

Cigna Health and Life Insurance Company puede modificar las Primas de esta Póliza mediante notificación cursada por escrito a la Persona asegurada con 30 días de anticipación. No obstante, no modificaremos la tabla de Primas de esta Póliza en forma individual, sino para todas las Personas aseguradas de la misma clase que estén cubiertas en virtud del mismo plan que Usted.

Cigna Health and Life Insurance Company (“Cigna”)

**Cigna Connect 1200 Plan y
Native American / Alaska Native Over 300% Plan**

Si desea cancelar O si tiene preguntas

Si por algún motivo no está satisfecho con los términos de esta Póliza, podrá devolverla dentro de los 10 días de haberla recibido. En ese caso, cancelaremos Su cobertura a partir de la Fecha de entrada en vigor original y le reembolsaremos de inmediato cualquier Prima que haya pagado. A partir de ese momento, esta Póliza será nula. Si desea comunicarse con Nosotros por este o cualquier otro motivo, escríbanos a:

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

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

AVISO IMPORTANTE

¡ES POSIBLE QUE ESTA PÓLIZA NO SE APLIQUE CUANDO TENGA UN RECLAMO! ¡LEA ESTE AVISO! Cigna Health and Life Insurance Company (en este documento denominada Cigna) le emitió esta Póliza sobre la base de la información que Usted proporcionó en Su solicitud. Lea la copia de la solicitud que conservó después de solicitar la cobertura. Controle minuciosamente la solicitud y escriba a Cigna Individual Services, P. O. Box 30365, Tampa, FL 33630-3365, 1-877-484-5967 en el término de 10 días si alguna información que se muestra en ella es incorrecta o no está completa; de lo contrario, es posible que Su Póliza no sea un contrato válido.

AVISO IMPORTANTE

Esta es una Póliza de proveedores exclusivos. Eso significa que esta Póliza no brinda beneficios por servicios que Usted reciba de un Proveedor Fuera de la red, excepto en los siguientes casos:

- Servicios para la Estabilización y el tratamiento inicial de una Emergencia médica, o
- Servicios Médicamente necesarios que no están disponibles a través de un Proveedor Dentro de la red (Participante)


Los Proveedores Dentro de la red (Participantes) incluyen Médicos, Hospitales y otros Centros de cuidado de la salud. Consulte el directorio de proveedores, que está disponible en www.mycigna.com, o llame al número que aparece en Su tarjeta de identificación para determinar si un Proveedor está Dentro de la Red (es Participante).

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

Renovación garantizada

Esta Póliza brinda cobertura médica mensual siempre que la Persona asegurada continúe efectuando los pagos correspondientes. Cigna renovará esta Póliza salvo por los supuestos específicos previstos en la sección "Términos de la Póliza". La cobertura en virtud de esta Póliza entrará en vigor a las 12:01 a.m., hora del Este, de la Fecha de entrada en vigor que aparece en la página de especificaciones de la Póliza.

Firmado en nombre de Cigna por:



Julia M. Huggins, President



Anna Krishtul, Corporate Secretary

AVISOS IMPORTANTES

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

Este plan puede requerir o permitir que se designe a 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 plan 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 a un proveedor de cuidado primario y para ver 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.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
ACERCA DE ESTA PÓLIZA	1
CÓMO ELEGIR UN MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO (PCP)	2
SI NECESITA UN ESPECIALISTA	2
CAMBIO DE MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO	2
SI SU PCP ABANDONA LA RED.....	2
EXCEPCIONES AL PROCESO DE REFERENCIA	3
REFERENCIA PERMANENTE A UN ESPECIALISTA	3
CONTINUIDAD DEL CUIDADO DE LA SALUD.....	4
SI ESTÁ INTERNADO EN UN HOSPITAL	4
INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LOS BENEFICIOS	5
PROGRAMA DE AUTORIZACIÓN PREVIA	5
PROGRAMA DE BENEFICIOS	7
DEFINICIONES	20
¿QUIÉNES CUMPLEN CON LOS REQUISITOS PARA OBTENER LA COBERTURA?	36
REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD	36
¿CUÁNDO PUEDO PRESENTAR UNA SOLICITUD?.....	37
CAUSAS ESPECÍFICAS QUE IMPIDEN CUMPLIR CON LOS REQUISITOS PARA RECIBIR COBERTURA	42
CONTINUACIÓN.....	42
CÓMO FUNCIONA LA PÓLIZA	43
PROGRAMA DE BENEFICIOS.....	43
CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES	43
DEDUCIBLES	44
DESEMBOLSO MÁXIMO.....	44
MULTAS	45
BENEFICIOS INTEGRALES: COBERTURA DE LA PÓLIZA	46
SERVICIOS Y SUMINISTROS PROPORCIONADOS POR UN HOSPITAL O UN CENTRO QUIRÚRGICO INDEPENDIENTE PARA PACIENTES AMBULATORIOS.....	46
SERVICIOS PARA PACIENTES INTERNADOS EN OTROS CENTROS DE CUIDADO DE LA SALUD	47
ATENCIÓN DE ENFERMOS TERMINALES	47
SERVICIOS PROFESIONALES Y OTROS SERVICIOS	48
EQUIPO MÉDICO DURADERO	48
SUMINISTROS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS	49
SERVICIOS DE AMBULANCIA	49
SERVICIOS DE TERAPIA DE REHABILITACIÓN (FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL Y TERAPIA DEL HABLA).....	50
SERVICIOS DE HABILITACIÓN	50
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN PULMONAR Y CARDÍACA	51
SERVICIOS PARA TRASTORNOS DE SALUD MENTAL Y DE CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	51
CUIDADO DENTAL	53
ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES	53
CUIDADO PARA EL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD	53
TRATAMIENTO PARA LA INFERTILIDAD	54
SERVICIOS DE CUIDADO PREVENTIVO.....	54
PRUEBAS GENÉTICAS	55
TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA	55
TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS Y CUIDADOS ESPECIALIZADOS RELACIONADOS.....	56
TRATAMIENTO DE LA DIABETES	58
TRATAMIENTO RECIBIDO DE PROVEEDORES EN PAÍS EXTRANJERO.....	58
CIGNA TELEHEALTH CONNECTION.....	59
SERVICIOS DE CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR	60
MASTECTOMÍA Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS	61

TRATAMIENTO DE LA DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (TMJ).....	61
APARATOS Y DISPOSITIVOS PROTÉSICOS EXTERNOS	61
ESTUDIOS CLÍNICOS.....	62
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES: LO QUE ESTA PÓLIZA NO CUBRE.....	64
SERVICIOS EXCLUIDOS.....	64
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA.....	69
PAGOS DE FARMACIA.....	69
MEDICAMENTOS CON RECETA CUBIERTOS EN VIRTUD DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS.....	69
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS INYECTABLES AUTOADMINISTRADOS Y MEDICAMENTOS PARA INFUSIÓN E INYECTABLES	70
ADMINISTRACIÓN DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CON RECETA	70
GASTOS CUBIERTOS	71
PATIENT ASSURANCE PROGRAM.....	71
LO QUE ESTÁ CUBIERTO.....	72
CONDICIONES DEL SERVICIO	73
EXCLUSIONES	73
LIMITACIONES	75
PROCESO DE AUTORIZACIÓN, EXCEPCIÓN Y APELACIÓN PARA MEDICAMENTOS CON RECETA Y SUMINISTROS	
RELACIONADOS	76
COBERTURA DE MEDICAMENTOS NUEVOS	77
REEMBOLSO/PRESENTACIÓN DE RECLAMOS	78
RECLAMOS Y SERVICIO AL CLIENTE	78
BENEFICIOS DE CUIDADO DE LA VISTA PEDIÁTRICO BRINDADO POR UN OFTALMÓLOGO U	
OPTOMETRISTA	79
BENEFICIOS DE LA VISTA PEDIÁTRICOS	79
BENEFICIOS CUBIERTOS.....	79
EXCLUSIONES	80
PROVEEDORES DE CIGNA VISION	81
REEMBOLSO/PRESENTACIÓN DE RECLAMOS	81
DISPOSICIONES GENERALES.....	82
DISPOSICIÓN SOBRE ALTERNATIVA DE CONTENCIÓN DE COSTOS.....	82
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	82
QUÉ HACER CUANDO TENGA ALGUNA QUEJA O APELACIÓN.....	85
TÉRMINOS DE LA PÓLIZA	88
OTROS SEGUROS CON ESTA ASEGURADORA.....	93
CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO DE BENEFICIOS.....	94
PROCEDIMIENTOS PARA LA DETERMINACIÓN DEL RECLAMO EN VIRTUD DE LEY FEDERAL.....	95
PRIMAS.....	98

Introducción

Acerca de esta Póliza

Su cobertura médica se brinda en virtud de una Póliza emitida por Cigna Health and Life Insurance Company (“Cigna”). Esta Póliza constituye un contrato legal entre Usted y Nosotros.

