede ayudarle a que se le acredite tiempo de cobertura para cualquier nuevo período de espera por afecciones preexistentes que se aplique a una cobertura posterior. Puede solicitar un Certificado de cobertura acreditable a Servicio al Cliente mientras todavía tenga cobertura en virtud de esta EOC y hasta 24 meses después de su finalización. También puede llamar a Servicio al Cliente al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.

SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS

Los Miembros tienen derecho a recibir los Servicios y beneficios cubiertos establecidos en esta sección, con sujeción al pago de cualquier Copago, Coseguro y Deducible aplicable, según se especifica en el Programa de beneficios, y con sujeción a las condiciones, limitaciones y exclusiones de esta EOC.

COMO SE INDICA EN ESTA SECCIÓN, LOS SERVICIOS DE PROVEEDORES NO PARTICIPANTES NO SE CUBREN, EXCEPTO SEGÚN SE DESCRIBE EN LA DISPOSICIÓN SOBRE SERVICIOS DE EMERGENCIA DE LA SECCIÓN DE SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS, O CON PREVIA AUTORIZACIÓN ESCRITA DEL DIRECTOR MÉDICO DE CIGNA.

Requisitos de autorización previa

A MENOS QUE SE RECIBA PREVIA AUTORIZACIÓN ESCRITA DEL DIRECTOR MÉDICO DE CIGNA, LOS SERVICIOS Y BENEFICIOS ESTABLECIDOS A CONTINUACIÓN ESTÁN DISPONIBLES ÚNICAMENTE SI SON MÉDICAMENTE NECESARIOS, SI LOS PRESTAN PROVEEDORES PARTICIPANTES Y SI EL MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO DEL MIEMBRO LOS PRESTÓ O AUTORIZÓ POR ESCRITO.

Los servicios que requieren Autorización previa incluyen, a modo de ejemplo: servicios hospitalarios para pacientes internados, servicios para pacientes internados en cualquier Otro centro de cuidado de la salud participante, servicios en centros para pacientes ambulatorios, imágenes radiológicas avanzadas, transporte en ambulancia para casos que no son de emergencia y servicios de trasplante.

También se requiere Autorización previa o Tratamiento escalonado para determinados Medicamentos con receta y Suministros relacionados. Para obtener más información, consulte la sección “Beneficios de Medicamentos con receta” en esta EOC.

NO SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA POR ESCRITO PARA SERVICIOS DE EMERGENCIA, SERVICIOS OBSTÉTRICOS Y GINECOLÓGICOS, SERVICIOS DE CUIDADO DE LA VISTA PEDIÁTRICOS Y SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS.

Los Servicios cubiertos respecto de los cuales se proporcionan beneficios en virtud de esta EOC están limitados a los tratamientos, suministros o servicios con la mejor relación costo-beneficio y que se consideren clínicamente apropiados, según lo defina Cigna.

NOTA ACERCA DE LA AUTORIZACIÓN PREVIA DE SERVICIOS PARA PACIENTES INTERNADOS, SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS Y MEDICAMENTOS CON RECETA

Es posible que para algunos servicios o tratamientos deba utilizar Proveedores específicos aprobados por Cigna para ese servicio o tratamiento en particular, que no estarán cubiertos si los recibe de cualquier otro Proveedor, sin importar si son proveedores participantes o no.

Servicios de emergencia y cuidado de urgencia – Qué hacer si necesita atención de emergencia/cuidado de urgencia:

Servicios de emergencia tanto dentro como fuera del Área de servicio. En caso de emergencia, pida ayuda de inmediato. Diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano, o llame o pida a alguien que llame al 911 o a Su servicio de emergencias local, a la policía o al departamento de bomberos para pedir ayuda. No necesita una Referencia para recibir Servicios de emergencia, pero sí debe llamar a Su PCP o a la línea Cigna HealthCare 24-Hour Health Information LineSM (Línea de Información sobre la Salud atendida las 24 horas) tan pronto como sea posible para recibir más asistencia y asesoramiento sobre el cuidado de seguimiento. Si requiere cuidados especializados o una admisión hospitalaria, Su PCP o la línea Cigna HealthCare 24-Hour Health Information LineSM coordinará

dichos cuidados o admisión, y se ocupará de las autorizaciones necesarias para los cuidados o la hospitalización. Hay Proveedores participantes de guardia las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana para ayudarle cuando necesita Servicios de emergencia.

Si recibe Servicios de emergencia fuera del Área de servicio, debe notificarnos tan pronto como sea razonablemente posible. Es posible que coordinemos Su traslado a un Proveedor participante para continuar con sus cuidados o hacer el seguimiento que corresponda si se determina que dicho traslado es médicamente seguro.

Servicios de emergencia para víctimas de agresión sexual. Se brinda cobertura total para realizar exámenes y pruebas, y brindar tratamiento a una víctima de una agresión sexual en la medida en que se proporciona cobertura para cualquier otra atención de emergencia o por accidente. Dicha cobertura se proporcionará además al establecer si se produjo o no un contacto sexual, al realizar pruebas para determinar la presencia de enfermedades o infecciones de transmisión sexual, o al examinar y tratar lesiones y traumatismos asociados con la agresión sexual.

Cuidado de urgencia dentro del Área de servicio. Para recibir Cuidado de urgencia dentro del Área de servicio, debe seguir todos los pasos razonables para comunicarse con la línea Cigna HealthCare 24-Hour Health Information LineSM o Su PCP para recibir instrucciones, y debe recibir los cuidados a través de un Proveedor participante, a menos que Su PCP o Cigna autoricen lo contrario.

Cuidado de urgencia fuera del Área de servicio. En el caso de que necesite Cuidado de urgencia mientras se encuentra fuera del Área de servicio, cuando sea posible, debe comunicarse con la línea Cigna HealthCare 24 Hour Health Information LineSM o con Su PCP para recibir instrucciones y autorización antes de recibir los servicios.

Tratamiento continuo o de seguimiento. El tratamiento continuo o de seguimiento, ya sea que se realice dentro o fuera del Área de servicio, no se cubre, a menos que Su PCP o un Médico participante lo preste o lo coordine, o se haya obtenido Autorización previa del Director médico de Cigna.

Notificación, comprobante de un reclamo y pago. La hospitalización como paciente internado para recibir cualquier Servicio de emergencia o Cuidado de urgencia requiere notificación a Cigna. La notificación de una hospitalización como paciente internado debe cursarse tan pronto como sea razonablemente posible, pero, a más tardar, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de la admisión. Si Usted no pudo cumplir razonablemente con este requisito, esto no provocará la denegación de un reclamo que, de lo contrario, sería válido, siempre que Nos notifique tan pronto como sea razonablemente posible. Si recibe Servicios de emergencia o Cuidado de urgencia de Proveedores no participantes, debe presentarnos un reclamo, a más tardar, sesenta (60) días después de que se preste el primer servicio. El reclamo debe incluir una constancia detallada del tratamiento, los gastos y el diagnóstico. Si Usted no pudo cumplir razonablemente con este requisito, esto no provocará la denegación de un reclamo que, de lo contrario, sería válido, siempre que Nos envíe el reclamo y la constancia detallada tan pronto como sea razonablemente posible. La cobertura de Servicios de emergencia y Cuidado de urgencia recibidos a través de Proveedores no participantes (Fuera de la red) estará limitada a los Servicios cubiertos que Usted hubiera tenido derecho a recibir en virtud de esta EOC, y se le reembolsarán únicamente los costos en que Usted incurra en los que hubiera incurrido si hubiera recibido los servicios de un Proveedor participante (Dentro de la red).

Servicios del médico

Se brinda cobertura para todos los servicios de diagnóstico y tratamiento que presten Médicos participantes y Otros profesionales de la salud participantes, lo que incluye visitas al consultorio, evaluaciones de la salud periódicas, cuidado preventivo, incluso cuidado preventivo infantil (del niño sano)

y vacunas de rutina administradas de acuerdo con prácticas médicas aceptadas, atención hospitalaria, consultas y procedimientos quirúrgicos. Se cubren los procedimientos quirúrgicos múltiples o bilaterales realizados por uno o más médicos calificados durante la misma sesión quirúrgica.

Segunda opinión para cirugías

Luego de que le recomienden una cirugía opcional, en virtud de esta EOC, se brinda cobertura para una consulta con un Médico y su servicio de diagnóstico relacionado. Si se solicita, se proporcionarán beneficios para una consulta adicional cuando, en Su opinión, la primera consulta no resuelva la necesidad de realizar la cirugía.

Servicios para pacientes ambulatorios

Servicios cubiertos prestados como paciente ambulatorio, que incluyen: servicios de diagnóstico y/o tratamiento; medicamentos, medicinas, líquidos, productos biológicos, sangre y derivados hematológicos administrados; terapia de inhalación; tratamiento de radioterapia, quimioterapia y hemodiálisis, tratamiento de manipulación de la columna vertebral y procedimientos que pueden realizarse de forma adecuada como paciente ambulatorio, incluso determinados procedimientos quirúrgicos, anestesia y servicios de salas de recuperación, y servicios de un Centro quirúrgico independiente para pacientes ambulatorios.

Servicios hospitalarios para pacientes internados

Se brinda cobertura para servicios hospitalarios para pacientes internados con el fin de evaluar o tratar afecciones que no pueden tratarse adecuadamente como paciente ambulatorio o en Otro centro de cuidado de la salud participante. Los Servicios cubiertos hospitalarios para pacientes internados incluyen cuarto semiprivado y comida; atención y servicios en una unidad de cuidados intensivos; medicamentos, medicinas, productos biológicos, líquidos, sangre y derivados hematológicos, quimioterapia y hemodiálisis; dietas especiales; vendajes y yesos; cuidados de enfermería generales; uso del quirófano e instalaciones relacionadas; servicios de laboratorio y radiología, y otros servicios de diagnóstico y terapéuticos; anestesia y servicios asociados; terapia de inhalación; radioterapia; kit de internación, y otros servicios que habitualmente se prestan en hospitales de cuidados agudos. Los servicios hospitalarios para pacientes internados también incluyen un Centro de maternidad.

Servicios para pacientes internados en Otros centros de cuidado de la salud participantes

En el caso de cualquier afección que cumpla con los requisitos y esté autorizada por Cigna, esta EOC brinda los beneficios indicados para Gastos cubiertos por los servicios y suministros para pacientes internados proporcionados por Otro centro de cuidado de la salud participante, excepto los Cargos por habitaciones privadas que superen la tarifa de una habitación doble vigente en el centro. El pago de los beneficios por servicios de Otros centros de cuidado de la salud participantes se encuentra sujeto a todas las siguientes condiciones:

- El Miembro debe ser referido a Otro centro de cuidado de la salud participante por un Médico.
- Los servicios deben ser aquellos que Otro centro de cuidado de la salud participante brinda y factura habitualmente.
- Los servicios deben ser acordes con la Enfermedad, la Lesión, el grado de incapacidad y las necesidades médicas. Los beneficios se brindan únicamente durante la cantidad de días necesarios para tratar la Enfermedad o Lesión, con sujeción a cualquier cantidad máxima de días cubiertos por Año según se indica en el Programa de beneficios.

- Los servicios cubiertos en virtud de este beneficio no pueden proporcionarse en un entorno menos intensivo, como los servicios para pacientes ambulatorios que se proporcionan en el hogar.
- El Miembro debe permanecer bajo la supervisión médica activa de un Médico que trate la Enfermedad o Lesión por la cual está internado en Otro centro de cuidado de la salud participante.

Nota: No se brindarán beneficios por:

- Artículos personales, por ejemplo, televisión, radio, bandejas para acompañantes, etcétera.

(EL RESTO DE LOS SERVICIOS SE INCLUYEN EN ORDEN ALFABÉTICO SEGÚN EL INGLÉS)

Servicio de ambulancia

Se brinda cobertura para servicios de ambulancia hasta el Proveedor o centro apropiado más cercano que pueda tratar una Afección médica de emergencia.

Trastornos del espectro autista

Se brinda cobertura para el diagnóstico y tratamiento de Trastornos del espectro autista como si se tratara de beneficios para cualquier otra afección. El tratamiento de los Trastornos del espectro autista incluirá la siguiente atención si se receta, proporciona o indica para un Miembro que recibió un diagnóstico de Trastorno del espectro autista de:

- (a) un Médico o Psicólogo que determinó que dicha atención es Médicamente necesaria, o
- (b) un profesional de cuidado de la salud certificado, registrado o con licencia con experiencia en el tratamiento de Trastornos del espectro autista, y cuando se determina que dicho cuidado es Médicamente necesario y lo indica un Médico o un Psicólogo:
 - atención psiquiátrica, incluso servicios de diagnóstico;
 - evaluaciones y tratamientos psicológicos;
 - tratamientos de habilitación o rehabilitación;
 - atención terapéutica, que incluye terapia del habla, terapia ocupacional y fisioterapia para la salud del comportamiento, que proporcionan tratamiento en las siguientes áreas:
 - a) alimentación y cuidado personal,
 - b) lenguaje pragmático, receptivo y expresivo,
 - c) funcionamiento cognitivo,
 - d) análisis conductual aplicado (ABA, por sus siglas en inglés), intervención y modificación,
 - e) planificación motora, y
 - f) procesamiento sensorial.

Servicios bariátricos

Se proporciona cobertura para cirugía bariátrica Médicamente necesaria, con sujeción a todos los requisitos de Referencia y Autorización del plan.

Sangre y componentes de la sangre

Se brinda cobertura para factores de coagulación necesarios para el tratamiento de trastornos de la sangre, incluso la hemofilia. También se proporciona cobertura para transfusiones de sangre.

Terapia y medicamentos contra el dolor en relación con el cáncer de seno

Se brinda cobertura para toda la terapia y los medicamentos contra el dolor Médicamente necesarios en relación con el tratamiento del cáncer de seno. “Terapia contra el dolor” se refiere a terapia médica que incluye objetivos definidos de forma razonable, que incluyen, a modo de ejemplo, estabilizar o reducir el dolor, con evaluaciones periódicas de la eficacia de esta terapia en comparación con los objetivos. También se brindarán beneficios para todos los medicamentos contra el dolor Médicamente necesarios en relación con el tratamiento del cáncer de seno en virtud de la sección Medicamentos con receta de esta EOC.

Cigna Telehealth Connection

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

- **Programa Cigna Telehealth Connection:** Se brindan servicios para el tratamiento de afecciones médicas agudas menores, como resfríos, gripe y dolor de oídos, a través de un grupo específico de Proveedores conocidos como Médicos de Cigna Telehealth Connection. Para acceder a los médicos de Cigna Telehealth Connection, ingrese en www.mycigna.com y haga clic en *Find Care and Cost* (Dónde atenderse y cuánto cuesta) y desplácese hacia abajo hasta la mitad de la página. Usted puede iniciar una visita por teléfono, correo electrónico o video en línea para el tratamiento de afecciones médicas agudas menores, como resfríos, gripe, dolor de garganta, sarpullido o dolor de cabeza, sin una Referencia de Su PCP. Puede acceder a los Médicos de Cigna Telehealth Connection ingresando en mycigna.com. Luego vaya a la página *Find a Doctor* (Buscar un médico) y haga clic en *Cigna Telehealth Connection*.

Si el Médico de Cigna Telehealth Connection considera que Su afección no puede tratarse de manera óptima mediante contacto remoto, le referirá a Su PCP para que reciba tratamiento o para que le refiera a otro Médico, o le aconsejará que busque cuidado de urgencia o vaya a una sala de emergencias.

Los siguientes servicios están cubiertos:

- Evaluación de la afección, incluidos los antecedentes y los síntomas actuales.
- Diagnóstico de la afección.
- Receta de medicamentos para tratar la afección, según corresponda.
- Instrucciones de alta por correo electrónico.

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

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

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

Estudios clínicos – Costo de cuidados de rutina

Se pagarán beneficios para costos de cuidados de rutina de los pacientes asociados con un estudio clínico aprobado (Fases I a IV) para el tratamiento del cáncer u otra enfermedad o afección con riesgo de vida para una persona cubierta que cumple con los siguientes requisitos:

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

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

Un estudio clínico aprobado debe cumplir con uno de los siguientes requisitos:

- contar con la aprobación o la financiación de alguna de las agencias o entidades autorizadas por ley federal para llevar a cabo estudios clínicos;
- llevarse a cabo en virtud de una solicitud de medicamento nuevo en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos; o
- involucrar el estudio de un medicamento que esté exento del requisito de contar con dicha solicitud de medicamento nuevo en investigación.

Los costos de cuidados de rutina de los pacientes son los costos asociados con la provisión de artículos y servicios de cuidado de la salud, incluidos medicamentos, artículos, dispositivos y servicios que Cigna cubriría habitualmente para un paciente cubierto que no está inscrito en un estudio clínico, entre los que se incluyen:

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

Los costos de cuidados de rutina de los pacientes no incluyen:

- el artículo, dispositivo o servicio en investigación en sí mismo;

- 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;
- transporte, alojamiento, comida u otros gastos para el paciente o un familiar o acompañante del paciente que estén asociados con el viaje hacia y desde un centro en que se esté realizando el estudio clínico;
- cualquier servicio, artículo o medicamento que un patrocinador del estudio clínico proporcione sin cargo a cualquier paciente nuevo; o
- cualquier servicio, artículo o medicamento que cumple con los requisitos para recibir un reembolso de una fuente que no sea la póliza de una persona cubierta, incluso un patrocinador del estudio clínico.

Los estudios clínicos realizados por Proveedores no participantes estarán cubiertos al nivel de beneficios Dentro de la red si:

- no hay Proveedores Dentro de la red que participen en el estudio clínico y estén dispuestos a aceptar a la persona como paciente, o
- el estudio clínico se lleva a cabo fuera del estado de residencia de la persona.

Cirugía estética

La Cirugía estética se cubre únicamente en el caso de una cirugía reconstructiva que constituye atención Médicamente necesaria y un tratamiento de servicios diagnosticados médicamente y requeridos para la reparación inmediata de una lesión accidental. El tratamiento de defectos congénitos y anomalías de nacimiento está cubierto para niños Dependientes que reúnan los requisitos.

Nota: La Cirugía estética no se considerará una Cirugía reconstructiva por la incidencia de motivos psicológicos o psiquiátricos.

No se cubren las complicaciones de una Cirugía estética no cubierta que no representan un riesgo para la vida. Esto incluye, a modo de ejemplo, cirugías posteriores para revertir, revisar o reparar el procedimiento.

Cuidado dental

Esta EOC brinda beneficios para el cuidado dental por una Lesión accidental de los dientes naturales, con sujeción a las siguientes condiciones:

- los servicios deben recibirse dentro de un plazo de 6 meses a partir de la fecha de la Lesión;
- no se brindan beneficios para reemplazar ni reparar Prótesis dentales existentes, aun cuando se hayan dañado debido a una Lesión accidental que cumpla con los requisitos; y
- los daños a los dientes naturales causados por masticar o morder no se consideran una Lesión accidental en virtud de esta EOC.

Hospitalización/anestesia para procedimientos dentales

- Se brinda cobertura para servicios de anestesia y de un Hospital o un centro en relación con procedimientos dentales a fin de realizarlos en forma segura y eficaz para un miembro que: es un niño;
- tiene una afección médica que requiere hospitalización o anestesia general para el cuidado dental;

- tiene una discapacidad física o mental crónica que limita sustancialmente una o más de las actividades importantes de la vida.

Servicios y suministros para diabéticos

Se brinda cobertura para servicios para diabéticos en el caso de Miembros insulino dependientes, Miembros que no son insulino dependientes y Miembros con niveles de glucosa en sangre elevados debido al embarazo. Los servicios consisten en: visitas al médico luego de un diagnóstico de diabetes; visitas luego del diagnóstico de un médico que representa un cambio significativo en los síntomas o la afección del paciente que justifica realizar cambios en el autocontrol del paciente; visitas indicadas por un profesional de cuidado de la salud con facultades para emitir autorizaciones para recibir capacitación de reeducación o actualización; y terapia de nutrición médica relacionada con el control de la diabetes.

Los suministros para diabéticos incluyen: insulina; jeringas y agujas; cartuchos de insulina prellenados para personas ciegas; agentes orales para controlar los niveles de azúcar en sangre; tiras reactivas para medir la glucosa, tiras de cetona para lectura visual y tiras reactivas para orina; adaptadores para inyecciones (es decir, lancetas, paños con alcohol); glucómetros, monitores de glucosa en sangre para personas legalmente ciegas; bombas de insulina, dispositivos para infusión y accesorios relacionados, incluso aquellos que pueden adaptarse para personas legalmente ciegas; aparatos podológicos; y botiquines de emergencia de glucagón.

Equipo médico duradero

Esta EOC brinda beneficios para Gastos cubiertos incurridos por el alquiler o la compra de equipos y/o suministros médicos que cumplan con la totalidad de los requisitos que se detallan a continuación:

- están indicados por un Médico;
- tienen un propósito médico y se espera que su uso finalice cuando deje de existir la necesidad médica;
- no tienen como finalidad principal la comodidad ni la higiene;
- no tienen como finalidad la protección ambiental;
- no son para hacer ejercicio; y
- han sido específicamente fabricados para uso médico.

Nota: Los Equipos médicos duraderos y los suministros deben cumplir con **todas** las pautas anteriores para poder recibir beneficios en virtud de esta EOC. El hecho de que un Médico participante indique la necesidad de un equipo o suministro no necesariamente implica que se pagará por dicho equipo o suministro. La cobertura del Equipo médico duradero se limita a la alternativa de menor costo.

Cigna determina si el equipo o suministro en cuestión cumple con estas condiciones y si debe incluirse en la categoría de alquiler o compra.

Los Cargos por alquiler que superen el precio de compra razonable del equipo no están cubiertos, a menos que Cigna haya determinado previamente que el equipo está incluido en la categoría de alquiler continuo y requiere mantenimiento y servicio con frecuencia.

Se proporciona cobertura para la reparación, el reemplazo o la duplicación de equipos solo cuando se apruebe como Médicamente necesario. Todo mantenimiento y reparación debido al uso inadecuado estará a cargo del Miembro.

Trastorno gastrointestinal eosinofílico

Se brinda cobertura para fórmula elemental a base de aminoácidos para el diagnóstico y tratamiento de trastornos eosinofílicos o síndrome del intestino corto cuando el Médico que la recetó emitió una receta por escrito que indica que la fórmula elemental a base de aminoácidos es Medicamento necesaria.

Servicios de planificación familiar

Esta EOC incluye beneficios para servicios de planificación familiar, que incluyen: la historia clínica, el examen físico, los análisis de laboratorio relacionados, la supervisión médica de acuerdo con las prácticas médicas generalmente aceptadas, otros Servicios médicos, información y asesoría sobre anticoncepción, anticonceptivos implantados o inyectados, y, después de la asesoría apropiada, los Servicios médicos relacionados con tratamientos quirúrgicos (vasectomía o ligadura de las trompas).

Servicios de Proveedores en país extranjero

Esta EOC brinda beneficios para Gastos cubiertos por servicios y suministros recibidos de Proveedores en país extranjero únicamente en caso de Afecciones médicas de emergencia y otras situaciones de urgencia en las que no habría sido razonable demorar el tratamiento hasta que el Miembro pudiera regresar a los Estados Unidos.

Los beneficios están sujetos a todos los términos, condiciones, limitaciones, multas y exclusiones establecidos en esta EOC, y no podrán superar lo que se habría pagado si el servicio o suministro se hubiera recibido en los Estados Unidos.

Pruebas genéticas

Esta EOC brinda beneficios para Gastos cubiertos por Cargos cobrados por pruebas genéticas que utilicen un método de prueba comprobado para la identificación de enfermedades hereditarias de transmisión genética. Las pruebas genéticas se cubren únicamente si:

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

La prueba de preimplantación genética y el diagnóstico genético antes de la transferencia del embrión cuentan con cobertura cuando cualquiera de los padres de un Miembro tenga una enfermedad hereditaria o sea portador de una enfermedad hereditaria de transmisión genética comprobada con evidencia médica.

La asesoría genética cuenta con cobertura si las pruebas genéticas cubiertas son planificadas o si un Miembro se encuentra en riesgo de tener una enfermedad hereditaria o ser portador de una.

Servicios de habilitación

Se brinda cobertura para servicios diseñados para ayudarle a Usted a desarrollar una función física, del habla o mental que no se desarrolló normalmente o que se demoró en forma significativa en relación con el período de desarrollo normal. Estos servicios se pagarán según se establece en el Programa de beneficios.

Se proporciona cobertura para Gastos cubiertos por la atención y el tratamiento Médicamente necesarios en caso de pérdida o impedimento del habla, según se establece en el Programa de beneficios.

El término “visita” incluye cualquier visita ambulatoria a un Médico durante la cual se brinden uno o más Servicios cubiertos. Todos los suministros y cargos adicionales cobrados junto con estos servicios se incluirán en el pago de beneficios por la visita y no se reembolsarán además de la visita.

Los límites a la cantidad de visitas establecidos en el beneficio de Servicios de rehabilitación NO se aplican a los Servicios de habilitación.

Aparatos auditivos

Se brinda cobertura para aparatos auditivos para niños y aparatos auditivos implantados en el hueso (implantes auditivos osteointegrados) hasta alcanzar cualquier límite indicado en el Programa de beneficios.

Examen de audición

Se brinda cobertura para exámenes de audición pediátricos de rutina.

Servicios de cuidado de la salud en el hogar

Esta EOC incluye beneficios para Gastos cubiertos por Servicios de salud en el hogar cuando usted: necesite cuidados especializados; no pueda obtener los cuidados necesarios como paciente ambulatorio; y no necesite estar internado en un Hospital u Otro centro de cuidado de la salud. Los Servicios de salud en el hogar se brindan exclusivamente si Cigna ha determinado que el hogar es un entorno médicamente apropiado.

Los Servicios de salud en el hogar son aquellos servicios de cuidado de la salud especializados que se pueden brindar durante las visitas de Otros profesionales de cuidado de la salud, incluidos los servicios Médicamente necesarios de un trabajador social médico. Los servicios de un asistente de salud en el hogar están cubiertos cuando se prestan en apoyo directo a los servicios de cuidado de la salud especializados proporcionados por Otros profesionales de cuidado de la salud. Una visita se define como un período de 2 horas o menos. Los Servicios de salud en el hogar están sujetos a un máximo de 16 horas en total por día. Los suministros médicos de consumo y la terapia de infusión en el hogar necesarios aplicados o utilizados por Otros profesionales de cuidado de la salud para brindar Servicios de salud en el hogar están cubiertos. Los Servicios de salud en el hogar no incluyen servicios de una persona que sea miembro de Su familia o de la familia de Su Dependiente, o que normalmente resida en Su hogar o en el hogar de Su Dependiente, aunque esa persona sea Otro profesional de cuidado de la salud. Los servicios de cuidados especiales o servicios de personal de enfermería privada proporcionados en el hogar están sujetos a los términos, condiciones y limitaciones de beneficios de los Servicios de salud en el hogar.

Esta EOC brinda beneficios para Gastos cubiertos por Cuidado de la salud en el hogar indicado por el Médico que trate su afección cuando se cumplan los siguientes criterios:

- El cuidado descrito en el plan de cuidados corresponde a servicios de cuidados especiales intermitentes, Fisioterapia, Terapia ocupacional y otros servicios a corto plazo enumerados en la sección Servicios de terapia de rehabilitación de esta EOC.
- El Miembro debe estar internado en su hogar, en lugar de hospitalizado, bajo la supervisión activa de un Médico.

- La agencia de salud en el hogar que brinde los cuidados debe estar certificada dentro del estado donde se reciban los cuidados.
- Los cuidados que se proporcionan no son Cuidados de custodia.

El Médico debe estar tratando la Enfermedad o Lesión que necesita cuidados de la salud en el hogar.

Si el Miembro es un menor o un adulto que depende de otras personas para recibir cuidados no especializados o Cuidados de custodia y/o para realizar actividades de la vida cotidiana (como bañarse, comer, etc.), el Cuidado de la salud en el hogar estará cubierto solo en los momentos en que haya un miembro de la familia o un cuidador presente en el hogar para cumplir con las necesidades de cuidados no especializados y/o Cuidados de custodia del Miembro.

Atención de enfermos terminales

Esta EOC proporciona beneficios para Gastos cubiertos por Servicios de atención de enfermos terminales en virtud de un Programa de atención de enfermos terminales para los Miembros que tengan una Enfermedad terminal y para las familias de esas personas, lo que incluye servicios médicos, de enfermería y otros servicios de cuidado de la salud paliativos y de apoyo que se prestan en el hogar o como paciente internado para los Miembros que tengan una Enfermedad terminal y las familias de dichas personas, incluso la asesoría por duelo para las familias durante un plazo de hasta 12 meses después de la muerte del Miembro con la enfermedad terminal.

Para poder recibir este beneficio, el Proveedor de servicios de atención de enfermos terminales debe contar con la debida licencia de acuerdo con las leyes estatales y locales para prestar servicios de cuidados especiales y otros servicios para apoyar y cuidar a personas que atraviesan las etapas finales de una Enfermedad terminal. Además, el Proveedor debe estar aprobado como Proveedor de atención de enfermos terminales en virtud de Medicare y de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Salud o de la agencia correspondiente del estado en el cual se venda esta EOC.

Para poder recibir beneficios para un Programa de atención de enfermos terminales, el Miembro debe estar sufriendo una Enfermedad terminal, según lo certifique su Médico, y deberá notificarnos esta circunstancia por escrito.

El Médico debe prestar su consentimiento para el Programa de atención de enfermos terminales y se le debe consultar sobre el desarrollo del plan de tratamiento.

Tratamiento con gammaglobulina inmune

El tratamiento con gammaglobulina inmune se cubrirá sin demora, suspensión o interrupción cuando a un Miembro se le diagnostique una inmunodeficiencia primaria y un Médico con licencia indique el tratamiento como Medicamento necesario. Se requiere Autorización previa, y al hacerse el diagnóstico inicial, la autorización inicial debe ser por un mínimo de 3 meses. Se puede obtener la reautorización cada 6 meses en lo sucesivo. Para los Miembros que hayan estado recibiendo tratamiento con gammaglobulina inmune durante al menos 2 años con una respuesta favorable sostenida según las notas de tratamiento o la explicación clínica que detalla la evolución hasta la fecha, la reautorización será por no menos de 12 meses, a menos que el Médico que recetó el tratamiento haya indicado una frecuencia mayor.

Infertilidad

Se brinda cobertura como si se tratara de cualquier otra afección por los Servicios cubiertos prestados en relación con el diagnóstico y/o tratamiento de la infertilidad, inclusive, a modo de ejemplo: fertilización *in vitro*, lavado uterino para recolección de embriones, transferencia de embriones, inseminación artificial, transferencia intratubárica de gametos, transferencia intratubárica de cigotos, transferencia de óvulos a la parte inferior de la trompa, inyección intracitoplasmática de espermatozoides y servicios Médicamente necesarios para los servicios estándares de preservación de la fertilidad cuando un tratamiento médico pueda causar, directa o indirectamente, infertilidad iatrogénica.

A los fines de este beneficio, “Infertilidad” significa la incapacidad de concebir un niño después de un año de haber mantenido relaciones sexuales sin protección o la incapacidad de llevar a término un embarazo. El requisito de un año no se aplicará si Su Médico determina que existe una afección médica que hace que la concepción sea imposible manteniendo relaciones sexuales sin protección, lo que incluye, a modo de ejemplo: ausencia congénita del útero o los ovarios, ausencia del útero o los ovarios como resultado de la extirpación quirúrgica debido a una afección médica o la esterilización involuntaria debido a tratamientos de Quimioterapia o radioterapia; o si los esfuerzos por concebir durante un año mediante métodos de concepción médicos supervisados, incluida la inseminación artificial, fallaron o es poco probable que permitan llevar a término un embarazo.

A los fines de este beneficio, “relaciones sexuales sin protección” se refiere a la unión sexual entre un hombre y una mujer sin el uso de ningún proceso, dispositivo o método que evite la concepción, lo que incluye, a modo de ejemplo, anticonceptivos orales, químicos, físicos o de barrera, abstinencia natural o procedimientos quirúrgicos voluntarios y permanentes, e incluye medidas apropiadas para garantizar la salud y seguridad de las parejas sexuales.

Los beneficios para tratamientos que incluyen la recuperación de ovocitos se proporcionarán únicamente cuando:

Usted no haya podido quedar embarazada o llevar a término un embarazo a través de tratamientos para la infertilidad razonables, menos costosos y médicamente apropiados (sin embargo, este requisito no se aplicará si Usted o Su pareja tiene una afección médica que hace que dicho tratamiento sea inútil); y Usted no se haya sometido a cuatro recuperaciones de ovocitos completas en virtud de este Plan (sin embargo, si, luego de una recuperación de ovocitos completa, se produjo un nacimiento con vida, se cubrirán otras dos recuperaciones de ovocitos completas).

También se proporcionarán beneficios para los gastos médicos de un donante de ovocitos o esperma por los procedimientos utilizados para recuperar esperma u ovocitos, y el procedimiento posterior para transferirle los ovocitos o esperma a Usted. Los gastos médicos asociados del donante también se cubren, lo que incluye, a modo de ejemplo: exámenes físicos, análisis de laboratorio, pruebas psicológicas y Medicamentos con receta.

La cantidad máxima de recuperaciones de ovocitos completas que cumplen con los requisitos para la cobertura en virtud de esta EOC es seis. Luego de la recuperación de ovocitos completa final, se proporcionarán beneficios para un procedimiento posterior para transferirle los ovocitos o esperma a Usted. Luego, Usted ya no tendrá beneficios para tratamientos para la infertilidad.

Limitaciones especiales

No se proporcionarán Beneficios para la infertilidad por los siguientes conceptos:

1. Servicios o suministros prestados a una madre sustituta. No obstante, los costos por procedimientos para obtener Sus óvulos, esperma o embriones se cubrirán si Usted elige usar una madre sustituta.

2. Terminación selectiva de un embrión. Se establece, no obstante, que la terminación se cubrirá si la vida de la madre estaría en peligro si se llevara a término a todos los embriones.
3. Costos no médicos de un donante de óvulos o esperma.
4. Gastos de viaje incurridos en un viaje dentro de las 100 millas de su hogar o gastos de viaje que no son Médicamente necesarios o requeridos por Cigna.
5. Los tratamientos para la infertilidad que la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva (American Society for

Reproductive Medicine) o el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians or Gynecologists) consideran En investigación y lo establecieron por escrito.

6. Tratamientos para la infertilidad proporcionados a Sus Dependientes menores de 18 años.

Además de las disposiciones anteriores, los procedimientos de fertilización *in vitro*, transferencia intratubárica de gametos, transferencia intratubárica de cigotos, transferencia de óvulos a la parte inferior de la trompa e inyección intracitoplásmica de espermatozoides deben realizarse en centros médicos que cumplan con las pautas para las clínicas de fertilización *in vitro* del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos o los estándares mínimos para programas de fertilización *in vitro* de la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva.

Aparatos protésicos/médicos internos

Se brinda cobertura para Aparatos protésicos/médicos internos, que incluyen, entre otros, implantes cocleares autorizados por el Médico de cuidado primario, e incluyen elementos de asistencia internos, ya sean permanentes o temporales, para partes del cuerpo defectuosas. La reparación, mantenimiento o reemplazo Médicamente necesarios de un aparato cubierto están cubiertos.

Servicios de laboratorio y radiológicos terapéuticos y de diagnóstico

Se brinda cobertura para servicios de laboratorio, radioterapia y otros procedimientos radiológicos terapéuticos y de diagnóstico.

Mastectomía y procedimientos relacionados

Se brinda cobertura para Gastos cubiertos por servicios hospitalarios y profesionales por mastectomía y disección de ganglios linfáticos para el tratamiento del cáncer de seno y para el tratamiento de las complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, como linfedemas, independientemente de que la mastectomía se haya realizado o no mientras el Miembro estaba cubierto por este plan. Se proporcionarán beneficios para Gastos cubiertos por atención en un Hospital como paciente internado durante un mínimo de 48 horas después de una mastectomía y un mínimo de 24 horas después de una disección de ganglios linfáticos para el tratamiento del cáncer de seno.

La cobertura como paciente internado luego de una mastectomía por el plazo que el Médico que le esté atendiendo determine que es Médicamente necesario y de acuerdo con los protocolos y las pautas basados en pruebas científicas confiables y al evaluar al paciente, y la cobertura por una visita al consultorio del médico después del alta o una visita de una enfermera en el hogar, y la disponibilidad de dicha visita, para verificar el estado del paciente en las 48 horas siguientes al alta.

La extirpación de un implante de seno y la cirugía reconstructiva posterior se cubrirán cuando sea Médicamente necesario para tratar una enfermedad o lesión.

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

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

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

Servicios de cuidado por maternidad

Se brinda cobertura para la atención Médica, quirúrgica y hospitalaria durante el embarazo, el parto y el período posparto después de un parto normal, una cesárea, un aborto espontáneo u opcional, y complicaciones del embarazo, y cuando exista un riesgo para Usted, la madre, y Sus Dependientes, lo que incluye el embarazo de hijos Dependientes. La cobertura incluye la prueba de detección de VIH prenatal si la indica un Médico o si se realiza bajo su supervisión.

La cobertura para una madre y su hijo recién nacido estará disponible por un mínimo de 48 horas de atención como paciente internado después de un parto vaginal sin complicaciones, y por un mínimo de 96 horas de atención como paciente internado luego de una cesárea sin complicaciones. No restringiremos los beneficios de ninguna estadía en un Hospital en relación con el nacimiento, para la madre o el hijo recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea; ni exigiremos que un Proveedor obtenga autorización para recetar una estadía que no supere los períodos mencionados. La decisión de acortar el período de atención como paciente internado de la madre o el recién nacido debe ser tomada por el Médico a cargo de la atención, previa consulta con la madre.

En el caso de que la madre y el recién nacido reciban el alta antes de las 48/96 horas, se brindará cobertura para una (1) visita de atención en el hogar o visita al consultorio del médico posparto dentro de las 48 horas del alta.

Suministros médicos

Se brinda cobertura para suministros médicos Médicamente necesarios que se requieran para un Miembro durante el tratamiento por una afección médica específica. Un Proveedor participante debe proporcionar los suministros. Los suministros de venta sin receta, como las tiritas y la gasa, no están cubiertos. Si otra disposición de esta EOC excluye específicamente de la cobertura a un suministro médico, no se interpretará que este párrafo brinda cobertura para dicho suministro.

Servicios de Salud mental y para Trastornos de consumo de sustancias

Esta EOC brinda beneficios para Servicios cubiertos como se indica a continuación para la evaluación y el tratamiento de la Salud mental y los Trastornos de consumo de sustancias de pacientes internados y ambulatorios. Los servicios de Salud mental y para Trastornos de consumo de sustancias que no

están cubiertos por esta EOC se detallan en la sección “Exclusiones y limitaciones de los beneficios” de esta EOC.

Servicios para pacientes internados

Los beneficios incluyen los Servicios cubiertos brindados por un Hospital para la evaluación y el tratamiento de la Salud mental y/o los Trastornos de consumo de sustancias durante una admisión hospitalaria para recibir cuidados agudos en situaciones como las siguientes:

- un paciente que representa un peligro para sí mismo o para otros;
- un paciente que no puede funcionar en la comunidad;
- un paciente que es críticamente inestable;
- un paciente que requiere cuidados agudos durante la desintoxicación; y
- el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento agudo de la adicción al alcohol y/o las drogas.

Los beneficios también incluyen los Servicios cubiertos brindados por un Centro de tratamiento residencial de Salud mental o Trastornos de consumo de sustancias para un Miembro que está internado en un Hospital o un Centro de tratamiento residencial de Salud mental o Trastornos de consumo de sustancias como un paciente registrado como paciente interno, siguiendo la recomendación de un Médico. Los Servicios cubiertos incluyen la hospitalización y los servicios de tratamiento residencial brindados por un Hospital o un Centro de tratamiento residencial de Salud mental o Trastornos de consumo de sustancias para la evaluación y el tratamiento de trastornos psicológicos y sociales que son el resultado de una afección subaguda de Salud mental o Trastornos de consumo de sustancias que le impide a un miembro participar en un tratamiento dentro de la comunidad y/o que requiere rehabilitación.

Servicios para pacientes ambulatorios

Los beneficios incluyen los Servicios cubiertos brindados por Proveedores que están calificados para tratar la Salud mental o los Trastornos de consumo de sustancias, cuando el tratamiento se realiza en forma ambulatoria para el tratamiento de afecciones tales como: ansiedad o depresión que interfiera en el normal desempeño en la vida cotidiana; adaptación emocional o angustia relacionada con afecciones crónicas, tales como la psicosis o la depresión; reacciones emocionales asociadas a problemas maritales o un divorcio; problemas de conducta o control inadecuado de los impulsos en la infancia o adolescencia; trastornos afectivos; pensamientos suicidas u homicidas; trastornos de la alimentación; o exacerbación aguda de afecciones mentales crónicas (intervención en caso de crisis y prevención de recaídas), y pruebas y evaluaciones de pacientes ambulatorios, y administración de medicamentos cuando se realiza junto con una consulta. Los Servicios cubiertos incluyen:

- Tratamiento de afecciones de Salud mental en un entorno de terapia individual, familiar, grupal, con hospitalización parcial o intensiva para pacientes ambulatorios.
- Tratamiento del abuso o la adicción al alcohol y/o las drogas, incluida la rehabilitación para pacientes ambulatorios en un entorno de terapia individual, familiar, grupal, con hospitalización parcial o intensiva para pacientes ambulatorios.
- Los programas de terapia estructurados e intensivos para pacientes ambulatorios comprenden diversos niveles o fases de tratamiento que son proporcionados por un programa de Salud mental o para Trastornos de consumo de sustancias certificado o con licencia. Los programas de terapia estructurados e intensivos para pacientes ambulatorios proporcionan una combinación de terapia individual, familiar y/o grupal hasta un total de 9 o más horas semanales.
- Los servicios de hospitalización parcial para Salud mental o Trastornos de consumo de sustancias son brindados por no menos de 4 horas y no más de 12 horas en cualquier período de 24 horas por un programa de Salud mental o para Trastornos de consumo de sustancias

certificado o con licencia de conformidad con las leyes de la agencia legalmente autorizada correspondiente.

Los servicios de hospitalización parcial para Trastornos de consumo de sustancias son brindados por no menos de 4 horas y no más de 12 horas en cualquier período de 24 horas por un programa para Trastornos de consumo de sustancias certificado o con licencia de conformidad con las leyes de la agencia legalmente autorizada correspondiente.

Servicios obstétricos y ginecológicos

Se brinda cobertura para servicios obstétricos y ginecológicos prestados por Proveedores participantes calificados en el caso de embarazo, exámenes ginecológicos para mujeres sanas, cuidado ginecológico primario y preventivo, y afecciones ginecológicas agudas. Para recibir estos Servicios y Suministros, Usted tendrá acceso directo a los Proveedores participantes calificados; no necesita una Referencia de su PCP.

Trasplantes de órganos y tejidos y cuidados especializados relacionados

Se brinda cobertura para servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos en centros designados en todos los Estados Unidos. También se brinda cobertura para servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos en otros centros Participantes (Dentro de la red) de Cigna que tengan un contrato con Cigna para brindar servicios de trasplante. Esta cobertura está sujeta a las siguientes condiciones y limitaciones:

Se brinda cobertura tanto para el receptor como para el donante de un trasplante cubierto en virtud del plan del receptor.

Se brindará cobertura para:

- Servicios cubiertos para pacientes internados y ambulatorios relacionados con la cirugía de trasplante. Los servicios de trasplante incluyen los servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios del receptor; los medicamentos inmunosupresores para pacientes internados; y los costos para la obtención de los órganos o de la médula ósea/células madre. Los servicios de trasplante están cubiertos solo si son necesarios para realizar alguno de los siguientes trasplantes de órganos o tejidos de un ser humano a otro: alogénico de médula ósea/células madre, autólogo de médula ósea/células madre, de córnea, corazón, corazón/pulmón, riñón, riñón/páncreas, riñón/hígado, hígado, pulmón, páncreas o intestino, que incluye intestino delgado, intestino delgado/hígado o multivisceral.
- Los trasplantes de córnea no están cubiertos en los contratos con los Proveedores de LifeSOURCE, pero se cubren cuando los realiza un centro de un Proveedor participante.
- La extirpación del órgano del donante. La cobertura para los costos de obtención de órganos se limitará a los costos directamente relacionados con la obtención de un órgano, ya sea de un donante fallecido o vivo. Los costos de la obtención del órgano consisten en la intervención quirúrgica necesaria para la extirpación del órgano, el transporte del órgano y el transporte, la hospitalización y la cirugía del donante vivo. Los cargos por pruebas de compatibilidad realizadas antes de la obtención gozan de cobertura si resultan Médicamente necesarias. También están cubiertos los costos relacionados con la búsqueda y la identificación de un donante de médula ósea o células madre para un trasplante alogénico.

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

NOTA: La mayoría de los centros de Proveedores Dentro de la red NO tienen un contrato con Cigna para brindar servicios de trasplante. Si Usted opta por recibir servicios de trasplante en un centro Dentro de la red que no tenga un contrato con Cigna para brindar servicios de trasplante, dichos servicios no estarían cubiertos. Para averiguar si un centro Dentro de la red tiene un contrato con Cigna para brindar servicios de trasplante, comuníquese con Su administrador de casos de Cigna o llame al número que aparece en Su tarjeta de identificación.

Servicios de viaje para trasplantes

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

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

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

Nota: Los servicios de viaje cubiertos en virtud de esta EOC están sujetos a los siguientes límites:

- límite por día
- límite por trasplante
- límite de beneficio máximo general

Los gastos de viaje que NO están cubiertos incluyen, entre otros:

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

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

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

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

Servicios adicionales disponibles a través de centros de LifeSOURCE

El siguiente servicio está cubierto pero SOLAMENTE cuando se brinda en un centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network. El servicio no está cubierto cuando es brindado por cualquier otro Proveedor, incluido cualquier otro Proveedor participante de Cigna:

- **Dispositivo de asistencia ventricular**

Los procedimientos para implantar un dispositivo de asistencia ventricular (VAD, por sus siglas en inglés) se cubren únicamente cuando se realizan en un centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network® con un programa de trasplante de corazón aprobado. Los procedimientos para implantar VAD recibidos de otros Proveedores no están cubiertos.