En virtud de esta Póliza, “Nosotros”, “Nos” y “Nuestro” se refieren a Cigna. “Usted” o “Su” se refieren al Titular de la póliza cuya solicitud haya sido aceptada por Nosotros en virtud de la Póliza emitida. Cuando en esta Póliza utilicemos el término “Persona asegurada”, nos referiremos a Usted y a cualquier Miembro de Su familia que cumpla con los requisitos y se encuentre cubierto en virtud de esta Póliza. La cobertura de esta Póliza se extiende a Usted y a todos los Miembros de Su familia que se encuentran mencionados en la página de especificaciones de la Póliza.

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

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

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

SI, DENTRO DE UN PLAZO DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE SU PARTICIPACIÓN EN LA PÓLIZA, DESCUBRIMOS UN ACTO FRAUDULENTO O LA TERGIVERSACIÓN INTENCIONAL DE INFORMACIÓN SUSTANCIAL, O INFORMACIÓN SUSTANCIAL QUE USTED O ALGUNO DE LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA 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 UNO O MÁS MIEMBROS DE SU FAMILIA ADICIONALES (SALVO HIJOS RECIÉN NACIDOS DE LA PERSONA ASEGURADA QUE HAYAN SIDO INCORPORADOS DENTRO DE LOS 31 DÍAS SIGUIENTES AL NACIMIENTO), DESCUBRIMOS UN ACTO FRAUDULENTO O LA TERGIVERSACIÓN INTENCIONAL DE INFORMACIÓN SUSTANCIAL, O INFORMACIÓN SUSTANCIAL QUE USTED O ALGUNO DE LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA CONOCÍAN, PERO NO DIVULGARON EN SU SOLICITUD, PODREMOS RESCINDIR LA COBERTURA PARA EL/LOS MIEMBRO(S) DE SU FAMILIA ADICIONAL(ES) DESDE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR ORIGINAL DE LA COBERTURA DE DICHA(S) PERSONA(S). EN CASO DE QUE RESCINDAMOS SU COBERTURA, SE LO NOTIFICAREMOS CON 30 DÍAS DE ANTICIPACIÓN Y LE REEMBOLSAREMOS TODAS LAS PRIMAS QUE USTED HAYA PAGADO POR SU PÓLIZA, MENOS LA CANTIDAD CORRESPONDIENTE A CUALQUIER RECLAMO PAGADO POR CIGNA. LA RESCISIÓN DE SU COBERTURA TENDRÁ COMO CONSECUENCIA LA DENEGACIÓN DE TODOS LOS RECLAMOS QUE SE ENCUENTREN PENDIENTES Y, EN EL CASO DE QUE LOS PAGOS DE RECLAMOS SUPEREN EL TOTAL DE LAS PRIMAS PAGADAS, LOS RECLAMOS PAGADOS ANTERIORMENTE POR CIGNA SE RECHAZARÁN EN FORMA RETROACTIVA, LO CUAL LE OBLIGARÁ A USTED A PAGAR AL PROVEEDOR LA TOTALIDAD DE LOS SERVICIOS BRINDADOS A LA TARIFA QUE FACTURA HABITUALMENTE EL PROVEEDOR, NO A LA TARIFA NEGOCIADA POR CIGNA.

Elección del Hospital y el Médico: El contenido de esta Póliza no restringirá ni afectará en modo alguno el derecho de una Persona asegurada a seleccionar el Hospital o el Médico de su preferencia. No obstante, esta Póliza no cubre los servicios que no son de emergencia prestados por Proveedores no participantes.

Cómo elegir un Médico de cuidado primario (PCP)

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 Persona asegurada. Por este motivo, cuando Usted se inscriba como Persona asegurada, se le pedirá que elija un Médico de cuidado primario (PCP). 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 los Miembros de Su familia. Usted tiene derecho a designar a cualquier Médico de cuidado primario que participe en Nuestra red y que pueda aceptarles a Usted o a los Miembros de Su familia. Si Usted no elige un PCP, le asignaremos uno.