Cirugía ortognática

El tratamiento y la cirugía ortognáticos, los servicios dentales y de ortodoncia, y/o los aparatos que sean de naturaleza ortodóncica o que modifiquen la oclusión dental (externos o intrabucales) están cubiertos si son aprobados como Médicamente necesarios.

Servicios para osteoporosis

Se brinda cobertura para servicios relacionados con la medición de la densidad ósea Médicamente necesaria y para el diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en virtud de los mismos términos y condiciones que se aplican a otras afecciones médicas.

Suministros para estoma

Se brinda cobertura para suministros para estoma que sean Médicamente necesarios para el cuidado y la limpieza de un estoma temporal. Los suministros cubiertos incluyen, a modo de ejemplo: bolsas, placas frontales y cinturones, mangas de irrigación, bolsas y catéteres, barreras cutáneas, gasa, removedor de adhesivo, desodorante, cubiertas para bolsas y otros suministros, según sea apropiado.

Oxígeno

Se brinda cobertura dentro del Área de servicio para oxígeno que se utiliza en forma rutinaria como paciente ambulatorio. Los servicios de oxígeno no se cubren fuera del Área, excepto en caso de emergencia.

PANDAS y PANS

(Trastornos pediátricos neuropsiquiátricos autoinmunes asociados a las infecciones por estreptococo —PANDAS, por sus siglas en inglés— y síndrome pediátrico neuropsiquiátrico de inicio agudo —PANS, por sus siglas en inglés—)

Su plan de beneficios incluye cobertura para los servicios requeridos en virtud de la ley estatal de Illinois para el tratamiento de los trastornos pediátricos neuropsiquiátricos autoinmunes asociados a las infecciones por estreptococo y el síndrome pediátrico neuropsiquiátrico de inicio agudo, que incluye, a modo de ejemplo, el tratamiento con inmunoglobulina intravenosa.

Cuidado dental pediátrico

Si Usted no adquirió Su Plan en un Mercado, se brinda cobertura para el cuidado dental pediátrico para Miembros menores de 19 años en la póliza de Cuidado dental pediátrico en la que está inscrito el Miembro. Los beneficios de la póliza de Cuidado dental pediátrico están sujetos a todos los términos y condiciones de dicha póliza.

Beneficios de cuidado de la vista pediátrico

Tenga en cuenta que la red de Servicios de cuidado de la vista pediátrico es diferente de la red de Sus beneficios médicos.

Los Beneficios de cuidado de la vista pediátrico cubiertos están sujetos a cualquier Coseguro que se indique en el Programa de beneficios, cuando corresponda.

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

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

Colección de marcos pediátricos se refiere a marcos designados que son adecuados como soporte de lentes y que están cubiertos por completo en virtud de los beneficios de cuidado de la salud esenciales.

Servicios de cuidado de la vista pediátrico significa exámenes de cuidado de la vista de rutina, tratamiento preventivo y otros servicios o tratamientos que se describen en la sección “Servicios de cuidado de la vista pediátrico” de esta EOC proporcionados a un Miembro que tiene menos de 19 años. **Los beneficios se aplicarán hasta el final del mes en el que se alcance esta edad límite.**

Beneficios cubiertos

Los Beneficios cubiertos Dentro de la red para Miembros hasta el final del mes en que el Miembro cumpla 19 años incluyen:

- Exámenes: Una evaluación de la salud de la vista y de los ojos por año realizada por un Optometrista o un Oftalmólogo, que incluye, a modo de ejemplo, examen de la salud de los ojos, dilatación, refracción y recetas para anteojos.
- Lentes de anteojos: Incluye todos los lentes recetados, incluidos prismas, lentes monofocales estándares, bifocales con línea, trifocales con línea, lenticulares y progresivos estándares de policarbonato, vidrio o plástico, incluidos los siguientes accesorios adicionales:
 - lentes extragrandes;
 - todos los colores lisos y en degradé;
 - recubrimiento contra rayones;
 - recubrimiento ultravioleta (UV);
 - mínimo del 20% de ahorro* en todas las mejoras adicionales de los lentes que usted elija para sus lentes, que incluyen, a modo de ejemplo: recubrimiento antirreflex; polarizado; lentes de alto índice y estilos de lentes, como bifocales sin línea, intermedios y lentes progresivos prémium.

* La participación del proveedor es 100% voluntaria; por favor, consulte a su profesional de cuidado de la vista sobre los descuentos ofrecidos.

- Marcos: Un marco para lentes recetados por año de la Colección de marcos pediátricos. Solo los marcos de la Colección de marcos pediátricos se cubren al 100%. Marcos que no pertenecen a la Colección: El costo compartido del Miembro puede ser hasta del 75% del precio minorista.
- Lentes de contacto opcionales: Un par de lentes de contacto o una compra única de un suministro de lentes de contacto, en lugar del beneficio de lentes y marcos (no pueden recibirse lentes de contacto y marcos en el mismo año de beneficios), que incluye los servicios profesionales.
- Se cubre un suministro para un año de Lentes de contacto terapéuticos, independientemente del tipo de lentes de contacto, incluidos los servicios profesionales, en lugar de marcos y lentes. Se brindará cobertura para lentes de contacto terapéuticos cuando la agudeza visual no pueda corregirse a 20/70 en el ojo con mejor visión con anteojos y cuando el ajuste de los lentes de contacto obtendría este nivel de agudeza visual, y en ciertos casos de anisometropía, queratocono o afaquia, según lo determine y documente su Proveedor de cuidado de la vista. Los lentes de contacto ajustados para otros fines terapéuticos o la reducción de los campos visuales debido a una alta corrección en menos o más no están cubiertos.
- Cobertura para personas con poca visión: Los elementos de asistencia y servicios profesionales y complementarios para personas con poca visión se cubren por completo una vez cada 12 meses para un Miembro con visión parcial o cuya visión no se pueda corregir por completo mediante cirugía, productos farmacéuticos, lentes de contacto o anteojos. Existen diversos elementos de asistencia para personas con poca visión, como el telescopio bióptico, que puede ayudar al Miembro con sus necesidades específicas.

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

Exclusiones de cuidado de la vista pediátrico

- entrenamiento ortóptico o visual y cualquier prueba complementaria asociada;
- tratamiento médico o quirúrgico de los ojos;
- cualquier examen de la vista, o accesorio correctivo para la vista, requerido por un empleador como condición para el empleo;
- cualquier lesión o enfermedad pagada o pagadera por la ley del Seguro de accidentes de trabajo o una ley similar, o que se relacione con el trabajo;
- cargos que superen el cargo razonable y usual por el Servicio o los Materiales;
- cargos incurridos después de finalizada la EOC o de finalizada la cobertura del Miembro en virtud de la EOC, a excepción de lo que se especifica en la EOC;
- tratamiento o dispositivo no convencional Experimental, En investigación o No comprobado;
- dispositivos de aumento o para personas con poca visión que no estén incluidos en la sección "Beneficios cubiertos" más arriba;
- cualquier tipo de anteojos, lentes o lentes de contacto que no requieran receta médica;
- lentes para anteojos, tratamientos, "accesorios" o recubrimientos para lentes que no aparezcan de otra forma como un servicio o suministro cubierto dentro de esta sección;
- dos pares de anteojos, en lugar de lentes bifocales o trifocales;
- anteojos o lentes de seguridad necesarios para el trabajo;

- beneficio de anteojos para terminal de pantalla de video (VDT, por sus siglas en inglés) o computadora;
- anteojos de sol con receta;
- lentes de alto índice de refracción de cualquier tipo de material
- para métodos de tratamiento o procedimientos Experimentales, En Investigación o No comprobados no aprobados por la Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association) o la asociación oftalmológica especializada correspondiente, o en relación con dichos métodos;
- reclamos presentados y recibidos después de transcurridos doce (12) meses de la fecha de servicio original;
- los servicios proporcionados fuera de la red sin la aprobación previa de Cigna no están cubiertos.

Proveedores de Cigna Vision

Para buscar un Proveedor de Cigna Vision u obtener un formulario de reclamo, el Miembro debe visitar **myCigna.com** y usar el vínculo que se encuentra en la página de cobertura de la vista. También puede llamar a Servicios a los Miembros al número gratuito que aparece en Su tarjeta de identificación.

Servicios de cuidado preventivo/Exámenes de salud periódicos

Se brinda cobertura para servicios de cuidado preventivo de rutina. Se pagarán los Gastos cubiertos por servicios de cuidado preventivo, que incluirán los siguientes:

Exámenes físicos de rutina, que incluyen, a modo de ejemplo, los siguientes exámenes preventivos y asesoría:

- control de la presión arterial;
- examen de detección de obesidad y asesoría sobre el tema;
- asesoría sobre dietas para adultos con mayor riesgo de sufrir enfermedades crónicas;
- uso de aspirina para hombres y mujeres de determinadas edades;
- prevención de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés);
- Evaluación para detectar depresión
- examen de detección de consumo indebido de alcohol y asesoría sobre el tema;
- examen de detección de consumo de tabaco e intervenciones para dejar de fumar para consumidores de tabaco.
- Examen de Papanicolaou anual.
- Mamografía de dosis baja para todas las mujeres de 35 años en adelante de la siguiente forma:
 - mamografía de referencia para las mujeres de 35 a 39 años y mamografía anual para mujeres de 40 años en adelante;
 - para las mujeres menores de 40 años con antecedentes familiares de cáncer de seno u otros factores de riesgo, se cubrirán las mamografías a la edad y según el intervalo que se consideren Médicamente necesarios;
 - la cobertura incluye tanto (a) una ecografía exhaustiva y una resonancia magnética de un seno entero o los dos si una mamografía demuestra tejido mamario denso o heterogéneo, cuando es Médicamente necesario, según lo determina un Médico con licencia para ejercer todas las ramas de la medicina; como (b) una resonancia magnética cuando es Médicamente necesaria, según lo determina un Médico;

- las mamografías de dosis baja se cubren sin costo, con sujeción a las condiciones anteriores.

A los fines de este beneficio, “mamografía de dosis baja” se refiere al análisis radiográfico del seno con equipos dedicados específicamente a las mamografías, que incluyen el tubo de rayos x, el filtro, el dispositivo de compresión y el receptor de imágenes, con exposición a la radiación de menos de 1 rad por seno para 2 visualizaciones de un seno de tamaño promedio. El término también incluye la mamografía digital y la tomosíntesis de senos. Respecto de este beneficio, el término “tomosíntesis de senos” significa un procedimiento radiológico que implica la adquisición de proyecciones del seno inmóvil para producir imágenes tridimensionales digitales y transversales del seno.

- Examen de detección del cáncer de próstata, que incluye el examen rectal digital anual y la prueba de antígeno prostático específico para hombres si lo recomienda un Médico para:
 - hombres asintomáticos de 50 años en adelante;
 - hombres afroamericanos de 40 años en adelante;
 - hombres de 40 años en adelante con antecedentes familiares de cáncer de próstata.
- Examen de detección de cáncer de pulmón anualmente con una tomografía computarizada de baja dosis para adultos de 55 años en adelante que hayan fumado 30 paquetes al año y que fumen actualmente o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años.
- Examen de control del colesterol para adultos de determinadas edades o con alto riesgo.
- Examen de detección de diabetes tipo 2 en caso de nivel de glucosa anormal para adultos con presión arterial alta y/o como parte de una evaluación de riesgo cardiovascular en adultos de 40 años en adelante que tienen sobrepeso o son obesos.
- Examen de detección de VIH para todas las personas de 15 a 65 años.
- Examen de detección de VIH para todos los adultos con mayor riesgo y examen de detección de sífilis para los adultos con mayor riesgo.
- Examen de detección de hepatitis C para las personas con un alto riesgo de infección.
- Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal para hombres que han fumado alguna vez.
- Examen de detección del cáncer colorrectal para adultos de más de 50 años.
- Artículos o servicios que tengan una calificación A o B en las recomendaciones vigentes del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés).
- Vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, que incluyen hepatitis A, hepatitis B, herpes zóster, virus del papiloma humano, antigripal, sarampión, paperas, rubéola, antimeningocócica, antineumocócica, tétanos, difteria, tos ferina y varicela.
- Vacuna contra el herpes zóster aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos si la vacuna la indica un Médico con licencia para ejercer todas las ramas de la medicina y si la persona inscrita tiene 60 años o más.
- Prevención de caídas en adultos mayores.
- Para bebés, niños y adolescentes, cuidado preventivo y exámenes de detección basados en evidencias contemplados en las pautas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud, que incluyen, a modo de ejemplo:
 - examen de detección de hipotiroidismo congénito, examen de audición, examen de detección de hemoglobinopatías o anemia drepanocítica y fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) para todos los recién nacidos;
 - medicación preventiva contra la gonorrea para los ojos de todos los recién nacidos.

- las siguientes vacunas de inmunización para los niños desde el nacimiento hasta los 18 años (las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas varían): hepatitis A, hepatitis B, virus del papiloma humano, antigripal, sarampión, paperas, rubéola, antimeningocócica, antineumocócica, tétanos, difteria, tos ferina, varicela, Haemophilus influenzae tipo B, rotavirus y antipoliomielítica inactivada;
- cualquier otra vacuna que la ley requiera para un niño. Las inyecciones para alergias no se consideran vacunas en virtud de esta disposición sobre beneficios.
- suplementos de hierro para niños de 6 a 12 meses con riesgo de sufrir anemia;
- examen de evaluación del desarrollo para niños menores de 3 años y control durante la infancia;
- evaluación de riesgos de la salud bucal para los niños más pequeños;
- examen de la vista para todos los niños e historia clínica para todos los niños a lo largo del desarrollo;
- suplementos de quimioprevención con flúor para niños sin flúor en su fuente de agua a partir de los 6 meses; los médicos clínicos de cuidado primario deben aplicar un barniz de flúor a los dientes primarios de todos los bebés y niños a partir del momento de su erupción;
- examen de detección de plomo para niños en riesgo de exposición y examen de tuberculina para niños con mayor riesgo de contraer tuberculosis en las siguientes edades como parte de una visita preventiva infantil (niño sano):
 - 0 a 11 meses;
 - 1 a 4 años;
 - 5 a 10 años;
 - 11 a 14 años; y
 - 15 a 17 años;
- evaluaciones del comportamiento y controles de la presión arterial para niños de todas las edades;
- examen de detección de autismo cualquiera sea la edad de la Persona cubierta;
- examen de detección de dislipidemia para niños con mayor riesgo de trastorno lipídico;
- mediciones de la estatura, el peso y el índice de masa corporal;
- examen de detección de obesidad y asesoría sobre el tema;
- prueba de hemoglobina o hematocrito;
- examen de detección de depresión para adolescentes;
- examen de detección de consumo de alcohol y drogas para adolescentes;
- examen de detección de displasia del cuello uterino para mujeres sexualmente activas;
- educación sobre prevención del VIH y evaluaciones de riesgo anuales para adolescentes;
- examen de detección del VIH y prevención y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) para los adolescentes con mayor riesgo;
- examen de detección de consumo de tabaco e intervenciones para dejar de fumar, incluso educación o asesoría breve para evitar comenzar a consumir tabaco para niños de edad escolar y adolescentes, para consumidores de tabaco;

- asesoría del comportamiento en relación con el cáncer de piel para adultos jóvenes, adolescentes y padres de niños pequeños, desde 6 meses hasta 24 años.
- Para las mujeres, incluso las mujeres embarazadas, el cuidado preventivo y los exámenes de detección adicionales que estén contemplados en las pautas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud, que incluyen, a modo de ejemplo:
 - visitas preventivas femeninas para recibir servicios preventivos recomendados;
 - asesoría sobre pruebas genéticas para cáncer de seno y sobre quimioprevención del cáncer de seno para mujeres con mayor riesgo;
 - examen de detección de gonorrea para todas las mujeres con mayor riesgo;
 - examen de detección de infección por clamidia para mujeres jóvenes y mujeres adultas con mayor riesgo;
 - examen de detección de incontinencia urinaria;
 - examen de detección de cáncer de cuello uterino, examen de detección del VIH y asesoría sobre infecciones de transmisión sexual (STI) para las mujeres sexualmente activas;
 - educación sobre prevención del VIH y evaluación de riesgo para mujeres, al menos, en forma anual durante toda su vida;
 - prueba del virus del papiloma humano (VPH): pruebas de ADN para la detección de VPH en casos de alto riesgo cada 3 años para mujeres con resultados normales de los exámenes de citología de 30 años en adelante;
 - examen de detección de osteoporosis para mujeres de 60 años en adelante, según los factores de riesgo;
 - examen de detección de violencia familiar e interpersonal, y asesoría sobre el tema para todas las mujeres;
 - examen de detección de consumo indebido de alcohol y asesoría sobre el tema;
 - examen de detección de consumo de tabaco e intervenciones para dejar de fumar para consumidoras de tabaco, y asesoría ampliada para mujeres embarazadas que consumen tabaco;
 - anticonceptivos: métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, procedimientos de esterilización y educación y asesoría para pacientes, lo que no incluye medicamentos abortivos;
 - suplementos de ácido fólico para mujeres que puedan quedar embarazadas;
 - aspirina de baja dosis (81 mg/día) después de 12 semanas de gestación para mujeres con alto riesgo de sufrir preeclampsia;
 - examen de detección de hepatitis B para mujeres embarazadas, en su primera visita prenatal;
 - examen de detección de sífilis para todas las mujeres embarazadas u otras mujeres con mayor riesgo;
 - prueba de incompatibilidad de Rh para todas las mujeres embarazadas y pruebas de seguimiento para mujeres con mayor riesgo;
 - examen de detección de anemia de forma rutinaria para mujeres embarazadas;
 - examen de detección de bacteriuria, infección urinaria u otras infecciones para mujeres embarazadas;

- examen de detección de diabetes gestacional para mujeres con 24 a 28 semanas de embarazo y para quienes tienen un mayor riesgo de contraer diabetes gestacional;
- examen de detección de diabetes después del embarazo;
- apoyo integral para la lactancia y asesoría de Proveedores capacitados, así como acceso a suministros para la lactancia, incluso cobertura del alquiler de un sacaleches por nacimiento hasta el precio de compra, según lo indique o recete un Médico para mujeres embarazadas o que estén amamantando.
- examen clínico de los senos

Podrá encontrar información detallada en www.healthcare.gov.

Nota: Los Servicios cubiertos no incluyen exámenes, cuidados, pruebas de detección ni vacunas de rutina con fines de viajes (excepto las vacunas contra la malaria), laborales, escolares ni deportivos.

Prótesis y aparatos ortopédicos

Aparatos y dispositivos protésicos externos

Esta EOC brinda beneficios para Gastos cubiertos realizados o indicados por un Médico para: la compra y el ajuste iniciales de los Aparatos y dispositivos protésicos externos disponibles solo mediante una receta que indique que son Médicamente necesarios para aliviar o corregir una Enfermedad, Lesión o defecto congénito.

Los Aparatos y dispositivos protésicos externos incluyen Prótesis/aparatos y dispositivos protésicos, Aparatos ortopédicos y Dispositivos ortopédicos, Soportes y Férulas. Esto incluye la cobertura para la reparación, el mantenimiento o el reemplazo de un Aparato o dispositivo protésico cubierto, a menos que el reemplazo se requiera debido a que el Miembro perdió el Aparato protésico o lo usó en forma indebida.

La cobertura de los Aparatos y dispositivos protésicos externos se limita a la alternativa más apropiada y menos costosa.

Se proporciona cobertura para Aparatos ortopédicos del pie fabricados a medida y otros Aparatos ortopédicos de la siguiente forma:

- Aparatos ortopédicos que no son para pies. Solamente se cubren los siguientes aparatos ortopédicos que no son para pies:
 - a. aparatos ortopédicos fabricados a medida, rígidos y semirrígidos;
 - b. aparatos ortopédicos flexibles y prefabricados semirrígidos; y
 - c. aparatos ortopédicos prefabricados rígidos, lo que incluye la preparación, el ajuste y los agregados básicos, tales como barras y conexiones.
- Aparatos ortopédicos fabricados a medida para pies. Los aparatos ortopédicos fabricados a medida para pies se cubren solamente cuando son Médicamente necesarios en los siguientes casos:
 - a. para Miembros con sensación periférica disminuida y/o circulación periférica alterada (por ejemplo, la neuropatía diabética y la enfermedad vascular periférica);
 - b. cuando el Aparato ortopédico para pies es una parte integral de un soporte para extremidades inferiores y es necesario para el funcionamiento apropiado del soporte;
 - c. cuando el Aparato ortopédico para pies se utiliza para reemplazar o sustituir partes faltantes del pie (por ejemplo, amputación), y es necesario para el alivio o la corrección de una enfermedad, lesión o defecto congénito; y

- d. para Miembros con afecciones neurológicas o neuromusculares (por ejemplo, parálisis cerebral, hemiplejía, espina bífida) que producen espasticidad, alineación incorrecta del pie o posición patológica del pie, y existe una expectativa razonable de mejoría.

La cobertura para reemplazo de aparatos y dispositivos protésicos externos se limita a lo siguiente:

- El reemplazo debido al uso regular. No se cubre el reemplazo por daño debido al uso abusivo o incorrecto por parte del Miembro; y
- Se proporcionará el reemplazo cuando los cambios anatómicos vuelvan ineficaz al aparato o dispositivo protésico externo. El cambio anatómico incluye el aumento o pérdida de peso significativos, atrofia y/o crecimiento.

Cirugía reconstructiva

Se brinda cobertura para la cirugía reconstructiva o el tratamiento Médico necesarios para defectos congénitos y anomalías de nacimiento médicamente diagnosticados. Además, la cirugía reconstructiva o el tratamiento para reparar o corregir una deformidad física grave o desfiguración que está acompañada por un déficit funcional siempre que:

1. la cirugía o el tratamiento recupere o mejore la funcionalidad, o reduzca el riesgo de sufrir un trastorno funcional;
2. la reconstrucción se requiera como resultado de una cirugía no estética Médico necesaria; o
3. la cirugía o el tratamiento se requiera como resultado de una ausencia congénita o agenesia (falta de formación o desarrollo) de una parte del cuerpo.

Las cirugías posteriores o reiteradas para la misma afección solo están cubiertas cuando el Director médico de Cigna determine que existe la probabilidad de una mejoría adicional significativa.

Servicios para terapia de rehabilitación

(Fisioterapia, Terapia ocupacional y Terapia del habla)

Terapia ocupacional

Se brinda cobertura para Terapia ocupacional cuando un Terapeuta ocupacional registrado presta estos servicios bajo la supervisión de un Médico. Esta terapia debe brindarse en virtud de un plan escrito establecido por un Médico y revisado regularmente por el terapeuta y el Médico. El plan debe establecerse antes de que haya comenzado el tratamiento y debe estar relacionado con el tipo, la cantidad, la frecuencia y la duración de la terapia, e indicar el diagnóstico y los objetivos previstos.

Fisioterapia

Se brinda cobertura para Fisioterapia cuando un Fisioterapeuta profesional registrado presta estos servicios bajo la supervisión de un Médico. La terapia debe brindarse en virtud de un plan escrito establecido por un Médico y revisado regularmente por el fisioterapeuta y el Médico. El plan debe establecerse antes de que haya comenzado el tratamiento y debe estar relacionado con el tipo, la cantidad, la frecuencia y la duración de la terapia, e indicar el diagnóstico y los objetivos previstos.

Se brinda cobertura para el uso terapéutico del calor, frío, ejercicio, electricidad, luz ultravioleta o masajes para mejorar la circulación, fortalecer los músculos, favorecer la recuperación de la movilidad o como parte del tratamiento de una Enfermedad o Lesión; y el manejo conservador de afecciones neuromusculoesqueléticas agudas mediante manipulación y tratamiento fisiológico auxiliar en

articulaciones específicas con el fin de restaurar el movimiento, reducir el dolor y mejorar la funcionalidad se pagará hasta alcanzar la cantidad máxima de visitas que se establece en el Programa de beneficios.

También se brinda cobertura para la Fisioterapia preventiva o de mantenimiento cuando se receta para personas afectadas por la esclerosis múltiple.

Terapia del habla

Se brinda cobertura para Terapia del habla cuando un Logoterapeuta con licencia o certificado por la Asociación Estadounidense del Habla y la Audición (American Speech and Hearing Association) presta estos servicios. Los beneficios de Terapia del habla como paciente internado se brindarán únicamente si la Terapia del habla no es el único motivo de la admisión.

Se proporciona cobertura para Gastos cubiertos por el cuidado y el tratamiento necesarios en caso de pérdida o impedimento del habla, que se pagará hasta la cantidad de visitas establecidas en el Programa de beneficios. Todos los Suministros cubiertos y cargos adicionales cobrados correctamente junto con estos servicios se incluirán en el pago de beneficios por la visita y no se reembolsarán además de la visita.

Rehabilitación pulmonar y cardíaca

Esta EOC brinda beneficios para Gastos cubiertos incurridos por rehabilitación pulmonar y por rehabilitación cardíaca de fase II, en forma ambulatoria, después de que el paciente reciba un diagnóstico de una afección cardíaca que cumple con los requisitos, cuando sea Médicamente necesario. Fase II es un programa hospitalario para pacientes ambulatorios, que se implementa después del alta hospitalaria de los pacientes internados. El programa de fase II debe ser dirigido por un Médico, con monitoreo activo del tratamiento y del ECG.

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

Servicios naprapáticos

Se brinda cobertura para Servicios naprapáticos como si se tratara de beneficios para cualquier otra afección, hasta alcanzar cualquier límite de visitas que se indique en el Programa de beneficios.

Servicios quiroprácticos

Se brinda cobertura para la manipulación o el ajuste de estructuras articulares u óseas, comúnmente conocidos como manipulación quiropráctica y osteopática, cuando una persona con licencia para realizar dichos procedimientos presta dichos servicios, hasta alcanzar cualquier límite de visitas que se indique en el Programa de beneficios.

Servicios de terapia de masajes

Se brinda cobertura para la terapia de masajes Médicamente necesaria para el tratamiento de una Enfermedad o Lesión.

El término "visita" incluye cualquier visita ambulatoria a un Médico durante la cual se brinden uno o más Servicios cubiertos.

La cobertura se limita a servicios de terapia que sean de restauración. Los servicios de terapia de restauración son servicios diseñados para restaurar niveles de funcionamiento que habían existido anteriormente, pero que se perdieron como resultado de una Lesión o Enfermedad. Los servicios de terapia de restauración no incluyen tratamientos diseñados para adquirir niveles de funcionamiento que no se habían logrado antes de

la Lesión o Enfermedad. No se cubren los servicios cuando el Director médico de Cigna considera que son de custodia, capacitación, educativos o del desarrollo. La Terapia ocupacional se brinda con el único propósito de permitir a los Miembros realizar actividades de la vida cotidiana luego de una Lesión o Enfermedad. Nota: Esta disposición no se aplica a los servicios de Terapia de rehabilitación.

Tratamiento para el trastorno/la disfunción de la articulación temporomandibular

Se brinda cobertura para servicios médicos para el trastorno o la disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ/TMD, por sus siglas en inglés) que resulte de un accidente, traumatismo, defecto congénito, defecto del desarrollo o patología, como si se tratara de cualquier otra afección médica.

Los Gastos cubiertos incluyen el diagnóstico y tratamiento de TMJ/TMD que la profesión médica o dental reconozcan como un tratamiento eficaz y apropiado para TMJ/TMD, que incluye férulas intrabucales que estabilizan la articulación mandibular.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

Los beneficios de Medicamentos con receta que se incluyen debajo están sujetos a todos los términos, condiciones y límites incluidos en esta EOC.

Para conocer las Definiciones asociadas con los beneficios de Medicamentos con receta, consulte la sección “Definiciones” de esta EOC.

Los Medicamentos con receta y Suministros relacionados cubiertos adquiridos en una Farmacia se encuentran sujetos al Deducible detallado en el Programa de beneficios. Una vez que se haya alcanzado el Deducible, están sujetos a cualquier Copago o Coseguro indicado en el Programa de beneficios. Para obtener información adicional sobre el Deducible, consulte la sección “Definiciones” de esta EOC.

Puede obtener la Lista de medicamentos con receta de Cigna si la solicita llamando a Servicios a los Miembros al número que aparece en Su tarjeta de identificación o visitando <http://www.cigna.com/ifp-drug-list>.

Pagos de los Miembros

En el caso de que Usted solicite un Medicamento de marca que tenga un equivalente Genérico, Usted deberá pagar la diferencia de costo entre el Medicamento de marca y el Medicamento genérico, más el Copago o Coseguro para Medicamentos genéricos indicado en el Programa de beneficios.

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

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

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

Medicamentos con receta cubiertos en virtud de los beneficios médicos

Cuando los Medicamentos con receta cubiertos por Cigna sean administrados en un entorno de cuidado de la salud por un Médico o un profesional de cuidado de la salud, y se facturen junto con los Cargos del consultorio o el centro, estarán cubiertos en virtud de los beneficios médicos de esta EOC. No obstante, es posible que estén sujetos a requisitos de Tratamiento escalonado o Autorización previa para Medicamentos con receta.

Para determinados Medicamentos de distribución limitada cubiertos en virtud de los beneficios médicos de esta EOC, el Proveedor que administre el medicamento debe obtenerlo directamente de un Proveedor de Medicamentos de distribución limitada designado por Cigna para que ese medicamento esté cubierto. Si tiene alguna pregunta acerca de cómo adquirir los medicamentos que se le están administrando, consulte a Su Proveedor.

Beneficios de Medicamentos inyectables autoadministrados y Medicamentos para infusión e inyectables

Medicamentos cubiertos en virtud de los beneficios de Medicamentos con receta

Los Medicamentos inyectables autoadministrados y las jeringas para la autoadministración de dichos medicamentos están cubiertos en virtud de los beneficios de Medicamentos con receta de esta EOC. Para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto, puede hacer lo siguiente:

- iniciar sesión en Su cuenta de myCigna.com y
- ver la Lista de medicamentos con receta en <http://www.cigna.com/ifp-drug-list>, y
- elegir la Lista de medicamentos con receta de Cigna correspondiente a Su estado.

Nota: Es posible que los medicamentos estén sujetos a requisitos de Tratamiento escalonado o Autorización previa para Medicamentos con receta.

Medicamentos cubiertos en virtud de los beneficios médicos

Los Medicamentos para infusión e inyectables incluidos en la Lista de medicamentos con receta de Cigna están cubiertos en virtud de los beneficios médicos de esta EOC en los siguientes casos:

Cuando los Medicamentos para infusión e inyectables incluidos en la Lista de medicamentos con receta de Cigna sean administrados en un entorno de cuidado de la salud por un Médico o un profesional de cuidado de la salud, y se facturen junto con los Cargos del consultorio o el centro.

Para ver la Lista de medicamentos con receta de Cigna, Usted o Su Médico pueden:

- acceder a <http://www.cigna.com/ifp-drug-list> y
- elegir Su estado.

Nota: Es posible que los medicamentos estén sujetos a requisitos de Tratamiento escalonado o Autorización previa para Medicamentos con receta.

Administración de la Lista de medicamentos con receta

La Lista de medicamentos con receta es administrada por el Equipo de decisiones comerciales. El equipo toma la decisión final respecto de la inclusión de un Medicamento con receta en un determinado nivel de cobertura. Los niveles de cobertura de su plan pueden contener Medicamentos con receta que sean Medicamentos genéricos, Medicamentos de marca o Medicamentos con receta de especialidad. La inclusión de cualquier Medicamento con receta en un nivel específico depende de varios factores clínicos y económicos, como la revisión y consideración de las evaluaciones del lugar de terapia, la seguridad relativa o la eficacia relativa del Medicamento con receta por parte del Comité de P&T, y de si deben

aplicarse determinados límites al suministro u otros requisitos de administración de la utilización. Usted (o Su Dependiente) y el Médico que le receta medicamentos determinarán si un Medicamento con receta en particular es apropiado para Usted o cualquiera de Sus Dependientes, sin importar su elegibilidad para estar cubiertos por Su plan.

La condición de cobertura de un Medicamento con receta puede cambiar periódicamente por varios motivos. Por ejemplo, un Medicamento con receta puede ser retirado del mercado, puede agregarse un nuevo Medicamento con receta perteneciente a la misma clase terapéutica o puede aumentar el costo de un Medicamento con receta.

Como resultado de los cambios en la cobertura, Su Costo compartido para ese Medicamento con receta puede aumentar o disminuir, o es posible que el medicamento deje de estar cubierto en virtud de esta EOC. En ese caso, quizás le convenga hablar con Su Médico sobre la posibilidad de cambiar por un Medicamento con receta alternativo. Acceda a www.mycigna.com en Internet o llame a Servicios a los Miembros al número de teléfono que aparece en Su tarjeta de identificación para conocer la información más actualizada con respecto al nivel de cobertura, la administración de la utilización u otras limitaciones de cobertura para un Medicamento con receta.

Patient Assurance Program

Su EOC ofrece descuentos adicionales para determinados Medicamentos con receta cubiertos que son despachados por una Farmacia incluida en el programa conocido como "Patient Assurance Program". Como tal vez se describa en otras secciones de esta EOC, es posible que Cigna, de tanto en tanto, en forma directa o indirecta, celebre convenios con fabricantes de productos farmacéuticos para ofrecer descuentos que permitan reducir sus gastos de desembolso para determinados Medicamentos con receta cubiertos por los cuales Cigna obtiene los descuentos, en forma directa o indirecta. Específicamente, una parte o la totalidad del descuento del programa Patient Assurance Program que Cigna obtiene para determinados Medicamentos con receta cubiertos incluidos en el programa se aplica o acredita a una parte de su Copago o Coseguro, si lo hubiera. El Copago o Coseguro, si lo hubiera, que de otro modo se aplicaría a esos Medicamentos con receta cubiertos según lo indicado en el Programa de beneficios puede reducirse para que los descuentos del programa Patient Assurance Program u otros pagos obtenidos por Cigna se apliquen o acrediten al Copago o Coseguro, si lo hubiera, como se describió arriba.

Por ejemplo, determinados medicamentos de insulina cubiertos por el beneficio de Medicamentos con receta por los cuales Cigna obtiene, directa o indirectamente, un descuento en relación con el programa Patient Assurance Program pueden generar un crédito aplicable a una parte o la totalidad de su Copago o Coseguro, si lo hubiera, que como se indicó, puede reducirse respecto a la cantidad indicada en el Programa de beneficios para los medicamentos de insulina. Además, es posible que los medicamentos de insulina cubiertos que cumplen con los requisitos para los descuentos del programa Patient Assurance Program no estén sujetos a ningún Deducible aplicable, si lo hubiera.

Cualquier descuento del programa Patient Assurance Program que se use para alcanzar su Copago o Coseguro, si lo hubiera, para Medicamentos con receta cubiertos en virtud del programa se aplica a su Desembolso máximo.

Tenga en cuenta que los descuentos del programa Patient Assurance Program que Cigna podría obtener por Medicamentos con receta, y que podría aplicar o acreditar a su Copago o Coseguro, si lo hubiera, en relación con el programa, no están relacionados con ningún reembolso u otros pagos que Cigna pueda obtener de un fabricante de productos farmacéuticos por los mismos u otros Medicamentos con receta. Salvo según se indique en otras secciones de esta EOC, Usted no tiene derecho a recibir un beneficio por esos reembolsos u otros pagos obtenidos por Cigna porque no están relacionados con el programa Patient Assurance Program. Por otra parte, la disponibilidad del programa Patient Assurance Program, así como de los Medicamentos con receta incluidos en el programa y/o su Copago

o Coseguro, si lo hubiera, para esos Medicamentos con receta que cumplen con los requisitos, podrá cambiar de tanto en tanto según factores que incluyen, a modo de ejemplo, que los descuentos del programa Patient Assurance Program sigan estando disponibles para Cigna en relación con este programa. Puede obtener más información sobre el programa Patient Assurance Program, inclusive los Medicamentos con receta incluidos en el programa, en el sitio web que aparece en Su tarjeta de identificación o llamando a Servicios a los Miembros al número de teléfono impreso en Su tarjeta de identificación.

Gastos cubiertos

Si un Miembro, mientras cuenta con la cobertura de esta EOC, incurre en gastos por Cargos cobrados por una Farmacia, por Medicamentos con receta o Suministros relacionados Médicamente necesarios indicados por un Médico, Cigna brindará cobertura para dichos gastos según lo detallado en el Programa de beneficios. La cobertura también incluye Medicamentos con receta y Suministros relacionados Médicamente necesarios indicados a través de una receta emitida a un Miembro por un dentista con licencia para prevenir una infección o el dolor en forma conjunta con un procedimiento dental.

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

Los Medicamentos con receta cubiertos incluyen, a modo de ejemplo:

- Medicamentos para pacientes ambulatorios y medicamentos que, conforme a las leyes federales y/o estatales aplicables, se encuentran restringidos para la venta con Receta únicamente, excepto la Insulina, que no requiere receta.
- Jeringas con insulina (no se requiere receta); adaptadores para inyecciones, monitores de glucosa en sangre, monitores de glucosa en sangre para personas legalmente ciegas; tiras reactivas para medir la glucosa; tiras de cetona para lectura visual; tiras reactivas para orina; agentes hipoglucémicos orales; botiquines de emergencia de glucagón y paños con alcohol.
- Productos farmacéuticos para ayudar a dejar de fumar de conformidad con las recomendaciones “A” o “B” del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.
- Medicamentos contra el cáncer de administración por vía oral recetados en relación con tratamientos de quimioterapia contra el cáncer.
- Medicamentos contra el dolor Médicamente necesarios relacionados con el tratamiento del cáncer de seno.
- Todos los Medicamentos con receta compuestos que no se administren por infusión y que contengan al menos un ingrediente recetado aprobado por la FDA, preparados a base de un producto farmacéutico terminado aprobado por la FDA y que están cubiertos de otra manera en virtud de los beneficios de Medicamentos con receta, **sin incluir** los polvos incluidos en el compuesto.
- Medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA; se cubrirá un suministro para hasta 12 meses de anticonceptivos (incluidos los de venta sin receta), dispositivos y productos, excepto preservativos masculinos, si se despachan o entregan en una sola vez. Puede consultar la Lista de medicamentos preventivos sin costos compartidos que enumera los medicamentos, dispositivos y productos de venta sin receta que se cubren en <http://www.cigna.com/ifp-drug-list> y abrir el documento del lado derecho titulado “Lista de medicamentos preventivos sin costos compartidos”. Si Su Médico considera que Usted necesita un medicamento, dispositivo o producto de venta sin receta que no está incluido en la lista, Su Médico puede comunicarse con Cigna para

pedir una excepción por Necesidad médica. Consulte la sección de esta EOC titulada “Proceso de autorización, excepción y apelación para Medicamentos con receta y Suministros relacionados”.

- Medicamentos de especialidad.
- Inmunizaciones recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, cuando estén disponibles para su administración en una Farmacia.
- Medicamentos para tratar la infertilidad Médicamente necesarios relacionados con el diagnóstico y/o tratamiento de la infertilidad con una receta escrita.
- Medicamentos biológicos.
- Las recetas de medicamentos antagonistas opioides para el tratamiento asistido médicamente (MAT, por sus siglas en inglés) del trastorno de consumo de opioides no requieren Autorización previa ni Tratamiento escalonado, ni están sujetas a límites de despacho o límites de por vida.
- Al menos un agente farmacológico intranasal para la reversión de opioides para la receta inicial de opioides con dosis de 50 MME o más altas.
- Medicamentos antiinflamatorios tópicos con receta aprobados por la FDA para el dolor agudo y crónico.
- Los inhaladores recetados para el asma u otras afecciones bronquiales con riesgo de vida se podrán renovar antes del momento en que pueda obtenerse una renovación de otra manera si es Médicamente necesario y lo indica un médico a cargo del tratamiento.
- Los medicamentos tópicos para los ojos con receta indicados para tratar una afección ocular crónica se podrán renovar antes de la última fecha del período de dosis recetada y después de, al menos, el 75% de los días previstos de uso si el Médico que los recetó indica en la Receta original que se permiten las renovaciones y las renovaciones tempranas solicitadas por el Miembro no superan la cantidad total de renovaciones recetadas.
- Esta EOC cubre los medicamentos antagonistas opioides con receta, incluso el producto con medicamento, los dispositivos de administración y cualquier tarifa de administración de la farmacia relacionada con la administración del antagonista opioide. La cobertura incluye renovaciones para antagonistas opioides vencidos o utilizados. A los fines de este beneficio, “antagonista opioide” se refiere a una droga que se une a receptores opioides y bloquea o inhibe el efecto de los opioides que actúan sobre estos receptores, lo que incluye, a modo de ejemplo, clorhidrato de naloxona o cualquier otra droga que tenga una acción similar y que haya sido aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.
- Cigna proporcionará la Sincronización de renovaciones de Medicamentos con receta, al menos, una vez al Año si se cumple con todas las siguientes condiciones:
 - los Medicamentos con receta se encuentran en la Lista de medicamentos con receta, están cubiertos por la póliza de cobertura clínica del plan o han sido aprobados a través del proceso de excepciones de la Lista de medicamentos con receta;
 - son medicamentos que Usted toma en forma continua y tiene cantidades de renovación disponibles en el momento de la Sincronización;
 - no son narcóticos (sustancias controladas del Anexo II, III o IV);
 - se han cumplido todos los criterios de administración de la utilización del medicamento;
 - los medicamentos tienen una presentación que se puede dividir en períodos de despacho más cortos de forma segura para lograr la Sincronización; y
 - los Medicamentos con receta no tienen necesidades de tratamiento o abastecimiento especiales, según lo determine el Plan, que requieran que una única farmacia designada despache o renueve la Receta.

Cigna solo impondrá un Copago para despachar los Medicamentos con receta Sincronizados igual a la dosis recetada de esos medicamentos. El Copago se aplicará a cada suministro para 30 días. Todas las tarifas de despacho se basarán en la cantidad de Recetas despachadas o renovadas. Cigna proporcionará formularios de reembolso por los Copagos adicionales si la exención no está implementada antes de despachar la Receta.

Los Medicamentos cubiertos deben cumplir con todos estos requisitos:

- Ser recetados por escrito, excepto la insulina, por un Médico y administrados dentro del plazo de un año a partir de haber sido recetados, con sujeción a las leyes federales o estatales.
- Contar con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos para su uso.
- Ser para la atención y el tratamiento directos de la Enfermedad, Lesión o afección del Miembro; sin embargo, los suplementos alimenticios, los dispositivos auxiliares para la salud o los medicamentos para fines estéticos no se encuentran cubiertos, aun cuando sean recetados por un Médico para la atención y el tratamiento de una enfermedad del Miembro.
- Ser comprados en una Farmacia minorista con licencia o pedidos por correo a través de Express Scripts Pharmacy, la Farmacia de entrega a domicilio de Cigna.
- No utilizarse mientras el Miembro se encuentre internado en un centro.
- No superar el suministro para la cantidad de días que se indica en la sección “Limitaciones” a continuación.
- Los Medicamentos para infusión e inyectables y los Medicamentos de especialidad pueden requerir Autorización previa o Tratamiento escalonado.

Exclusiones de Medicamentos con receta

Esta EOC no brinda cobertura para los siguientes gastos. No se pagarán los siguientes gastos:

1. Medicamentos no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
2. Los medicamentos no incluidos en la Lista de medicamentos con receta y cuya cobertura no se haya aprobado a través del proceso de excepciones de los medicamentos fuera de la Lista de medicamentos con receta.
3. Medicamentos, dispositivos y/o suministros de venta sin receta en virtud de la Ley federal o estatal, a menos que esta EOC establezca lo contrario, o que se designen específicamente como Cuidado preventivo sin costo y se exijan en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA).
4. Medicamentos que no requieren una leyenda federal (una designación federal para los medicamentos que requieren la supervisión de un Médico), a excepción de la insulina.
5. Un medicamento que sea una alternativa farmacéutica a un medicamento de venta sin receta, a excepción de la insulina.
6. Cualquier 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.
7. Los medicamentos para la infertilidad inyectables y cualquier medicamento inyectable que requiera supervisión de un Médico y que no sea considerado normalmente como un medicamento autoadministrado están cubiertos en virtud de los beneficios médicos de esta EOC y requieren Autorización previa. A continuación se incluyen ejemplos de medicamentos inyectables supervisados por un Médico: medicamentos inyectables usados para tratar la hemofilia y el virus respiratorio sincitial (RSV, por sus siglas en inglés), medicamentos inyectables para quimioterapia, y medicamentos para trastornos endocrinos y metabólicos.