Si necesita un especialista

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

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 que podrá cambiar de PCP durante un Año del plan. 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 del PCP) y siga las indicaciones que aparezcan, o comuníquese 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 Dentro de la red deja de ser un Médico participante, le notificaremos por escrito de su finalización inminente al menos 30 días antes de la fecha en que el PCP abandonará la red y le brindaremos ayuda para seleccionar un nuevo PCP o identificar un nuevo especialista Dentro de la red que continúe prestando los Servicios cubiertos. Si no elige un PCP después de que le notifiquen que Su PCP ya no es un Proveedor participante, elegiremos 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 recibiendo cuidado de ese Proveedor.

Excepciones al proceso de Referencia

Si Usted es una Persona asegurada de sexo femenino, puede visitar a un Proveedor participante calificado para recibir servicios obstétricos y ginecológicos cubiertos, según se definen en la sección “Beneficios integrales: cobertura de la Póliza”, sin una Referencia de Su PCP.

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

Si Usted es una Persona asegurada de menos de 19 años, puede visitar a un dentista de la red por Beneficios dentales pediátricos o a un Proveedor de servicios de la vista de la red de Cigna por Beneficios de 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 pediátrico cubiertos, según se definen en la sección “Beneficios integrales: cobertura de la Póliza”, sin una Referencia de Su PCP.

Referencia permanente a un especialista

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

1. Usted está inscrito para recibir cobertura en virtud de esta Póliza;
2. Tiene una enfermedad o afección con riesgo de vida, degenerativa, crónica o discapacitante;
3. Su PCP, junto con un especialista Dentro de la red, determina que Su 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 Dentro de la red que será responsable de brindarle Su cuidado de especialidad y coordinarlo; y
6. El especialista Dentro de la red cuenta con la autorización de Cigna para prestar los servicios en virtud de la referencia permanente.

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

Continuidad del cuidado de la salud

Es posible que haya instancias en las que Su PCP o especialista deje de ser un Médico participante. En esos casos, se le notificará y se le brindará asistencia para seleccionar a un nuevo PCP o para identificar un nuevo especialista que sea un Médico participante que continúe prestando los Servicios cubiertos. No obstante, en determinadas circunstancias médicas, es posible que sigamos reembolsando los Gastos cubiertos de Su PCP o un especialista al que Usted haya estado consultando al nivel de beneficios de Proveedores participantes, incluso si este ya no está afiliado a la red de Cigna. Si Usted se está realizando un tratamiento activo para una afección aguda o crónica, y es Médicamente necesario continuar el tratamiento, es posible que cumpla con los requisitos para recibir cuidados continuos del Proveedor no participante durante un período específico, con sujeción al contrato del Proveedor a cargo de Su tratamiento. Es posible que también cumpla con los requisitos para la continuidad del cuidado si ha entrado en Su segundo o tercer trimestre de embarazo. En este caso, es posible que los cuidados continúen hasta Su parto y que incluyan un período de cuidado posparto.

Cigna debe aprobar por adelantado dicha continuidad del cuidado, y Su Médico debe aceptar Nuestra tarifa de reembolso y cumplir con las políticas, los procedimientos y los requisitos de aseguramiento de la calidad de Cigna. Es posible que haya otras circunstancias en las que no exista la posibilidad de seguir recibiendo cuidado de un Proveedor que deje de ser un Proveedor participante, por ejemplo, si el Proveedor pierde su licencia para ejercer o se jubila.

Usted puede solicitar a Cigna la continuidad del cuidado después de que Su Proveedor participante deje de ser parte de la red de Cigna; para hacerlo, llame al número gratuito que aparece en Su tarjeta de identificación. La continuidad del cuidado debe ser Médicamente necesaria, y Nosotros debemos haberla aprobado previamente. La continuidad del cuidado cesará en la primera de las siguientes fechas:

- La fecha en que se complete correctamente la transición de Su cuidado a un Proveedor participante; o
- La fecha en que se complete Su tratamiento; o
- El siguiente período de inscripción abierta; o
- Cuando termine el período aprobado para la continuidad del cuidado.

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 inscribe como Persona asegurada, 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/u Hospital participante si 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.