8. Cualquier medicamento Experimental, En investigación o No comprobado, según la definición incluida en la EOC.
9. Cualquier medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) utilizado con fines diferentes de los aprobados por la FDA, a menos que el medicamento esté reconocido como seguro y efectivo para el tratamiento de la indicación particular en alguno de los compendios de referencia estándar (información del medicamento para el Proveedor de cuidado de la salud, la publicación United States Pharmacopoeia-Drug Information [Información sobre medicamentos de la Farmacopea de los Estados Unidos] o la base de datos American Hospital Formulary Service-Drug Information) o en literatura médica, que significa estudios científicos publicados en una revista médica profesional nacional revisada por colegas médicos.
10. Cualquier medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) utilizado con fines diferentes de los aprobados por la FDA, a menos que el medicamento, y los servicios Médicamente necesarios asociados con la administración del medicamento, estén reconocidos como seguros y efectivos para el tratamiento del cáncer específico del Miembro en al menos uno de los compendios de referencia médica estándar o en la literatura médica. Los compendios de referencia médica estándar incluyen: La base de datos American Hospital Formulary Service Drug Information; The National Comprehensive Cancer Network Drugs and Biologics Compendium; Thomson Micromedex Compendium DrugDex, Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology Compendium; otros compendios con autoridad identificados por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
11. Suministros (como materiales para estoma), dispositivos y aparatos con y sin receta, a excepción de los Suministros relacionados; excepto los vinculados con Suministros y equipos para diabéticos.
12. Los productos anticonceptivos implantables están cubiertos por los beneficios médicos de la EOC.
13. Medicamentos usados para el tratamiento de una disfunción sexual, que incluye, a modo de ejemplo, disfunción eréctil, eyaculación tardía, anorgasmia y disminución de la libido y/o el deseo sexual.
14. Vitaminas con receta (que no sean vitaminas prenatales), suplementos alimenticios, suplementos a base de hierbas y flúor, a excepción de los suplementos designados específicamente como preventivos en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA).
15. Medicamentos que se utilicen con fines estéticos que no tengan un uso médicamente aceptable, como medicamentos para reducir las arrugas, para estimular el crecimiento del cabello, además de medicamentos para controlar la transpiración y cremas para reducir las manchas de la piel.
16. Medicamentos usados para bajar de peso, controlar el peso y para el síndrome metabólico, y agentes antiobesidad.
17. Los agentes inmunizantes para infusión, productos biológicos para inmunización para la alergia, sueros biológicos, sangre, plasma sanguíneo y otros derivados hematológicos o fracciones sanguíneas están cubiertos por los beneficios médicos de esta EOC.
18. Medicamentos usados para profilaxis en caso de viaje, salvo los medicamentos contra la malaria.
19. Medicamentos obtenidos fuera de los Estados Unidos.
20. Cualquier despacho o renovación de Medicamentos con receta y Suministros relacionados para reponer los perdidos, robados, derramados, arruinados o dañados antes de la siguiente fecha de renovación.
21. Medicamentos usados para mejorar el desempeño atlético.
22. Medicamentos que deba tomar o que se le deban administrar al Miembro mientras sea paciente en un hospital con licencia, un centro de cuidados especiales, un hogar de ancianos u otra institución similar, que opere o permita que operen en su establecimiento instalaciones para despachar

productos farmacéuticos.

23. Los medicamentos u otras sustancias que se administren en cualquier entorno para pacientes ambulatorios. Esto incluye, a modo de ejemplo, los artículos administrados por un Médico.
24. Kits de medicamentos para comodidad.
25. Recetas cuya fecha de emisión original tenga más de un año de antigüedad.
26. Los costos relacionados con el envío por correo, el envío o la entrega de Medicamentos con receta.
27. Cualquier uso indebido intencional de este beneficio, lo que incluye la compra de medicamentos con receta para el consumo por parte de una persona distinta del Miembro.

Limitaciones de medicamentos con receta

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

- Suministro para hasta 30 días en una Farmacia minorista participante para medicamentos de los niveles 1 a 4 y suministro para hasta 30 días de los medicamentos del nivel 5, a menos que se indiquen otras limitaciones en el envase del fabricante del medicamento (para obtener información detallada sobre los niveles de medicamentos, consulte el Programa de beneficios); o
- Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista con despacho para 90 días para medicamentos de los niveles 1 a 4 y suministro para hasta 90 días de los medicamentos del nivel 5, a menos que se indiquen otras limitaciones en el envase del fabricante del medicamento. Para localizar una Farmacia minorista con despacho para 90 días, puede llamar al número de Servicios a los Miembros que aparece en Su tarjeta de identificación o iniciar sesión en www.cigna.com/ifp-providers (para obtener información detallada sobre los niveles de medicamentos, consulte el Programa de beneficios).
- Suministro para hasta 90 días en Express Scripts Pharmacy, la Farmacia de entrega a domicilio de Cigna, para medicamentos de los niveles 1 a 4 y suministro para hasta 90 días de los medicamentos del nivel 5, a menos que se indiquen otras limitaciones en el envase del fabricante del medicamento (para obtener información detallada sobre los niveles de medicamentos, consulte el Programa de beneficios).
- Hasta el límite de dosis y/o despacho que determine el Comité de P&T.
- Los medicamentos para dejar de fumar que estén incluidos en la Lista de medicamentos con receta de Cigna están limitados a dos suministros para 90 días por Año.
- Es posible que se apliquen los límites para medicamentos administrados (MDL, por sus siglas en inglés) a la dosis y/o a la cantidad de días de suministro de determinados medicamentos; los límites para medicamentos administrados se basan en las recomendaciones de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) federal y el fabricante del medicamento.

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

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

Autorización previa

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

Tratamiento escalonado

Tratamiento escalonado es un tipo de Autorización previa. Es posible que Cigna requiera que un Miembro siga determinados pasos antes de cubrir algunos Medicamentos con receta y Suministros relacionados, incluso algunos Medicamentos de especialidad y más costosos. Si un Medicamento con receta o un Suministro relacionado está sujeto a un requisito de Tratamiento escalonado, deberá probar uno o más Medicamentos con receta y Suministros relacionados antes de que la EOC cubra el Medicamento con receta o Suministro relacionado solicitado. Los Medicamentos con receta y los Suministros relacionados que requieren Tratamiento escalonado pueden identificarse en la Lista de medicamentos con receta incluida en <http://www.cigna.com/ifp-drug-list>. Para obtener la Autorización de Tratamiento escalonado, Su Médico debe seguir el Proceso de solicitud de autorización y excepción para Medicamentos con receta y Suministros relacionados que se describe a continuación. No limitaremos ni excluirémos la cobertura de un medicamento aprobado por la FDA de los Estados Unidos exigiéndole que pruebe que no tuvo una respuesta satisfactoria a un medicamento diferente o que demuestre un historial de fracaso del medicamento, siempre que el uso del medicamento refleje las mejores prácticas para el tratamiento del cáncer metastásico avanzado en etapa 4 y esté avalado por literatura médica revisada por colegas médicos.

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

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

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

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

inadecuado para tratar la afección. Cigna revisará y completará la solicitud de excepción dentro de las 72 horas posteriores a haberla recibido.

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

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

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

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

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

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

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

Cobertura de medicamentos nuevos

Todos los Medicamentos con receta o Suministros relacionados nuevos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) (o indicaciones nuevas aprobadas por la FDA) se designan como Medicamentos con receta o Suministros relacionados fuera de la Lista de medicamentos con receta hasta que el Equipo de decisiones comerciales de Cigna tome una decisión respecto de la inclusión del Medicamento con receta o Suministro relacionado nuevo (o la indicación nueva); esta decisión se basará, en parte, en la revisión clínica del medicamento por parte del Comité de P&T. El Comité de P&T hace todo lo razonablemente posible por revisar todos los Medicamentos con receta o Suministros relacionados nuevos aprobados por la FDA (o las indicaciones nuevas aprobadas por la FDA) dentro de un plazo de 90 días a partir de su lanzamiento al mercado. El Equipo de decisiones comerciales debe tomar una decisión sobre cada producto farmacológico nuevo aprobado por la FDA (o cada indicación nueva aprobada por la FDA) dentro de un plazo de 180 días a partir de su lanzamiento al mercado, o debe documentarse una justificación clínica si no se cumple con este plazo.

Reembolso/presentación de reclamos

Cuando un Miembro compra Medicamentos con receta o Suministros relacionados a través de una Farmacia participante minorista, paga cualquier Copago, Coseguro o Deducible aplicable que se indique en el Programa de beneficios al momento de la compra. El Miembro no necesita presentar un formulario de reclamo.

Para comprar Medicamentos con receta o Suministros relacionados a través de Express Scripts Pharmacy, la Farmacia de entrega a domicilio de Cigna, consulte el folleto de entrega a domicilio en www.mycigna.com o comuníquese con Servicios a los Miembros al número que aparece en Su tarjeta de identificación.

Reclamos y Servicio al Cliente

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

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

Para reclamos de la Farmacia de entrega a domicilio:
Express Scripts Pharmacy
P.O. Box 1019
Horsham PA 19044-1019
1-800-835-3784

Los formularios también están disponibles en línea en www.mycigna.com.

La dirección a la cual debe enviar los formularios de reclamo impresos está sujeta a cambio. Consulte www.mycigna.com o llame al número de Servicio al Cliente gratuito que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación para confirmar la dirección postal apropiada para cualquier formulario de reclamo que desee enviar. Si Usted o los Miembros de Su familia tienen alguna pregunta sobre el beneficio de Medicamentos con receta, llame al número gratuito de Servicio al Cliente que aparece en la parte de atrás de Su tarjeta de identificación.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS

Exclusiones de beneficios

Los siguientes conceptos se excluyen específicamente de la cobertura en virtud de esta EOC:

1. Servicios para afecciones médicas que su PCP no proporcionó, que no se proporcionaron mediante una Referencia de su PCP o que su PCP o el Director médico de Cigna no autorizaron, excepto el tratamiento inmediato de una Afección médica de emergencia.
2. Servicios obtenidos de un Proveedor no participante (Fuera de la red), salvo según lo indicado en “Circunstancias especiales” en la sección “Introducción” de esta EOC.
3. Servicios que se reciban antes de la Fecha de entrada en vigor de la cobertura en virtud de esta EOC.
4. Servicios recibidos después de finalizada la cobertura en virtud de esta EOC.
5. Cuidados de custodia, que incluyen, a modo de ejemplo: curas de reposo, cuidado diurno de bebés, niños o adultos, incluido el cuidado diurno geriátrico.
6. Servicios que deben ser brindados por un distrito escolar o un sistema escolar público según lo exigido por la ley estatal o federal.
7. Cantidades que superen las limitaciones de beneficios máximos de los Gastos cubiertos especificadas en esta EOC.
8. Servicios que no son Médicamente necesarios.
9. Servicios no incluidos específicamente como Servicios cubiertos en esta EOC.
10. Cualquier servicio por el cual pueda obtenerse el pago de cualquier agencia gubernamental local, estatal o federal (a excepción de Medicaid). Los Hospitales de la Administración de Veteranos y los Centros militares de tratamiento serán considerados para el pago de acuerdo con la legislación vigente.
11. Cualquier servicio proporcionado por una agencia gubernamental local, estatal o federal, salvo cuando la ley federal o estatal exijan expresamente el pago en virtud de esta EOC.
12. Cualquier afección por la cual se recuperen o puedan recuperarse los beneficios, ya sea mediante una sentencia o laudo, un acuerdo o de otro modo, en virtud de cualquier compensación del seguro de accidentes de trabajo, ley de responsabilidad del empleador o ley de enfermedades laborales, incluso si el Miembro no reclama esos beneficios.
13. El tratamiento de una Enfermedad o Lesión provocada por: (a) un acto bélico (como consecuencia de una guerra declarada o no declarada); (b) la liberación involuntaria de energía nuclear cuando haya fondos del gobierno disponibles para tratar las Enfermedades o Lesiones producidas por dicha liberación de energía nuclear; (c) la participación de un Miembro en el servicio militar de cualquier país; (d) la participación de un Miembro en una insurrección, una rebelión o un motín; (e) servicios recibidos como resultado directo de la comisión o el intento de comisión de un delito grave por parte de un Miembro (independientemente de que haya dado lugar a acciones legales o no) o como resultado directo de que el Miembro participe en una actividad ilícita; (f) el hecho de que un Miembro se encuentre en estado de embriaguez —según se defina en las leyes aplicables del estado en el cual se produzca la enfermedad— o bajo el efecto de narcóticos ilícitos o sustancias controladas sin receta médica, salvo en los casos en que sean administradas o recetadas por un Médico.
14. Cargos que Usted no tiene la obligación legal de pagar o por los cuales no se cobraría si Usted no tuviera un plan de salud o una cobertura de seguro.

15. Servicios profesionales o suministros recibidos o comprados directamente o en Su nombre por cualquier persona, incluido un Médico, a cualquiera de las siguientes personas:
 - Usted o Su empleador;
 - Una persona que viva en el hogar del Miembro, o el empleador de dicha persona;
 - Una persona que tenga un vínculo de sangre, por matrimonio o por adopción con el Miembro, o el empleador de dicha persona.
 - Un centro o profesional de cuidado de la salud que le proporcione una remuneración a Usted, directa o indirectamente, o a una organización de la cual usted reciba, directa o indirectamente, una remuneración.
16. Servicios de la sala de emergencias de un Hospital para cualquier afección que no sea una Afección médica de emergencia según lo definido por esta EOC.
17. Asistencia con las actividades cotidianas, entre las que se incluyen, a modo de ejemplo, comer, bañarse, vestirse u otras actividades de Servicio de custodia o de cuidado personal, servicios domésticos y servicios que sean principalmente para descanso, cuidado en el hogar o de convalecencia.
18. Servicios y suministros relacionados con procedimientos que estén en etapa experimental o en investigación o no hayan sido comprobados.
19. Cirugía estética, terapia o procedimientos quirúrgicos con el objetivo principal de alterar la apariencia. Esta exclusión no se aplica a la Cirugía reconstructiva para restaurar una función del cuerpo o para corregir una malformación provocada por una Lesión o defecto congénito de un niño Recién nacido, ni a la Cirugía reconstructiva médicamente necesaria para restaurar la simetría después de una mastectomía o tumorectomía. Se designa cirugía o tratamiento estético a la cirugía o el tratamiento realizados para mejorar o alterar la apariencia o la autoestima, o con el fin de tratar una sintomatología psicológica o quejas psicosociales relacionadas con la apariencia de una persona. Las exclusiones incluyen la escisión quirúrgica o la reformación de colgajos en cualquier parte del cuerpo, incluso en los párpados, el rostro, el cuello, el abdomen, los brazos, las piernas o los glúteos; y los servicios prestados para agrandar, reducir, implantar o cambiar la apariencia de una parte del cuerpo, que incluye los senos, el rostro, los labios, la mandíbula, el mentón, la nariz, las orejas o los genitales; el trasplante de cabello; la exfoliación química del rostro o la abrasión de la piel; la depilación por electrólisis; o cualquier otro procedimiento quirúrgico o no quirúrgico que tenga el objetivo principal de alterar la apariencia. Esto no excluye los servicios o beneficios que tienen el objetivo principal de restaurar una función normal del cuerpo, ni la cirugía Médicamente necesaria.
20. Los siguientes servicios se excluyen de la cobertura, sin importar las indicaciones clínicas:
 - cirugías de macromastia o ginecomastia;
 - tratamiento quirúrgico de várices;
 - cirugía de la pared abdominal;
 - paniculectomía;
 - rinoplastia;
 - blefaroplastia;
 - cirugía para retirar piel sobrante;
 - extirpación de papilomas cutáneos;
 - terapia cráneo-sacral/craneal;

- kinesiología aplicada;
 - proloterapia; y
 - litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL, por sus siglas en inglés) para afecciones musculoesqueléticas y ortopédicas.
21. Tratamiento dental de los dientes, las encías o las estructuras que soportan directamente los dientes, que incluye, a modo de ejemplo, radiografías dentales, exámenes, reparaciones, ortodoncia, periodoncia, moldes, férulas y servicios para maloclusión dental, por cualquier afección, e implantes dentales por cualquier afección, salvo según lo dispuesto en virtud del beneficio de Cuidado dental pediátrico. Esto no se aplica al tratamiento dental cubierto en virtud del beneficio “Internación y anestesia para procedimientos dentales” de esta EOC.
 22. Los servicios médicos y quirúrgicos para el tratamiento o control de la obesidad que no están incluidos en la sección “Servicios y beneficios cubiertos” de esta EOC.
 23. A menos que estén cubiertos en virtud de la sección “Servicios y beneficios cubiertos”, los informes, evaluaciones, exámenes físicos u hospitalizaciones que no sean necesarios por razones de salud, que incluyen las licencias de empleo, seguro o gubernamentales y evaluaciones ordenadas por un tribunal, forenses o de custodia.
 24. Tratamiento u hospitalización ordenados por un tribunal, a menos que dicho tratamiento sea indicado por un Médico participante o que esté cubierto específicamente de otra forma en la sección “Servicios y beneficios cubiertos”.
 25. Reversión de los procedimientos de esterilización voluntarios masculinos y femeninos.
 26. Procedimientos, cirugía o tratamientos para cambiar características del cuerpo por las del sexo opuesto, a menos que dichos servicios se consideren Médicamente necesarios o cumplan de otra forma con los requisitos de cobertura aplicables.
 27. Cualquier tratamiento, medicamento con receta, servicio o suministro para tratar la disfunción sexual, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual.
 28. La atención y los costos médicos y hospitalarios para el bebé de un Dependiente, a menos que el bebé cumpla con los requisitos exigidos por la EOC.
 29. Cargos por trasplantes de órganos de animales a humanos.
 30. Asesoría o servicios auxiliares no médicos, que incluyen, a modo de ejemplo, educación, capacitación, rehabilitación vocacional, biorretroalimentación, neurorretroalimentación, hipnosis, terapia del sueño, asesoría laboral, capacitación para cuidar la espalda, servicios de retorno al trabajo, programas de reentrenamiento para el trabajo, seguridad vial y servicios y capacitación, excepto que estén cubiertos específicamente de otra forma en virtud de esta EOC.
 31. Terapia o tratamiento destinado principalmente a mejorar o mantener la condición física general o con el propósito de mejorar el desempeño laboral, escolar, atlético o recreativo, que incluye, a modo de ejemplo, los cuidados de rutina, a largo plazo o de mantenimiento que se proporcionan luego de la solución de un problema médico agudo y cuando no se espera una mejora terapéutica significativa, excepto según se establece específicamente en esta EOC.
 32. Servicios de medicina complementaria y alternativa, entre los que se incluyen: terapia con animales, entre otras, a modo de ejemplo, equinoterapia o terapia con perros; arteterapia; meditación; visualización; acupuntura; acupresión; reflexología; fototerapia; aromaterapia; musicoterapia o terapia del sonido; danzaterapia; terapia del movimiento; terapia del sueño; hipnotismo; *rolfing* (masaje del tejido conectivo); balanceo de energía; ejercicios de respiración; terapia del movimiento y/o ejercicio, incluidos, a modo de ejemplo, yoga, pilates, taichi, caminata, senderismo, natación y golf; y cualquier otro tratamiento alternativo según lo definido por el

National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) de los Institutos Nacionales de Salud. Los servicios específicamente indicados como cubiertos en “Terapia de rehabilitación” y “Terapia de habilitación” no están sujetos a esta exclusión.

33. Los servicios o suministros brindados por o en un hogar de ancianos, un asilo de convalecencia o cualquier centro en el que una parte significativa de las actividades incluyan el descanso, la recreación, el tiempo libre o cualquier otro servicio que no sea un Servicio cubierto.
34. Servicios educativos, a excepción de la Capacitación para el autocontrol de la diabetes; el tratamiento para el autismo; servicios educativos/de asesoría para la lactancia; asesoramiento médico con respecto al consumo indebido de alcohol, medicamentos preventivos, obesidad, alimentación, métodos para dejar de fumar y depresión; servicios educativos y de asesoría preventiva exigidos específicamente por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA) y según Cigna los proporcione o coordine específicamente.
35. Todos los servicios de Proveedores en país extranjero, salvo según lo indicado en la sección “Servicios y beneficios cubiertos”.
36. Mejoras eléctricas internas y externas o controles eléctricos para prótesis de extremidades y dispositivos protésicos terminales; y estimuladores de los nervios periféricos mediante prótesis mioeléctricas. Las extremidades o los aparatos protésicos electrónicos no se cubren, a menos que sean Médicamente necesarios cuando una alternativa de menor costo no es suficiente. Bandas ortopédicas craneales/aparatos ortopédicos craneales/otros dispositivos similares, excepto cuando se los emplea en el postoperatorio para plagiocefalia sinostótica. Calzado ortopédico, agregados al calzado, procedimientos para calzado ortopédico, modificaciones al calzado y transferencias; aparatos ortopédicos empleados principalmente por cuestiones de estética en lugar de motivos funcionales; y aparatos ortopédicos prefabricados para pies; calzado ortopédico (salvo cuando esté unido a soportes), agregados al calzado; y dispositivos ortopédicos, salvo según lo exigido por ley para los pacientes diabéticos. Aparatos ortopédicos que no son para pies, excepto únicamente los siguientes aparatos ortopédicos que no son para pies que se cubren cuando son Médicamente necesarios:
 - a. Aparatos ortopédicos fabricados a medida, rígidos y semirrígidos;
 - b. Aparatos ortopédicos flexibles y prefabricados semirrígidos; y
 - c. Aparatos ortopédicos prefabricados rígidos, lo que incluye la preparación, el ajuste y los agregados básicos, tales como barras y conexiones.
37. Suministros médicos de consumo distintos a los suministros para estoma y catéteres urinarios. Los suministros no cubiertos incluyen, a modo de ejemplo, vendajes y otros artículos médicos desechables, preparaciones cutáneas y tiras reactivas, excepto según se especifica en las secciones “Servicios hospitalarios para pacientes internados”, “Servicios en centros para pacientes ambulatorios”, “Servicios de salud en el hogar”, “Servicios para diabéticos” o “Reconstrucción y prótesis de senos” de la sección “Servicios y beneficios cubiertos”. A menos que estén cubiertos en relación con los servicios que se describen en las disposiciones sobre “Servicios para pacientes internados en Otros centros de cuidado de la salud participantes” o “Servicios de salud en el hogar”, los Equipos médicos duraderos que no están cubiertos incluyen, entre otros, los que se enumeran a continuación:
 - Artículos o equipos de autoayuda o para la higiene;
 - Artículos o equipos utilizados principalmente para comodidad o conveniencia, como sillas para la tina de baño, barras de sujeción de seguridad, deslizadores para escaleras o elevadores, mesas para la cama, saunas o equipos para realizar ejercicios;
 - Equipos de control ambiental, como purificadores de aire, humidificadores y máquinas electrostáticas;

- Equipos institucionales, como camas fluidificadas y máquinas de diatermia;
 - Equipos utilizados para participar en deportes u otras actividades recreativas, como soportes y Férulas;
 - Artículos, como sillas autorreclinables, unidades para hacer baños de parafina e hidromasajes, que la profesión médica no acepta generalmente como métodos con eficacia terapéutica;
 - Artículos que, con un uso normal, constituirían instalaciones permanentes en inmuebles, como elevadores, rampas, barandas y barras de sujeción; y
 - Baterías y cargadores de aparatos auditivos (excepto aquellos para implantes cocleares).
38. Habitaciones privadas en un hospital y/o servicios de enfermería privada, excepto según se dispone en las disposiciones sobre “Servicios de salud en el hogar” o “Servicios para enfermos terminales” de la sección “Servicios y beneficios cubiertos”, o cuando Nosotros consideremos que son médicamente adecuados.
 39. Artículos personales o para hacer la vida más cómoda, como los juegos de cuidado personal que se ofrecen al ser admitido en un hospital, televisión, teléfono, fotografías de recién nacidos, comidas de cortesía, avisos de nacimiento y otros artículos que no se utilizan para el tratamiento específico de una enfermedad o lesión.
 40. Elementos artificiales de asistencia, que incluyen, a modo de ejemplo, calzado ortopédico correctivo, plantillas anatómicas, aparatos ortopédicos, medias elásticas, portalingas, corsés, dentaduras postizas y pelucas, excepto según se dispone en la sección “Servicios y beneficios cubiertos” de la EOC.
 41. Ayudas o dispositivos que ayudan en la comunicación no verbal, entre ellos tableros de comunicación, dispositivos para hablar pregrabados, computadoras portátiles, computadoras de escritorio, asistentes digitales personales (PDA, por sus siglas en inglés), máquinas para escribir en Braille, sistemas de alerta visual para sordos y libros para la memoria.
 42. Lentes y marcos de anteojos y lentes de contacto (excepto por el primer par de lentes de contacto para el tratamiento de queratocono o cirugía postcataratas y servicios de cuidado de la vista pediátrico).
 43. Refracción de rutina, ejercicios oculares y tratamiento quirúrgico para la corrección de un error de refracción, incluida una queratotomía radial, excepto por los servicios de cuidado de la vista pediátrico.
 44. Tratamiento por acupuntura.
 45. Todos los medicamentos con receta no inyectables, los medicamentos con receta inyectables pero que no necesitan la supervisión del médico y se consideran comúnmente medicamentos autoadministrados, medicamentos sin receta, y medicamentos de carácter experimental, en investigación y no comprobados, a excepción de lo que se especifica en “Servicios y beneficios cubiertos”.
 46. Cuidado de rutina de los pies, que incluye el emparejamiento y la eliminación de callos y durezas o el recorte de uñas. Sin embargo, los servicios asociados con el cuidado de los pies en los casos de diabetes y enfermedad vascular periférica están cubiertos en caso de ser Médicamente necesarios.
 47. Costos o cuotas de membresías relacionadas con clubes deportivos y programas para bajar de peso.
 48. Exámenes genéticos o exámenes genéticos de preimplantación. El diagnóstico genético general basado en la población es un método de prueba que se realiza cuando no hay ningún síntoma o

ningún factor de riesgo significativo comprobado de enfermedades hereditarias de transmisión genética.

49. Pagos relacionados con la obtención o donación de sangre o derivados hematológicos, excepto para la donación autóloga cuando se prevén con anticipación ciertos servicios programados, cuando a criterio del Director médico de Cigna la probabilidad de la pérdida de sangre en exceso es tal que se espera que la cirugía traiga aparejada una transfusión.
50. Administración de sangre con el propósito de mejorar la condición física general.
51. Costos de sustancias biológicas, ya sean vacunas o medicamentos para viajes o para protegerse de riesgos y peligros ocupacionales, a menos que sean Médicamente necesarias o indicadas.
52. Cosméticos, suplementos alimenticios, y productos para la salud y belleza.
53. Todos los suplementos alimenticios y fórmulas están excluidos, excepto la fórmula para lactantes necesaria para el tratamiento de errores innatos del metabolismo.
54. Todas las vitaminas, medicamentos y anticonceptivos que se pueden adquirir sin receta, a excepción de los que están cubiertos por el mandato de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA) de 2010.
55. Gastos incurridos en relación con una Lesión o Enfermedad que surja con motivo de cualquier trabajo por un sueldo o ganancias, o durante su desempeño.
56. Cualquier terapia o tratamiento indicado como condición para libertad condicional, libertad a prueba, o para evaluaciones de visitas o custodia de menores, a menos que sea Médicamente necesario y esté cubierto de otro modo en virtud de esta EOC.
57. Tratamiento de trastornos mentales que han sido diagnosticados como trastornos mentales orgánicos asociados con disfunciones permanentes del cerebro.
58. Tratamiento de afecciones crónicas que no están sujetas a una modificación favorable de acuerdo con estándares generalmente aceptados de la práctica médica.
59. Trastornos del desarrollo, incluidos, a modo de ejemplo, problemas en el aprendizaje de la lectura, problemas en el aprendizaje de las matemáticas, problemas en el desarrollo del lenguaje o problemas para articular palabras.
60. Asesoría para actividades de naturaleza educativa, para el funcionamiento intelectual límite, para problemas relacionados con la profesión, asesoría relacionada con la concientización, asesoría matrimonial y asesoría vocacional o religiosa.
61. Medición del coeficiente intelectual.
62. Tratamiento residencial, salvo que se indique lo contrario en “Servicios de Salud mental y para Trastornos de consumo de sustancias” en la sección “Servicios y beneficios cubiertos”.
63. Pruebas psicológicas realizadas en niños solicitadas por o para un sistema escolar.
64. Programas de terapia ocupacional y/o recreativa, aun cuando estén combinados con terapia de apoyo para el deterioro cognitivo relativo a la edad.
65. Reclamos recibidos por Cigna después de transcurridos 15 meses desde la fecha en que se prestó el servicio, salvo en caso de incapacidad legal.
66. Los servicios cubiertos por este plan médico y un plan dental pediátrico relacionado certificado por el Intercambio y reembolsados en virtud del plan dental no se reembolsarán conforme a este Plan.

Limitaciones de beneficios

Circunstancias que exceden el control del Plan HMO de Cigna. En la medida en que un desastre natural, una guerra, una revuelta social, una insurrección civil, una epidemia o cualquier otra emergencia o hecho similar que no esté dentro de Nuestro control ocasione que Nuestros centros, personal o recursos financieros no puedan proporcionar o coordinar la prestación de un servicio o la entrega de un suministro de salud básico o complementario de conformidad con esta EOC, haremos todo esfuerzo posible de buena fe para proporcionar o coordinar la prestación del servicio o la entrega del suministro teniendo en cuenta el impacto del hecho.

Qué hacer cuando tenga alguna Queja o Apelación (para residentes de Illinois)

(A los fines de esta sección, cualquier referencia a “Usted”, “Su” o “Miembro” incluirá también a cualquier representante o Proveedor que Usted haya designado para actuar en Su nombre, a menos que se indique lo contrario).

Deseamos que esté completamente satisfecho con los cuidados que recibe. Por ese motivo, hemos establecido un proceso para abordar Sus inquietudes y resolver Sus problemas.

Comience con el Servicio al Cliente

Estamos para escucharlo y ayudarlo. Si tiene alguna inquietud con respecto a alguna persona, un servicio, la calidad de los cuidados o los beneficios contractuales, puede llamar a Nuestro número gratuito y explicarle Su inquietud a uno de Nuestros representantes de Servicio al Cliente. También puede manifestar esa inquietud por escrito. Llámenos al número gratuito de Servicio al Cliente que aparece en Su tarjeta de identificación de Cigna HealthCare o tarjeta de Identificación de beneficios. También puede escribir a:

**Cigna
Individual Services
PO Box 182223
Chattanooga TN 37422**

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

Haremos todo lo que esté a Nuestro alcance para resolver la cuestión 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; este plazo no se aplica a las apelaciones aceleradas. Puede presentar una apelación acelerada en cualquier momento.

Procedimiento de apelación

Cigna cuenta con un procedimiento de apelación de un único paso para las decisiones con respecto a la cobertura. El Miembro, una persona designada por el Miembro, el tutor del Miembro, el Médico de cuidado primario del Miembro u otro Proveedor de cuidado de la salud del Miembro puede presentar una apelación. Para iniciar una apelación, Usted, o la persona que presente la apelación en Su nombre, debe enviar una solicitud de apelación por escrito dentro de los 180 días de haber recibido una notificación de denegación a la siguiente dirección:

Cigna HealthCare of Illinois Inc.
National Appeals Unit (NAO)
PO Box 188011
Chattanooga, TN 37422
Teléfono gratuito: (866) 494-2111
Fax: (877) 815-4827

Correo electrónico: NationalAppealsOrganization@Cigna.com

Las fechas límite indicadas en esta EOC para solicitar una apelación o una Revisión independiente externa no se postergan ni demoran si un Médico de cuidado primario o Proveedor de cuidado de la salud presenta una apelación, a menos que Su Médico de cuidado primario o Proveedor de cuidado de la salud esté actuando como Su representante autorizado.

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 solicitar que se registre Su apelación llamando al número gratuito que aparece en Su tarjeta de identificación de Cigna HealthCare o tarjeta de Identificación de beneficios.

Si la apelación implica una decisión sobre la cobertura respecto de cuestiones de Necesidad médica, de la determinación de si un servicio es clínicamente apropiado o de un tratamiento experimental, un Revisor médico de la misma especialidad o de una especialidad similar a la del cuidado bajo revisión, según lo determine el Revisor médico de Cigna, realizará una revisión médica. Para todas las demás apelaciones relacionadas con el plan de cobertura, se llevará a cabo una revisión por parte de una persona que a) no haya estado involucrada en ninguna decisión anterior en relación con Su apelación, y b) no sea un subordinado de las personas que tomaron decisiones anteriormente. Proporcione toda la documentación relevante junto con Su solicitud de apelación.

Acusaremos recibo por escrito de Su solicitud. Para las determinaciones de cobertura de atención requeridas previas o simultáneas al servicio, la revisión de Cigna se completará dentro de los 15 días calendario. Para los reclamos posteriores al servicio, la revisión de Cigna se completará dentro de los 30 días calendario. En caso de necesitar más tiempo o información para realizar la determinación, le notificaremos al Miembro por escrito para solicitarle una prórroga de hasta 15 días calendario y especificar la información adicional que necesitemos para completar la revisión. En caso de que, en relación con la apelación, consideremos o generemos información (evidencia) nueva o adicional, o Nos basemos en dicha información nueva o adicional, le brindaremos esta información a Usted tan pronto como sea posible y con suficiente anticipación respecto de la decisión, para que Usted tenga la oportunidad de responder. Asimismo, si incorporamos fundamentos nuevos o adicionales, se los notificaremos tan pronto como sea posible y con suficiente anticipación respecto de la decisión, para que Usted tenga la oportunidad de responder.

La decisión se le notificará por escrito al Miembro dentro de los 5 días hábiles después de haberse tomado la decisión y dentro de los plazos de revisión indicados anteriormente si Cigna no aprueba la cobertura solicitada.

Apelación acelerada

Puede presentar una apelación acelerada en forma verbal o escrita en los siguientes casos:

- a) si los plazos de este proceso pondrían en grave peligro la vida del Miembro, Su salud o Su capacidad para recuperar su funcionamiento pleno, o a criterio de Su Médico, le harían sentir un dolor intenso que no puede manejarse sin los servicios solicitados; o
- b) si la apelación está relacionada con la no autorización de una admisión o estadía continua en un Hospital como paciente internado.

En caso de que Usted solicite que se acelere el proceso de Su apelación sobre la base del punto (a) precedente, también puede solicitar, al mismo tiempo, una Revisión independiente externa si el tiempo que se requiere para completar una apelación interna acelerada resultaría perjudicial para Su afección médica.

El revisor Médico de Cigna, previa consulta con el Médico a cargo del tratamiento, decidirá si es necesaria una apelación acelerada. En caso de que se acelere una apelación, le comunicaremos su decisión en forma verbal, dentro de las 24 horas, y luego por escrito.

Su apelación será revisada, y una persona no involucrada en la decisión inicial decidirá la cuestión. Las apelaciones con respecto a la Necesidad médica o para determinar si un servicio es clínicamente apropiado serán analizadas por un profesional de cuidado de la salud.

En el caso de apelaciones aceleradas, le notificaremos, a más tardar, 24 horas después de Su presentación, acerca de toda la información requerida para evaluar Su apelación. Les notificaremos la decisión a Usted, Su Médico de cuidado primario y cualquier Proveedor de cuidado de la salud que haya recomendado el servicio de cuidado de la salud involucrado en la apelación en forma verbal dentro de las 24 horas después de que hayamos recibido la información requerida para una apelación acelerada. Luego enviaremos por escrito la notificación de la determinación, la que incluirá la siguiente información:

- (i) los motivos de la determinación,
- (ii) los criterios médicos o clínicos de la determinación, y
- (iii) en el caso de una determinación adversa, los procedimientos para solicitar una Revisión independiente externa, según se establece en la Ley de Revisión Externa de Aseguradoras de Salud de Illinois (Illinois Health Carrier External Review Act).

Procedimiento de Revisión independiente externa

Procedimiento de revisión externa

Si Usted no está completamente satisfecho con la decisión de la revisión de apelación de Cigna con respecto a alguno de los siguientes asuntos: la Necesidad médica, el carácter de servicio experimental/en investigación, una determinación sobre la elegibilidad inicial, la rescisión de la cobertura de salud, una determinación respecto de si Usted tiene derecho a un estándar alternativo razonable para recibir una

INDHMOIL01-2020

Cigna HealthCare of Illinois, Inc.

01/20
Cigna Connect 5500-1
MIHM0219

recompensa en virtud de un programa de bienestar, una determinación respecto de si Su plan cumple con las disposiciones sobre limitación del tratamiento no cuantitativo y paridad en la aplicación de técnicas de administración médica que cumplan con la Ley de Paridad de la Salud Mental y Equidad para las Adicciones (Mental Health Parity and Addiction Equity Act), o si Cigna demoró una decisión respecto de Su apelación a Cigna por más de 30 días en el caso de apelaciones simultáneas o prospectivas y 60 días en el caso de apelaciones retrospectivas, Usted o Su representante autorizado podrán solicitar que Su apelación se transfiera 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 el nivel voluntario de apelación no afectará los derechos de la persona que hace el reclamo a los demás beneficios en virtud del plan.

No se le cobrará por iniciar este proceso de revisión independiente. Cigna acatará la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

Para solicitar una Referencia a una Organización de Revisión Independiente, debe cumplir con determinadas condiciones. El motivo de la denegación debe basarse en una determinación que haya tomado Cigna respecto de la Necesidad médica, el carácter experimental/en investigación de un servicio, una determinación sobre la elegibilidad inicial o una determinación de rescindir la cobertura de salud. Las limitaciones o exclusiones administrativas o con respecto a la cobertura de beneficios no podrán someterse a apelación en virtud de este proceso.

Para solicitar una revisión, debe enviar una solicitud por escrito al Departamento de Seguros de Illinois dentro de los 4 meses de haber recibido la denegación de la revisión de apelación de Cigna. Usted o Su representante autorizado pueden incluir toda la documentación relevante y cualquier información adicional en Su solicitud de apelación. La Organización de Revisión Independiente tomará una decisión dentro de los 45 días después de recibir toda la información necesaria. En caso de que se solicite y cuando se determine que la demora sería perjudicial para Su afección médica, la revisión se completará dentro de un plazo de 72 horas o 5 días en el caso de revisiones aceleradas de servicios experimentales/en investigación.

El Programa de revisión independiente es voluntario para Usted y es coordinado por el Departamento de Seguros de Illinois.

Procedimiento de revisión externa acelerada

Si Usted tiene una afección médica en razón de la cual el plazo para completar una revisión interna acelerada de una queja relacionada con una determinación adversa, una determinación adversa definitiva o una revisión externa estándar pondría en grave peligro Su vida, Su salud o Su capacidad de recuperar el funcionamiento pleno, o, si Cigna ya demoró más de 48 horas en tomar una decisión en relación con su Apelación acelerada a Cigna, entonces Usted o su representante autorizado pueden solicitar una revisión externa acelerada.

Es posible que Usted tenga derecho a solicitar una revisión externa acelerada de una determinación adversa definitiva en los siguientes casos:

- si la cobertura se denegó debido a que Cigna determinó que el servicio de cuidado de la salud solicitado es experimental o está en investigación, y el Médico a cargo de Su tratamiento certifica por escrito, y respalda la certificación con evidencia, que el servicio o tratamiento de cuidado de la

salud recomendado o solicitado sería significativamente menos eficaz si no se iniciara de inmediato;
o

- en el caso de una admisión, disponibilidad de cuidado, estadía continua o servicio de cuidado de la salud por los cuales la persona cubierta haya recibido servicios de emergencia, pero no se le haya dado el alta del centro.

Para solicitar una Revisión externa o una Revisión externa acelerada, debe enviar una solicitud a:

The Illinois Department of Insurance
Office of Consumer Health Insurance
External Review Unit
320 W. Washington Street
Springfield IL 62767

Teléfono gratuito: (877) 850-4740

Fax: (217) 557-8495

Correo electrónico: doi.externalreview@illinois.gov

Sitio web: <https://mc.insurance.illinois.gov/messagecenter.nsf>

Una vez que el Departamento de Seguros reciba Su solicitud de revisión externa, este reenviará Su solicitud a Cigna para determinar si dicha solicitud reúne los requisitos para una revisión externa. Si Cigna determina que Usted no reúne los requisitos para una revisión externa, Usted puede apelar la decisión a:

No cumple con los requisitos para una Revisión externa:

The Illinois Department of Insurance
Office of Consumer Health Insurance
External Review Unit
320 W. Washington Street
Springfield, Illinois 62767

Teléfono gratuito: (877) 527-9431

Fax: (217) 557-8495

Correo electrónico: doi.externalreview@illinois.gov

Sitio web: <https://mc.insurance.illinois.gov/messagecenter.nsf>

No cumple con los requisitos para una Revisión externa acelerada:

The Illinois Department of Insurance
Office of Consumer Health Insurance
External Review Unit
320 West Washington Street
Springfield, Illinois 62767

Teléfono gratuito: (877) 850-4740

Fax: (217) 557-8495

Correo electrónico: doi.externalreview@illinois.gov

Sitio web: <https://mc.insurance.illinois.gov/messagecenter.nsf>

Apelación ante el estado de Illinois

Usted tiene derecho a comunicarse con el Departamento de Seguros de Illinois para solicitar asistencia en cualquier momento. Puede comunicarse con la División de Consumidores a la siguiente dirección y número de teléfono:

Illinois Department of Insurance
Office of Consumer Health Insurance
320 W. Washington Street
Springfield, IL 62767

Teléfono gratuito: (877) 527-9431

Fax: (217) 558-2083

Correo electrónico: complaints@ins.state.il.us

Sitio web: <https://mc.insurance.illinois.gov/messagecenter.nsf>

Notificación de determinación de beneficios en caso de apelación

Todas las notificaciones respecto de decisiones en caso de apelación se le cursarán a Usted, la persona que Usted designe o Su tutor, Su Médico de cuidado primario y el Proveedor de cuidado de la salud que haya indicado el servicio por escrito o en forma electrónica y, en el caso de una determinación adversa, se incluirá lo siguiente: (1) información suficiente para identificar el reclamo; (2) el (los) motivo(s) específico(s) de la decisión de denegación; (3) una referencia a las disposiciones específicas de la EOC sobre las que se basó la decisión; (4) una declaración que indique que la persona que hizo el reclamo tiene derecho a recibir, a solicitud y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, registros y otra Información relevante, según la definición, así como copias de esta documentación; (5) a solicitud y sin cargo, una copia de cualquier norma, pauta o protocolo interno, u otro criterio similar, en los que se haya basado la determinación adversa con respecto a Su apelación, y una explicación del criterio científico o clínico si la determinación se basa en una exclusión o limitación por Necesidad médica, tratamiento experimental u otra exclusión o limitación similar; (6) información acerca de cualquier oficina de asistencia al consumidor de seguros de salud o de defensa de derechos con que pueda contar para brindarle asistencia para el proceso de apelación; (7) la dirección, el número de teléfono gratuito, el número de fax y la dirección de correo electrónico para apelaciones de Cigna; (8) información específica de los procedimientos de apelación y revisión externa de Su plan, y limitada a estos; (9) información sobre el nivel de apelación disponible; (10) la fecha de la determinación adversa y, si corresponde, la fecha de la determinación adversa definitiva; y (11) si el Miembro ha agotado las apelaciones internas, la notificación de determinación adversa definitiva debe indicar claramente que es la determinación adversa definitiva, que se agotaron todas las apelaciones internas y que Usted tiene 4 meses desde la fecha de la carta para solicitar una revisión externa. En la notificación definitiva de una determinación adversa se incluirá un análisis de la decisión.

Todas las notificaciones deberán incluir la siguiente información de contacto del Departamento de Seguros:

Illinois Department of Insurance
Office of Consumer Health Insurance
External Review Unit
320 W. Washington Street
Springfield IL 62767
Teléfono gratuito: (877) 850-4740
Fax: (217) 557-8495
Correo electrónico: doi.externalreview@illinois.gov
Sitio web: <https://mc.insurance.illinois.gov/messagecenter.nsf>

Información relevante

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

Acción legal

En la mayoría de los casos, no podrá iniciar una acción legal contra Cigna hasta tanto haya completado el proceso de apelación interna.

Arbitraje vinculante

En la medida en que lo permita la ley, cualquier controversia entre Cigna y un Miembro inscrito (incluso cualquier representante legal que actúe en nombre del Miembro) que surja de esta EOC o en relación con ella puede someterse a arbitraje mediante notificación por escrito cursada de una parte a la otra. Dicho arbitraje se registrará por las disposiciones de las Normas de arbitraje comercial de la Asociación Estadounidense de Arbitraje (American Arbitration Association) en la medida en que dichas disposiciones no sean contrarias a las disposiciones de esta sección.

Si las partes no se ponen de acuerdo en un árbitro único dentro de los 30 días de la fecha de entrada en vigor de la notificación de arbitraje escrita, cada parte elegirá un árbitro dentro de los 15 días hábiles después del vencimiento de dicho período de 30 días, y los 2 árbitros elegidos de este modo elegirán a un tercer árbitro, que deberá ser un abogado que tenga la licencia correspondiente para ejercer la profesión legal en el estado aplicable. Si alguna de las partes se niega a elegir un árbitro o no lo elige dentro de dicho período de 15 días hábiles, el árbitro elegido elegirá a un tercer árbitro de acuerdo con estos requisitos. En caso de arbitraje, el árbitro no tendrá la facultad de iniciar una acción de clase, combinar o consolidar demandas similares de una entidad o persona que no sea parte de esta EOC, ni dictar un laudo a favor de una persona o entidad que no sea parte de esta EOC.

INDHMOIL01-2020

Cigna HealthCare of Illinois, Inc.

01/20
Cigna Connect 5500-1
MIHM0219

La audiencia de arbitraje se celebrará dentro de los 30 días luego de la designación del tercer árbitro, a menos que las partes acuerden lo contrario. Si alguna de las partes se niega a participar en dicha audiencia de arbitraje o no lo hace, dicha audiencia se llevará a cabo y será plenamente válida de acuerdo con esta sección, independientemente de la ausencia de dicha parte.

El (los) árbitro(s) tomará(n) una decisión dentro de los 30 días después de la finalización de la audiencia de arbitraje. La decisión del árbitro, o la decisión de 2 de los árbitros si son 3 árbitros, será vinculante para las dos partes y será concluyente respecto de la controversia en cuestión. Asimismo, su cumplimiento podrá exigirse legalmente en cualquier tribunal de jurisdicción competente.

Las partes de esta EOC no tendrán derecho a cesar la prestación de servicios o de otra forma negarse a cumplir con sus obligaciones en virtud de esta EOC mientras el resultado del arbitraje se encuentre pendiente en virtud de esta sección, excepto que se disponga específicamente lo contrario en virtud de esta EOC.

RELACIÓN de la EOC con OTRAS FUENTES de PAGO por los SERVICIOS DE SALUD

Responsabilidad de terceros

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

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

- Tenemos derecho al reembolso de todos los beneficios que hayamos pagado a partir de la cantidad que el Miembro, los padres del Miembro, si este es menor, o el representante legal del Miembro hayan cobrado del tercero en concepto de daños por esos mismos gastos, ya sea mediante acción conforme al régimen del *Common Law*, acuerdo o conciliación, como resultado de esa Enfermedad o Lesión; y
- Se nos cede el derecho de recuperar del tercero, o de su aseguradora, en la medida de los beneficios que hayamos pagado por esa Enfermedad o Lesión.
- Tendremos derecho al primer reembolso con todos los fondos que el Miembro, los padres del Miembro, si este es menor, o el representante legal del Miembro pueda(n) o haya(n) podido obtener por los mismos gastos que hayamos pagado como resultado de esa Enfermedad o Lesión.
- Usted debe proveer toda la información o asistencia, o proporcionar todo documento que podamos requerir razonablemente a fin de obtener nuestros derechos en virtud de esta disposición. Esta disposición se aplica ya sea que el tercero admita su responsabilidad o no.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Esta sección describe lo que pagará esta EOC por los Gastos cubiertos que también estén cubiertos en virtud de otro(s) plan(es). Deberá presentar todos los reclamos ante cada plan.