Información importante sobre los beneficios

Programa de autorización previa

Cigna le proporciona un programa integral personal de administración médica de soluciones de salud, que se concentra en brindar resultados de calidad y maximiza el valor para Usted.

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA SERVICIOS PARA PACIENTES INTERNADOS

Se requiere Autorización previa para todas las admisiones de pacientes internados que no sean de emergencia, y para algunas otras admisiones, a fin de poder recibir los beneficios. SI USTED NO OBTIENE LA AUTORIZACIÓN PREVIA ANTES DE UNA ADMISIÓN OPCIONAL EN UN HOSPITAL O EN ALGUNOS OTROS CENTROS, ES POSIBLE QUE DEBA PAGAR UNA MULTA.

Para obtener la Autorización previa, Usted, los Miembros de Su familia o el Proveedor deben llamar al número que aparece en la parte de atrás de Su tarjeta de identificación.

Para conocer los requisitos de Autorización previa que se aplican a los servicios para pacientes internados, incluso para qué otros tipos de admisiones a los centros se necesita una Autorización previa, Usted puede:

- llamar a Cigna al número que aparece en la parte de atrás de Su tarjeta de identificación o
- consultar la sección *Coverage* (Cobertura) en www.mycigna.com y luego seleccionar *Medical* (Beneficios médicos).

Tenga en cuenta que las admisiones de emergencia se analizarán después de la admisión.

La Autorización previa para pacientes internados analiza la necesidad de la admisión, así como la necesidad de la estadía prolongada en el Hospital.

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

También se requiere Autorización previa para determinados procedimientos y servicios para pacientes ambulatorios a fin de poder recibir los beneficios. SI USTED NO OBTIENE LA AUTORIZACIÓN PREVIA ANTES DE RECIBIR DETERMINADOS PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS OPCIONALES PARA PACIENTES AMBULATORIOS, ES POSIBLE QUE DEBA PAGAR UNA MULTA.

Para obtener la Autorización previa, Usted, los Miembros de Su familia o el Proveedor deben llamar al número que aparece en la parte de atrás de Su tarjeta de identificación. La Autorización previa para pacientes ambulatorios solo debe solicitarse para procedimientos o servicios que no sean de emergencia, por lo menos cuatro días hábiles (de lunes a viernes) antes de que se realice el procedimiento o se brinde el servicio.

Para conocer los requisitos de Autorización previa que se aplican a los procedimientos y servicios para pacientes ambulatorios, incluso para qué procedimientos y servicios se necesita una Autorización previa, Usted puede:

- llamar a Cigna al número que aparece en la parte de atrás de Su tarjeta de identificación o
- consultar la sección *Coverage* (Cobertura) en www.mycigna.com y luego seleccionar *Medical* (Beneficios médicos).

LA AUTORIZACIÓN PREVIA NO CONSTITUYE UNA GARANTÍA DE PAGO. La Autorización previa no garantiza el pago de beneficios. La cobertura siempre está sujeta a los demás requisitos de esta Póliza, limitaciones y exclusiones, pago de la Prima y otros requisitos con los que se debe cumplir al momento en que se brinden el cuidado y los servicios.

Revisión retrospectiva

Si no se realizó el procedimiento de Autorización previa, Cigna realizará una revisión retrospectiva para determinar si una admisión programada o de Emergencia era Médicamente necesaria. En caso de que se determine que los servicios son Médicamente necesarios, se brindarán los beneficios conforme se establece en esta Póliza. Si se determina que un servicio no era Médicamente necesario, la Persona asegurada será responsable de pagar los Cargos de dichos servicios.

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA MEDICAMENTOS CON RECETA

Se requiere Autorización previa para determinados Medicamentos con receta y Suministros relacionados. **Para obtener información completa y detallada sobre los procedimientos de autorización para Medicamentos con receta, las excepciones y el Tratamiento escalonado, consulte la sección de esta Póliza titulada “Beneficios de medicamentos con receta”.**

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

- Llamar a Cigna al número que aparece en la parte de atrás de Su tarjeta de identificación, o
- iniciar sesión en www.cigna.com/ifp-drug-list.

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.