Definiciones

A los fines de esta sección, los términos que aquí se detallan tienen los siguientes significados:

Plan

Cualquiera de los siguientes que brinda beneficios en forma de pago o servicios para:

- Un plan de seguro individual/no colectivo o colectivo; o un plan de salud colectivo autoasegurado que brinda beneficios en forma de reembolso o servicios por atención médica o tratamiento/artículos médicos.
- Beneficios del gobierno según lo permitido por la ley, excepto Medicaid, Medicare y las pólizas complementarias de Medicare.
- Cobertura de beneficios médicos en virtud de cualquier forma de seguro de automotores colectivo o individual.

Cada plan o parte de un plan que tenga derecho a coordinar beneficios se considerará un plan separado.

Plan primario

El plan que paga primero según lo determinado por las reglas para determinar el orden de los beneficios que aparecen más abajo.

Plan secundario

El plan que paga después del plan primario según lo determinado por las reglas para determinar el orden de los beneficios que aparecen más abajo. Los beneficios en virtud del plan secundario se reducen en función de los beneficios conforme al plan primario.

Gasto permitido

La parte de un Gasto cubierto que se usa para determinar los beneficios que este plan paga cuando es el plan secundario. El gasto permitido es la cantidad que resulte menor entre:

- el cargo utilizado por el plan primario para determinar los beneficios que paga;
- el cargo que usaría este plan para determinar los beneficios que pagaría si fuera el plan primario; y
- la cantidad del Gasto cubierto.

Si los beneficios para un Gasto cubierto en virtud de su plan primario se reducen porque usted no cumplió con los requisitos del plan primario (por ejemplo, obtener la precertificación de una admisión hospitalaria o una segunda opinión para cirugías), la cantidad del gasto permitido se reduce de acuerdo con la cantidad de la reducción.

Período de determinación del reclamo

Un Año calendario, pero no incluye ninguna parte del año durante la cual no tuvo cobertura en virtud de este plan ni ninguna fecha anterior a la entrada en vigor de esta sección o cualquier otra disposición similar.

Reglas para determinar el orden de los beneficios

Un plan que no tenga una regla de coordinación de beneficios compatible con esta sección será siempre el plan primario. Si el plan tiene una regla de coordinación de beneficios compatible con esta sección, la primera de las siguientes reglas que se aplique a la situación es la que se aplica:

- El plan que lo cubra como persona inscrita o como empleado será el plan primario, y el plan que lo cubra como Dependiente será el plan secundario.
- Si usted es un hijo Dependiente y sus padres no están divorciados o separados legalmente, el plan primario será el plan que cubra al padre cuya fecha de nacimiento sea anterior en el Año calendario, como persona inscrita o empleado.
- Si usted es Dependiente de padres divorciados o separados, los beneficios de los Dependientes se determinarán en el siguiente orden:
 - primero, si una orden judicial determina que uno de los padres es responsable de los gastos de cuidado de la salud o de la cobertura médica del menor, y el plan para ese padre tiene conocimiento real de los términos de la orden, pero solo desde el momento en que tuvo conocimiento real;
 - luego, el plan del padre que tenga la custodia del menor;
 - luego, el plan del cónyuge del padre que tenga la custodia del menor;
 - luego, el plan del padre que no tenga la custodia del menor, y
 - por último, el plan del cónyuge del padre que no tenga la custodia del menor.
- El plan que lo cubra como empleado activo (o como Dependiente de ese empleado) será el plan primario, y el plan que lo cubra como empleado cesante o jubilado (o como Dependiente de ese empleado) será el plan secundario. Si el otro plan no cuenta con una disposición similar y, como resultado, los planes no pueden acordar la determinación del orden de los beneficios, este párrafo no se aplicará.
- El plan que lo cubra en virtud del derecho de continuación establecido por las leyes federales o estatales será el plan secundario, y el plan que lo cubra como empleado activo o jubilado (o como Dependiente de ese empleado) será el plan primario. Si el otro plan no cuenta con una disposición similar y, como resultado, los planes no pueden acordar la determinación del orden de los beneficios, este párrafo no se aplicará.
- Si uno de los planes que le proporciona cobertura se emite fuera del estado cuyas leyes se aplican a este plan y determina el orden de los beneficios según el sexo de uno de los padres, y como resultado, los planes no están de acuerdo en cuanto a la determinación del orden de los beneficios, el plan que contenga las normas sobre el sexo determinará el orden de los beneficios.

Si no se pudiese determinar el orden de los beneficios de acuerdo con ninguna de las normas previamente mencionadas, el plan que lo ha cubierto durante el período más largo será considerado el plan primario.

Efecto en los beneficios pagaderos

- Si este plan es el plan primario, la cantidad que este plan pague por un Gasto cubierto se determinará sin tener en cuenta los beneficios pagaderos en virtud de cualquier otro plan.
- Si este plan es el plan secundario, la cantidad que este plan pague por un Gasto cubierto será el gasto permitido menos la cantidad pagada por el plan primario durante un período de determinación de reclamos.

Si mientras cuenta con la cobertura de este plan, usted también tiene cobertura de otro plan individual o colectivo de Cigna, tendrá derecho a recibir los beneficios de un solo plan. Usted podrá elegir este plan o el

plan en virtud del cual tendrá cobertura. Luego, Cigna reembolsará cualquier prima recibida en virtud del otro plan correspondiente al período durante el cual ambas pólizas se encontraban en vigor. No obstante, todos los pagos de reclamos realizados por Cigna en virtud del plan que usted eligió cancelar se deducirán de dicho reembolso de primas.

Recuperación de beneficios en exceso

Si esta EOC es el plan secundario y Cigna paga los Gastos cubiertos que debería haber pagado el plan primario, o si Cigna paga alguna cantidad que supera lo que tiene obligación de pagar, Cigna tendrá derecho a recuperar el sobrepago real efectuado. Cigna tendrá exclusiva discreción para solicitar tal reembolso a cualquier persona que haya recibido el servicio o el pago, o con respecto a la cual se haya brindado el servicio o efectuado el pago, por parte de cualquier compañía de seguros, cualquier plan de cuidado de la salud u otra organización. Si así lo solicitáramos, usted deberá confeccionar y enviarnos los instrumentos y documentos que determinemos necesarios para asegurarnos el derecho al reembolso.

Derecho a recibir y divulgar información

Cigna, sin tener que informarle u obtener Su consentimiento, puede obtener información de cualquier otro plan o divulgar información a cualquier otro plan con respecto a Usted, con el propósito de coordinar Sus beneficios de acuerdo con esta sección. Usted debe brindarnos la información que le solicitemos para coordinar Sus beneficios en virtud de esta sección. Esta solicitud puede realizarse con relación a un reclamo presentado; si ese es el caso, se le notificará de la necesidad de proporcionar la información de la “otra cobertura” (con la Explicación de beneficios pagados de acuerdo con el plan primario) antes de que se procese el reclamo para obtener el pago. Si no se obtuviera respuesta dentro de los 90 días de la solicitud, el reclamo será rechazado. Si la información solicitada se recibiera con posterioridad, el reclamo se procesará.

Beneficios de Medicare

Si un Miembro cumple con los requisitos para recibir cobertura de Medicare; Cigna calculará el pago del reclamo por Servicios cubiertos de acuerdo con los niveles de beneficios de esta EOC en función de la cantidad permitida definida abajo, y pagará esta cantidad menos cualquier cantidad pagada por Medicare. Cigna estimará la cantidad que Medicare habría pagado y reducirá los beneficios de acuerdo con esta cantidad para cualquier Miembro que cumpla con los requisitos para inscribirse en Medicare, pero no esté inscrito. La cantidad pagada en ningún caso superará la cantidad que Cigna habría pagado si fuera la única aseguradora.

En esta situación, la cantidad permitida será la que resulte menor entre:

- la cantidad que permitió Medicare;
- la Tarifa negociada de Cigna para un Proveedor participante; o
- el Cargo máximo reembolsable de Cigna para un Proveedor no participante.

MODIFICACIÓN DE LA EOC

Modificación por ley o reglamentación

Las disposiciones de la EOC están sujetas a la aprobación de todos los órganos reguladores de jurisdicción competente, y en el caso de que los órganos reguladores soliciten una modificación de la EOC, dicha modificación reemplazará las disposiciones de la EOC. Asimismo, se considerará que las leyes o reglamentaciones estatales o federales sancionadas o promulgadas que representen un conflicto

con las disposiciones de la EOC son modificaciones de la EOC en la fecha en que dicha sanción o promulgación sea aplicable a esta EOC.

Modificación en caso de invalidación de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de salud a Bajo Precio

Cigna se reserva los derechos de (i) cambiar las tarifas que se pueden cobrar conforme a la EOC y (ii) modificar los términos de esta EOC para eliminar, alterar o modificar disposiciones requeridas únicamente por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (Ley Pública 111-148) en caso de (a) dictado de una sentencia definitiva por parte de un tribunal que declare que la totalidad o parte de la ley es inválida, inconstitucional o nula por otro motivo o (b) reformas a la ley a través de la legislación.

Modificación uniforme de la cobertura

Las disposiciones de esta EOC podrán modificarse para reflejar revisiones de productos que se hayan hecho de manera uniforme a este plan y a todos los Miembros inscritos en este plan. Cigna se reserva el derecho de modificar esta EOC, incluso las disposiciones, los beneficios y las coberturas de la EOC, siempre que dicha modificación cumpla con las leyes estatales o federales, se aplique de manera uniforme a todas las personas que tienen cobertura en virtud de este mismo formulario de EOC. Modificaremos esta EOC únicamente para todos los Miembros de la misma clase que estén cubiertos en virtud del mismo formulario de EOC, no solo de forma individual.

Cigna cursará notificación escrita a tal efecto, y el cambio entrará en vigor en la fecha indicada en la notificación o en la siguiente fecha de vencimiento de la prima programada luego de dicha fecha. El pago de las Primas luego de dicha notificación indicará la aceptación del cambio.

En cualquier caso en que Cigna elija modificar la cobertura, poner fin a esta o interrumpirla en un Mercado de manera uniforme, Nosotros debemos cursar notificación al Departamento de Seguros de Illinois antes de notificar a los Miembros del plan. La notificación debe cursarse al Departamento de Seguros mediante correo certificado 90 días antes de la fecha en que cursemos notificación de Nuestras acciones a los Miembros del plan. Esta notificación debe incluir los siguientes datos:

1. una descripción completa de la medida que se tomará,
2. una descripción específica del tipo de cobertura afectada,
3. la cantidad total de vidas cubiertas afectadas,
4. un modelo de borrador de todas las cartas que se enviarán a los patrocinadores, participantes, beneficiarios o personas cubiertas del plan,
5. los plazos para las medidas que se tomarán,
6. las opciones que los patrocinadores, los participantes, los beneficiarios o las personas cubiertas del plan puedan tener a su disposición en virtud de esta Ley, y
7. cualquier otra información que requiera el Departamento.

DISPOSICIONES VARIAS DE LA EOC

Programas adicionales

Es posible que periódicamente le ofrezcamos, en forma directa o a través de diversas entidades, descuentos, beneficios, créditos de Primas o costos compartidos, u otras prestaciones, con el fin de promover Su bienestar y salud general.

INDHMOIL01-2020

Cigna HealthCare of Illinois, Inc.

01/20
Cigna Connect 5500-1
MIHM0219

Finalización de la cobertura

Nosotros podemos poner fin a esta EOC sin causa de las siguientes formas: (i) notificando por escrito al Miembro, con noventa (90) días de anticipación, Nuestra decisión de dejar de ofrecer este tipo de cobertura en particular; o (ii) notificando por escrito al Miembro, con ciento ochenta (180) días de anticipación, Nuestra decisión de dejar de ofrecer toda cobertura en el mercado aplicable. Si la cobertura finaliza de conformidad con el punto (i) anterior, el Miembro podrá comprar un tipo de cobertura que se esté ofreciendo actualmente en ese mercado.

Cancelación

Nosotros podemos cancelar esta EOC solamente en alguno de los siguientes casos:

1. Si Usted no paga Sus Primas en la fecha de vencimiento o al finalizar el período de gracia aplicable.
2. El primer día del mes posterior a que recibamos Su notificación de cancelación por escrito.
3. Cuando Usted deje de cumplir con los requisitos para esta cobertura.
4. Si Usted ha cometido o permitió que alguna otra persona cometiera un fraude o una falsificación en relación con esta EOC o cobertura.
5. Violación sustancial de los términos de la EOC.
6. Si dejamos de ofrecer EOC de este tipo a todas las personas de Su clase. En este caso, la ley de IL exige que cumplamos con los siguientes requisitos: (1) cursar notificación por escrito a cada Miembro respecto de la interrupción de la cobertura más de 90 días antes de la interrupción de la cobertura; (2) ofrecer a cada Miembro, bajo la modalidad de emisión garantizada, la opción de contratar cualquier otra cobertura de seguro hospitalaria, médica o quirúrgica individual que ofrezcamos al momento de la interrupción; y (3) actuar de manera uniforme, sin tener en cuenta ningún factor vinculado con el estado de salud de un Miembro.
7. Si dejamos de ofrecer algún plan en el mercado de cobertura individual de IL, le notificaremos la extinción inminente de Su cobertura al menos 180 días antes de Su cancelación.
8. Cuando el Miembro deje de vivir en el Área de servicio. Esto no se aplica a un hijo dependiente que viva fuera del Área de servicio.
9. En caso de dictado de una sentencia definitiva por parte de un tribunal que declare que la totalidad o parte de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (Ley Pública 111-148) es inválida, inconstitucional o nula por otro motivo, si el Estado no brinda medios alternativos y suficientes para financiar créditos fiscales por las primas por adelantado, esta EOC estará sujeta a la cancelación, conforme con la ley federal y estatal aplicable.

Rehabilitación

Si esta EOC se cancela porque Usted no pagó Su Prima dentro del plazo que se le otorga para el pago, Nosotros podremos, si Usted lo solicita y a Nuestra discreción, aceptar la rehabilitación de la cobertura en virtud de esta EOC.

Si esta EOC se rehabilita, Usted y Cigna tendrán los mismos derechos que existían en virtud de la EOC inmediatamente antes de la fecha de vencimiento de la Prima no pagada, con sujeción a los endosos y las modificaciones que correspondan a la EOC rehabilitada.

Todas las Primas aceptadas en relación con una rehabilitación se aplicarán a un período anterior durante el cual Usted no haya pagado las Primas, que no superará los sesenta días previos a la fecha de rehabilitación. La rehabilitación tiene un cargo de \$45.

Relaciones

El Suscriptor celebra la EOC en nombre de las personas que reúnen los requisitos y que se inscriben en virtud de la EOC. La aceptación de la EOC por parte del Suscriptor representa la aceptación de quienes se inscriban como Suscriptores y Dependientes, y es vinculante para dichas personas.

Cigna y los Proveedores participantes que no son empleados de Cigna tienen una relación de contratista independiente. Dichos Médicos, Hospitales y Proveedores no son agentes ni empleados de Cigna; y Cigna y sus empleados no son agentes ni empleados de dichos Médicos, Hospitales o Proveedores.

Notificación

Respecto de esta EOC, "Notificación" significa una notificación escrita que se entregará personalmente o se enviará por correo mediante el Servicio Postal de los Estados Unidos, con franqueo prepagado, dirigida a la última dirección que el Suscriptor o el Miembro haya proporcionado a Cigna.

Fraude

Si el Suscriptor o Dependiente ha cometido o ha permitido que otra persona cometa un fraude o una falsificación en relación con esta EOC, toda la cobertura en virtud de esta EOC será nula y no tendrá fuerza ni efecto legal. A los fines de esta disposición, el fraude y/o la falsificación incluyen, además de otra tergiversación intencional, el ocultamiento o la tergiversación de la fuente directa o indirecta de Su Prima u otras obligaciones de costo compartido en virtud de esta EOC.

Prueba de pérdida

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

Totalidad de la EOC

Esta EOC constituye la totalidad del acuerdo entre las partes. La EOC reemplaza cualquier otra EOC anterior que exista entre las partes. Ningún agente ni ninguna otra persona, excepto un funcionario de Cigna, tienen autoridad para eximir a ninguna persona de las condiciones o restricciones de la EOC; prolongar el plazo para realizar un pago; u obligar a Cigna mediante una promesa o manifestación, o brindando o recibiendo información, excepto según lo indique de otra manera la ley aplicable. Los cambios a la EOC no serán válidos, a menos que se estipulen en una Modificación adjunta al presente documento que haya sido firmada por un funcionario de Cigna.

Divisibilidad

Si un tribunal de jurisdicción competente determina que algún término, disposición, cláusula o condición de la EOC es inválido, nulo o inexigible, el resto de las disposiciones permanecerán en pleno vigor y no se verán afectadas, perjudicadas ni invalidadas de ninguna manera.

Inexistencia de renuncia implícita

El hecho de que Cigna, en una o más ocasiones, no haga uso de un derecho conferido por la EOC no se interpretará en ningún caso como una renuncia al derecho de Cigna de hacer valer dicho derecho en el futuro.

Registros

Cigna mantiene registros de todos los Miembros, pero no tendrá ninguna obligación que dependa de información del Suscriptor antes de recibirla de una forma que sea satisfactoria para Cigna. La información incorrecta proporcionada por el Suscriptor podrá corregirse si Cigna no hubiera actuado en su perjuicio basándose en ella. Todos los registros del Suscriptor y de Cigna que afectan la cobertura de los Miembros en virtud del presente documento estarán abiertos para que los Miembros puedan revisarlos en cualquier momento razonable.

Error administrativo

Los errores administrativos que cometa Cigna no vulnerarán los derechos, privilegios o beneficios de los Miembros.

Políticas administrativas relacionadas con esta EOC

Cigna podrá adoptar políticas, procedimientos, reglas e interpretaciones razonables que fomenten la administración ordenada de esta EOC.

Acceso a la información relacionada con los Servicios de los Proveedores

Cigna tiene derecho a recibir de cualquier Proveedor que preste Servicios a un Miembro toda la información que sea razonablemente necesaria para cumplir con los términos de esta EOC. Con sujeción a los requisitos de confidencialidad aplicables, cada Miembro autoriza a cualquier Proveedor que preste Servicios a divulgar todos los datos relacionados con dichos Servicios, a presentar informes relacionados con dichos Servicios o la condición física del Miembro, y a permitir a Cigna copiar los registros.

EOC vinculante para los Miembros

Mediante la elección de la cobertura de cuidado de la salud en virtud de esta EOC, o la aceptación de servicios o beneficios en virtud del presente documento, todos los Miembros capaces legalmente de contratar, y los representantes legales de todos los Miembros que son incapaces de contratar, aceptan todos los términos, las condiciones y las disposiciones incluidas en este instrumento. No obstante, esta EOC estará sujeta a modificación o cancelación de acuerdo con sus disposiciones, sin el consentimiento o acuerdo de los Miembros.

Renuncia a acción de clase

Excepto según lo estipule el estado de IL, en virtud de esta disposición de la EOC, Usted (incluso cualquier representante legal que actúe en Su nombre) renuncia expresamente al derecho a participar, como demandante o demandante colectivo, en cualquier supuesto procedimiento de clase, colectivo, de representantes, de múltiples demandantes o similar ("Acción de clase"). Excepto según lo estipule el estado de IL, en virtud de esta disposición de la EOC, Usted renuncia expresamente a la capacidad de llevar adelante una Acción de clase en cualquier tribunal.

Solicitudes, declaraciones, etc.

Los Miembros o quienes soliciten la membresía deberán completar y enviar a Cigna las solicitudes u otros formularios que Cigna pueda requerir razonablemente. Los Miembros garantizan que toda la información incluida en dichas solicitudes, formularios o declaraciones será verdadera y correcta, y estará completa. Todos los derechos a recibir beneficios en virtud del presente documento están sujetos a la condición de que dicha información sea verdadera y correcta, y esté completa.

Sucesores y cesionarios

Esta EOC será vinculante para los Sucesores y cesionarios de Cigna, y redundará en su beneficio, pero los Miembros no podrán cederla.

Tarjeta de identificación

Las tarjetas que Cigna emita a los Miembros de conformidad con esta EOC tienen fines de identificación únicamente. La posesión no da derecho a recibir servicios u otros beneficios en virtud de esta EOC. Para tener derecho a recibir servicios o beneficios, el titular de la tarjeta debe ser efectivamente un Miembro en cuyo nombre se hayan pagado todos los Cargos y pagos del Miembro en virtud de esta EOC. Si algún Miembro permite que otra persona use su tarjeta de identificación de Cigna, Cigna podrá retener dicha tarjeta, y todos los derechos de dicho Miembro en virtud de este documento podrán cancelarse de acuerdo con la sección "Causas específicas que impiden cumplir con los requisitos para recibir cobertura".

PROGRAMA DE BENEFICIOS

A continuación se proporciona el Programa de beneficios, que incluye beneficios médicos, de medicamentos con receta y de cuidado de la vista pediátrico. La EOC establece, con más detalle, los derechos y las obligaciones que tienen Usted, el (los) Miembro(s) de Su familia y la EOC. Por lo tanto, es importante que todos los Miembros **¡LEAN ATENTAMENTE TODA LA EOC!**

Los servicios de Proveedores fuera de la red no están cubiertos, excepto por la atención inicial para tratar y estabilizar una Afección médica de emergencia. LOS SERVICIOS DE PROVEEDORES NO PARTICIPANTES NO ESTÁN DISPONIBLES, EXCEPTO SEGÚN SE DESCRIBE EN LA DISPOSICIÓN “SERVICIOS DE EMERGENCIA” DE LA SECCIÓN “SERVICIOS Y BENEFICIOS”, O CON PREVIA AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR MÉDICO DE CIGNA.

Los Miembros tienen derecho a recibir los servicios y beneficios establecidos en este Programa de beneficios, con sujeción al pago de Copagos, Coseguro y cualquier Deducible aplicable, según se especifica en el Programa de beneficios y con sujeción a las condiciones, limitaciones y exclusiones de esta EOC.

1. Los servicios que requieren Autorización previa incluyen, a modo de ejemplo: servicios hospitalarios para pacientes internados, servicios para pacientes internados en cualquier Otro centro de cuidado de la salud participante, servicios en centros para pacientes ambulatorios, imágenes radiológicas avanzadas, transporte en ambulancia para casos que no son de emergencia y servicios de trasplante. La Autorización previa para servicios de ambulancia para casos que no son de emergencia puede obtenerse de un Proveedor participante que esté tratando al Miembro.

2. Los requisitos de Autorización previa para los Medicamentos con receta se detallan en la sección “Medicamentos con receta” de la EOC.

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS	PROVEEDOR DENTRO DE LA RED (En función de la Tarifa negociada por Gastos cubiertos)
Nota: Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.	USTED PAGA:
Beneficios médicos	
Deducible	
Individual	\$5,500
Grupo familiar	\$11,000
Nota: Es posible que se apliquen Deducibles adicionales a beneficios específicos.	

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**Nota:**

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

PROVEEDOR DENTRO DE LA RED
(En función de la Tarifa negociada por Gastos cubiertos)
USTED PAGA:

Coseguro	50%
Desembolso máximo	
Individual	\$8,150
Grupo familiar	\$16,300
	Los siguientes conceptos no se acumulan para el Desembolso máximo dentro de la red: Multas
Programa de autorización previa	
Autorización previa – Servicios para pacientes internados	Su Proveedor participante debe obtener una aprobación para la admisión de pacientes internados; de lo contrario, a Su Proveedor se le podrá aplicar una multa por falta de cumplimiento.
Autorización previa – Servicios para pacientes ambulatorios	Su Proveedor participante debe obtener una aprobación para determinados procedimientos y servicios para pacientes ambulatorios; de lo contrario, a Su Proveedor se le podrá aplicar una multa por falta de cumplimiento.
NOTA: Consulte la sección anterior sobre Autorización previa de servicios para pacientes internados y ambulatorios para obtener más información sobre Su Plan. Puede obtener una lista completa de admisiones, servicios y procedimientos que requieren Autorización previa llamando a Cigna al número que aparece en la parte de atrás de Su tarjeta de identificación o en www.mycigna.com , en la sección <i>View Medical Benefit Details</i> (Ver detalles de los beneficios médicos).	
Servicios de cuidado preventivo	
Consulte la sección “Servicios de cuidado preventivo/Exámenes de salud periódicos” del Plan para conocer más detalles.	0%, no se aplica el Deducible
Examen de audición para recién nacidos/niños	0%, no se aplica el Deducible

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS

Nota:

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

**PROVEEDOR DENTRO DE LA RED
(En función de la Tarifa negociada por Gastos cubiertos)**

USTED PAGA:

Cuidado de la vista pediátrico

Consulte la sección “Beneficios cubiertos” para obtener más detalles.

Prestada por un Oftalmólogo u Optometrista para un Miembro hasta el final del mes en que el Miembro cumpla 19 años.

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

Examen de la vista completo
Limitado a un examen por año

0% por examen, no se aplica el Deducible

Marcos pediátricos para niños
Limitado a un par por año

0% por par, no se aplica el Deducible

Lentes de anteojos para niños
Limitado a un par por año

0% por par, no se aplica el Deducible

Lentes de contacto y servicios profesionales para niños (límite de un suministro para un año)

Opcionales

Un par de lentes de contacto o una compra única de un suministro de lentes de contacto, en lugar del beneficio de lentes y marcos (no pueden recibirse lentes de contacto y marcos en el mismo año de beneficios), que incluye los servicios profesionales.

0% por par, no se aplica el Deducible

Terapéuticos

Se cubre un suministro para un año, independientemente del tipo de lentes de contacto, incluidos los servicios profesionales, en lugar de marcos y lentes.

0% por par, no se aplica el Deducible

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

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**Nota:**

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

PROVEEDOR DENTRO DE LA RED
(En función de la Tarifa negociada por Gastos cubiertos)

USTED PAGA:

<p>Servicios del médico</p> <p>Visita al consultorio</p> <p>Médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)</p> <p>Médico especialista (incluso servicios de consulta y referencia)</p> <p>NOTA: Si se aplica un Copago para visitas a obstetras/ginecólogos, el nivel de Copago que Usted pague dependerá de cómo aparezca Su médico en el directorio de proveedores.</p>	<p>Copago de \$30, no se aplica el Deducible</p> <p>Copago de \$75, no se aplica el Deducible</p>
<p>Servicios médicos, continuación</p> <p>Cirugía en el consultorio del Médico</p> <p>Honorarios profesionales para pacientes ambulatorios por Cirugía (incluye cirugía, anestesia, procedimientos de diagnóstico, diálisis, radioterapia)</p> <p>Pacientes internados Cirugía, anestesia, radioterapia, quimioterapia</p> <p>Visitas hospitalarias</p> <p>Pruebas y tratamiento/inyecciones para alergias</p>	<p>50%</p> <p>50%</p> <p>50%</p> <p>50%</p> <p>50%</p>
<p>Servicios de Cigna Telehealth Connection</p> <p>Visita Virtual con un Médico de Cigna Telehealth Connection Limitado a afecciones médicas agudas menores</p> <p>Nota: Si un Médico de Cigna Telehealth Connection expide una Receta, esa Receta está sujeta a todos los beneficios, limitaciones y exclusiones del Plan para Medicamentos con receta.</p> <p>Servicios cubiertos de cualquier otro Médico participante proporcionados a través de medios Virtuales (No limitado a afecciones médicas agudas menores)</p>	<p>Copago de \$0, no se aplica el Deducible</p> <p>El mismo beneficio que cuando el servicio se proporciona en persona</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS

Nota:

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

**PROVEEDOR DENTRO DE LA RED
(En función de la Tarifa negociada por Gastos cubiertos)**

USTED PAGA:

<p>Servicios de un Programa de salud para indígenas/Programa de salud tribal*</p> <p>Cualquier Servicio cubierto proporcionado por un Programa de salud para indígenas o Programa de salud tribal</p> <p>Nota: Estos beneficios se aplican solamente para un Miembro que sea miembro de una tribu de amerindios reconocida a nivel federal o que sea nativo de Alaska.</p> <p>* consulte la sección Definiciones de la EOC para obtener información adicional sobre el “Programa de salud para indígenas” y el “Programa de salud tribal”.</p>	<p>0%, no se aplica el Deducible</p>
<p>Segunda opinión para cirugías</p>	<p>0%, no se aplica el Deducible</p>
<p>Servicios hospitalarios</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes internados</p> <p>Cargos del centro 50%</p> <p>Honorarios profesionales 50%</p> <p>Admisiones de emergencia</p>	<p>Los beneficios se muestran en el Programa de beneficios de servicios de emergencia</p>
<p>Servicios en Centros para pacientes ambulatorios Incluye Centros de diagnóstico y Centros quirúrgicos independientes para pacientes ambulatorios, y Centros hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	<p>50%</p>
<p>Servicios de laboratorio, radiológicos de diagnóstico y terapéuticos, y de diagnóstico por imágenes avanzadas</p> <p>Cargos del centro y por la interpretación</p> <p>Consultorio del médico 50%</p> <p>Centro de radiografías o laboratorio independiente 50%</p> <p>Servicios de laboratorio o radiografías en un hospital para pacientes ambulatorios 50%</p> <p>MRI, MRA, CAT, PET 50%</p>	<p>50%</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**Nota:**

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

PROVEEDOR DENTRO DE LA RED
(En función de la Tarifa negociada por Gastos cubiertos)

USTED PAGA:

Servicios de rehabilitación Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	50%
Servicios naprapáticos Máximo de 15 visitas por Miembro, por Año calendario	50%
Rehabilitación cardíaca y pulmonar Máximo de 36 visitas por Miembro dentro de un período de seis meses	50%
Servicios quiroprácticos Máximo de 25 visitas por Miembro, por Año calendario	50%
Servicios de habilitación	50%
Aparatos auditivos Para niños de hasta 19 años, 1 por oído cada 36 meses	50%
Tratamiento de la Disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ/TMD, por sus siglas en inglés)	50%
Servicios de anticonceptivos para mujeres, planificación familiar y esterilización	0%, no se aplica el Deducible
Esterilización masculina	0%, no se aplica el Deducible
Maternidad (embarazo y parto)/complicaciones del embarazo (incluido un aborto espontáneo y voluntario) Visita inicial al consultorio para confirmar el embarazo y visitas prenatales subsiguientes facturadas aparte de la tarifa "total"	Se aplica el beneficio de Visita al consultorio del PCP o Especialista

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**Nota:**

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

PROVEEDOR DENTRO DE LA RED
(En función de la Tarifa negociada por Gastos cubiertos)
USTED PAGA:

Servicios prenatales, posnatales y parto (facturados como una tarifa "total") Cargos del Hospital por el parto Pruebas o tratamientos prenatales facturados aparte de la tarifa "total" Visita o tratamientos posnatales facturados aparte de la tarifa "total"	<p>50%</p> <p>Se aplica el beneficio de Servicios hospitalarios para pacientes internados</p> <p>50%</p> <p>Se aplica el beneficio de Visita al consultorio del PCP o Especialista</p>
Diálisis Pacientes hospitalizados Pacientes ambulatorios	<p>Se aplica el beneficio de Servicios hospitalarios para pacientes internados</p> <p>50%</p>
Trastornos del espectro autista Diagnóstico del Trastorno del espectro autista Visita al consultorio Pruebas de diagnóstico Tratamiento del Trastorno del espectro autista Consulte la sección "Trastornos del espectro autista" del Plan para obtener detalles y limitaciones específicos.	<p>Se aplica el beneficio de Visita al consultorio del PCP o Especialista</p> <p>50%</p> <p>Se aplica un Copago o Coseguro por el beneficio específico proporcionado</p>
Servicios para pacientes internados en Otros centros de cuidado de la salud Incluye Centros de cuidados especiales, Hospitales de rehabilitación y Centros de cuidados subagudos	<p>50%</p>
Servicios de salud en el hogar	<p>50%</p>
Aparatos prostéticos externos	<p>50%</p>
Equipo médico duradero	<p>50%</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**Nota:**

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

PROVEEDOR DENTRO DE LA RED
(En función de la Tarifa negociada por Gastos cubiertos)

USTED PAGA:

<p>Atención de enfermos terminales</p> <p>Pacientes hospitalizados</p> <p>Pacientes ambulatorios</p>	<p>Se aplica el beneficio de Servicios hospitalarios para pacientes internados</p> <p>50%</p>
<p>Salud mental</p> <p>Pacientes internados (incluye el tratamiento residencial y agudo)</p> <p>Pacientes ambulatorios (incluye tratamiento individual, grupal, intensivo para pacientes ambulatorios y hospitalización parcial)</p> <p>Visita al consultorio</p> <p>Todos los demás servicios para pacientes ambulatorios</p> <p>Trastorno de consumo de sustancias</p> <p>Desintoxicación/Rehabilitación para pacientes internados (incluye el tratamiento residencial y agudo)</p> <p>Pacientes ambulatorios (incluye tratamiento individual, grupal, intensivo para pacientes ambulatorios y hospitalización parcial)</p> <p>Visita al consultorio</p> <p>Todos los demás servicios para pacientes ambulatorios</p>	<p>Se aplica el beneficio de Servicios hospitalarios para pacientes internados</p> <p>Copago de \$75, no se aplica el Deducible</p> <p>50%</p> <p>Se aplica el beneficio de Servicios hospitalarios para pacientes internados</p> <p>Copago de \$75, no se aplica el Deducible</p> <p>50%</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**Nota:**

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

PROVEEDOR DENTRO DE LA RED
(En función de la Tarifa negociada por Gastos cubiertos)

USTED PAGA:

<p>Trasplantes de órganos y tejidos (Nota: Los dispositivos de asistencia ventricular solo se cubren en un centro de LifeSOURCE. Consulte los detalles de los beneficios en la sección “Servicios y beneficios cubiertos” para conocer los procedimientos cubiertos y otros límites a los beneficios que puedan aplicarse).</p> <p>Centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network®</p> <p>Máximo de viaje para centro de LIFESOURCE Transplant Network®: \$10,000 por Miembro, por trasplante</p> <p>Centro participante que no sea de LifeSOURCE contratado específicamente para proporcionar Servicios de trasplante</p> <p>Centro participante que NO sea contratado específicamente para proporcionar Servicios de trasplante o Centro fuera de la red</p>	<p>0%</p> <p>50%</p> <p>Sin cobertura</p>
<p>Servicios de dispositivo de asistencia ventricular</p> <p>Centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network®</p> <p>Centro que no sea de LifeSOURCE (participante o no participante)</p>	<p>0%</p> <p>Sin cobertura</p>
<p>Medicamentos de especialidad para infusión e inyectables con receta y servicios o suministros relacionados Administrados por un profesional médico en un consultorio o en un centro para pacientes ambulatorios.</p>	<p>50%</p>
<p>Cuidado dental (que no sea pediátrico) Limitado al tratamiento de lesiones accidentales de los dientes naturales dentro de un plazo de 6 meses de producida la lesión accidental</p>	<p>50%</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**Nota:**

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

**PROVEEDOR DENTRO DE LA RED
(En función de la Tarifa negociada por Gastos cubiertos)****USTED PAGA:**

Infertilidad (consulte la sección “Servicios y beneficios cubiertos” para obtener información específica sobre qué servicios están cubiertos y límites a los beneficios que puedan aplicarse)	50%
Cirugía bariátrica	El beneficio depende del tipo de servicio proporcionado.

<p>Servicios de emergencia</p> <p>Esta EOC cubre los Servicios de emergencia de Proveedores participantes y no participantes como se muestran; los Servicios cubiertos están sujetos a un Deducible, salvo que específicamente se disponga lo contrario.</p>	<p>Lo que paga Usted Por Proveedores participantes en función de la Tarifa negociada por Gastos cubiertos</p>	<p>Lo que paga Usted Por Proveedores no participantes en función del Cargo máximo reembolsable por Gastos cubiertos</p> <p>Tenga en cuenta que: Con respecto a las cantidades de Costos compartidos que se muestran a continuación, Usted será responsable únicamente por la cantidad de los Gastos cubiertos del Proveedor no participante en los que habría incurrido si hubiera recibido los servicios de un Proveedor Dentro de la red. Nos aseguraremos de que se le mantenga indemne por cualquier cantidad que supere el porcentaje de Copago, Deducible y Coseguro que Usted habría pagado si hubiera recibido los servicios de un Proveedor participante. También es responsable de: todos los cargos que no sean Gastos cubiertos en virtud de esta EOC.</p>
<p>Servicios de emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sala de emergencias del Hospital <ul style="list-style-type: none"> Afección médica de emergencia Afección médica que no es de emergencia • Servicios de cuidado de urgencia <ul style="list-style-type: none"> Afección médica de emergencia Afección médica que no es de emergencia • Servicios de ambulancia Nota: Cobertura para el transporte Medicamento necesario al centro más cercano capaz de tratar la Afección médica de emergencia. Transporte de emergencia 	<p>50%</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Copago de \$50 por visita, no se aplica el Deducible</p> <p>Copago de \$50 por visita, no se aplica el Deducible</p> <p>50%</p>	<p>Costo compartido Dentro de la red</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Costo compartido Dentro de la red</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Costo compartido Dentro de la red</p>

<p>Servicios de emergencia</p> <p>Esta EOC cubre los Servicios de emergencia de Proveedores participantes y no participantes como se muestran; los Servicios cubiertos están sujetos a un Deducible, salvo que específicamente se disponga lo contrario.</p>	<p>Lo que paga Usted Por Proveedores participantes en función de la Tarifa negociada por Gastos cubiertos</p>	<p>Lo que paga Usted Por Proveedores no participantes en función del Cargo máximo reembolsable por Gastos cubiertos</p> <p>Tenga en cuenta que: Con respecto a las cantidades de Costos compartidos que se muestran a continuación, Usted será responsable únicamente por la cantidad de los Gastos cubiertos del Proveedor no participante en los que habría incurrido si hubiera recibido los servicios de un Proveedor Dentro de la red. Nos aseguraremos de que se le mantenga indemne por cualquier cantidad que supere el porcentaje de Copago, Deducible y Coseguro que Usted habría pagado si hubiera recibido los servicios de un Proveedor participante. También es responsable de: todos los cargos que no sean Gastos cubiertos en virtud de esta EOC.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de víctimas de agresión sexual 	<p>0%</p>	<p>Costo compartido Dentro de la red</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes internados (para admisión de emergencia en un Hospital de cuidados agudos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cargos del centro hospitalario Los Servicios de emergencia de un Proveedor no participante se cubren según el Costo compartido de un Proveedor participante hasta que el paciente pueda ser trasladado a un Centro participante. Los beneficios de Centros no participantes no se cubren desde el momento en que el paciente puede ser trasladado, ya sea que se lo traslade o no. 	<p>50%</p>	<p>Costo compartido Dentro de la red hasta que pueda trasladarse a un Hospital Dentro de la red</p>

<p>Servicios de emergencia</p> <p>Esta EOC cubre los Servicios de emergencia de Proveedores participantes y no participantes como se muestran; los Servicios cubiertos están sujetos a un Deducible, salvo que específicamente se disponga lo contrario.</p>	<p>Lo que paga Usted Por Proveedores participantes en función de la Tarifa negociada por Gastos cubiertos</p>	<p>Lo que paga Usted Por Proveedores no participantes en función del Cargo máximo reembolsable por Gastos cubiertos</p> <p>Tenga en cuenta que: Con respecto a las cantidades de Costos compartidos que se muestran a continuación, Usted será responsable únicamente por la cantidad de los Gastos cubiertos del Proveedor no participante en los que habría incurrido si hubiera recibido los servicios de un Proveedor Dentro de la red. Nos aseguraremos de que se le mantenga indemne por cualquier cantidad que supere el porcentaje de Copago, Deducible y Coseguro que Usted habría pagado si hubiera recibido los servicios de un Proveedor participante. También es responsable de: todos los cargos que no sean Gastos cubiertos en virtud de esta EOC.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales Los Servicios de emergencia de un Proveedor no participante se cubren según el Costo compartido de un Proveedor participante hasta que el paciente pueda ser trasladado a un Centro participante. Los beneficios de Servicios profesionales de Proveedores no participantes no se cubren desde el momento en que el paciente puede ser trasladado, ya sea que se lo traslade o no. 	<p>50%</p>	<p>Costo compartido Dentro de la red hasta que pueda trasladarse a un Hospital Dentro de la red</p>

**INFORMACIÓN SOBRE LOS
BENEFICIOS DE
MEDICAMENTOS CON
RECETA**

**FARMACIA
MINORISTA**

**FARMACIA DE
ENTREGA A
DOMICILIO EXPRESS
SCRIPTS**

USTED PAGA

USTED PAGA

**USTED DEBERÁ PAGAR LAS CANTIDADES QUE SE
MUESTRAN DESPUÉS DE ALCANZAR CUALQUIER
DEDUCIBLE APLICABLE**

Nota:

Puede obtener un suministro para 30 días de cualquier Medicamento con receta o Suministro relacionado cubierto en cualquier Farmacia minorista participante.

Puede obtener un suministro para hasta 90 días de cualquier Medicamento con receta o Suministro relacionado cubierto en una Farmacia minorista con despacho para 90 días o a través de la Farmacia de entrega a domicilio Express Scripts.

En el caso de que Usted solicite un Medicamento de marca que tenga un equivalente Genérico, Usted deberá pagar la diferencia de costo entre el Medicamento de marca y el Medicamento genérico, más el Copago o Coseguro para Medicamentos genéricos indicado en el Programa de beneficios.

<u>Deducible para Medicamentos con receta</u>	Sin Deducible por separado para los Medicamentos con receta; el Deducible que aparece en el Programa de beneficios se aplica a los Medicamentos con receta.	
	Programa de medicamentos para farmacias minoristas de Cigna USTED PAGA POR RECETA O RENOVACIÓN:	Programa de medicamentos para la Farmacia de entrega a domicilio Express Scripts USTED PAGA POR RECETA O RENOVACIÓN:
Nivel 1: Este nivel generalmente incluye Medicamentos genéricos preferidos. Estos medicamentos tienen la misma concentración y los mismos ingredientes activos que los Medicamentos de marca, pero suelen costar mucho menos. Los Medicamentos genéricos preferidos están cubiertos con el Costo compartido más bajo del plan.	Copago de \$10 por Receta o renovación, no se aplica el Deducible Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista con despacho para 90 días. Usted paga un Copago por cada suministro para 30 días.	Copago de \$30 por Receta o renovación, no se aplica el Deducible Suministro máximo para hasta 90 días

**INFORMACIÓN SOBRE LOS
BENEFICIOS DE
MEDICAMENTOS CON
RECETA**

**FARMACIA
MINORISTA**

**FARMACIA DE
ENTREGA A
DOMICILIO EXPRESS
SCRIPTS**

USTED PAGA

USTED PAGA

**USTED DEBERÁ PAGAR LAS CANTIDADES QUE SE
MUESTRAN DESPUÉS DE ALCANZAR CUALQUIER
DEDUCIBLE APLICABLE**

<p>Nivel 2: Este nivel generalmente incluye la mayoría de los Medicamentos genéricos y algunos Medicamentos de marca de bajo costo. Los Medicamentos genéricos tienen la misma concentración y los mismos ingredientes activos que los Medicamentos de marca, pero suelen costar mucho menos.</p>	<p>Copago de \$40 por Receta o renovación, no se aplica el Deducible</p> <p>Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista con despacho para 90 días. Usted paga un Copago por cada suministro para 30 días.</p>	<p>Copago de \$120 por Receta o renovación, no se aplica el Deducible</p> <p>Suministro máximo para hasta 90 días</p>
<p>Nivel 3: Este nivel generalmente incluye Medicamentos de marca preferida y algunos Medicamentos genéricos de alto costo.</p>	<p>40% por Receta o renovación</p> <p>Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista con despacho para 90 días.</p>	<p>40% por Receta o renovación</p> <p>Suministro máximo para hasta 90 días</p>
<p>Nivel 4: Este nivel generalmente incluye Medicamentos de marca no preferida y algunos Medicamentos genéricos de alto costo.</p>	<p>50% por Receta o renovación</p> <p>Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista con despacho para 90 días.</p>	<p>50% por Receta o renovación</p> <p>Suministro máximo para hasta 90 días</p>
<p>Nivel 5: Este nivel generalmente incluye Medicamentos de especialidad y Medicamentos genéricos y de marca de alto costo.</p>	<p>50% por Receta o renovación</p> <p>Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista con despacho para 90 días.</p>	<p>50% por Receta o renovación</p> <p>Suministro máximo para hasta 90 días</p>

**INFORMACIÓN SOBRE LOS
BENEFICIOS DE
MEDICAMENTOS CON
RECETA**

**FARMACIA
MINORISTA**

**FARMACIA DE
ENTREGA A
DOMICILIO EXPRESS
SCRIPTS**

USTED PAGA

USTED PAGA

**USTED DEBERÁ PAGAR LAS CANTIDADES QUE SE
MUESTRAN DESPUÉS DE ALCANZAR CUALQUIER
DEDUCIBLE APLICABLE**

**Medicamentos preventivos
independientemente del Nivel**

Medicamentos designados como Preventivos en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010, que incluyen, a modo de ejemplo:

- anticonceptivos femeninos recetados por un Médico y que son Genéricos o De marca sin una alternativa Genérica; y
- un suministro para hasta 12 meses de anticonceptivos (incluso de venta sin receta) y productos se cubrirán si se despachan o entregan en una sola vez; y
- productos para dejar de fumar, con un límite máximo de dos regímenes de 90 días.

0% por Receta o renovación, no se aplica el Deducible

Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante

o

Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista con despacho para 90 días.

0% por Receta o renovación, no se aplica el Deducible

Suministro máximo para hasta 90 días