PROGRAMA DE BENEFICIOS

A continuación se proporciona el Programa de beneficios de la Póliza, que incluye beneficios médicos, de medicamentos con receta y de cuidado de la vista pediátrico. La Póliza establece, con más detalle, los derechos y las obligaciones de todas las Personas aseguradas y de Cigna. Por lo tanto, es importante que todas las Personas aseguradas **¡LEAN ATENTAMENTE TODA LA PÓLIZA!**

RECUERDE QUE LOS SERVICIOS DE PROVEEDORES NO PARTICIPANTES (FUERA DE LA RED) NO ESTÁN CUBIERTOS, EXCEPTO POR EL CUIDADO INICIAL PARA TRATAR Y ESTABILIZAR UNA AFECCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA. PARA OBTENER MÁS DETALLES, CONSULTE LA SECCIÓN “CÓMO FUNCIONA LA PÓLIZA” DE SU PÓLIZA.

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS Nota: Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.	PROVEEDOR PARTICIPANTE (en función de la Tarifa negociada por Gastos cubiertos) USTED PAGA:
<p align="center">Beneficios médicos</p> <hr/> <p>Deducible</p> <p>Individual \$1,200</p> <p>Grupo familiar \$2,400</p> <p>El deducible se aplica, salvo que específicamente se disponga lo contrario.</p>	
<p>Coseguro</p>	<p align="center">Usted y los Miembros de Su familia pagan el 30% de los Cargos después del Deducible.</p>
<p>Desembolso máximo</p> <p>Individual \$6,900</p> <p>Grupo familiar \$13,800</p> <p>Los siguientes conceptos no se acumulan para el Desembolso máximo: Multas y máximos de la Póliza.</p>	

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**Nota:**

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

PROVEEDOR PARTICIPANTE
(en función de la Tarifa negociada por Gastos cubiertos)

USTED PAGA:**Programa de autorización previa****Autorización previa – Servicios para pacientes internados****Autorización previa – Servicios para pacientes ambulatorios**

NOTA: Consulte la sección sobre Autorización previa para servicios para pacientes internados y ambulatorios para obtener información más detallada. Puede obtener una lista completa de admisiones, servicios y procedimientos que requieren Autorización previa llamando a Cigna al número que aparece en la parte de atrás de Su tarjeta de identificación o en www.mycigna.com, en la sección *Coverage* (Cobertura), seleccionando luego *Medical* (Beneficios médicos).

Su Proveedor participante debe obtener una aprobación para la admisión de pacientes internados; **de lo contrario, a Su Proveedor se le podrá aplicar una multa** por falta de cumplimiento.

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

Todos los Servicios de cuidado preventivo para pacientes sanos

Consulte la sección “Beneficios integrales: cobertura de la Póliza” de esta Póliza para obtener más detalles.

Nota: La esterilización voluntaria para hombres está cubierta al nivel de beneficios regulares.

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 PARTICIPANTE
(en función de la Tarifa negociada por Gastos cubiertos)**

USTED PAGA:**Beneficios de la vista pediátricos**

Consulte la sección "Beneficios cubiertos" para obtener más detalles.

Cuidado de la vista pediátrico Brindado por un Oftalmólogo u Optometrista para una Persona asegurada, hasta el final del mes en que la Persona asegurada cumpla 19 años.

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

Examen de la vista completo

0% por examen, no se aplica el Deducible

Anteojos para niños*Se aplican límites anuales*

Marcos pediátricos

0% por par, no se aplica el Deducible

Lentes monofocales

0% por par, no se aplica el Deducible

Lentes bifocales con línea

0% por par, no se aplica el Deducible

Lentes trifocales con línea o progresivos estándares

0% por par, no se aplica el Deducible

Lentes lenticulares

0% por par, no se aplica el Deducible

Lentes de contacto para niños*Se aplican límites anuales*

Terapéuticos

0% por par, 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 PARTICIPANTE
(en función de la Tarifa negociada por Gastos cubiertos)**

USTED PAGA:**Servicios del médico**

Visita al consultorio/Visita a domicilio (incluidas las pruebas y tratamiento/inyecciones para alergias, análisis de laboratorio y radiografías, y cirugías realizadas en el consultorio)

Médico de cuidado primario (PCP)

Copago de \$15 por visita;
no se aplica el Deducible

Especialista (incluidos servicios de consulta, Referencia y segunda opinión), **con Referencia y/o Autorización del PCP** (se necesita la Referencia o Autorización del PCP)

Copago de \$60 por visita;
no se aplica el Deducible

Nota: Si Usted tiene un Copago por visita al consultorio, Su Copago para visitas a obstetras/ginecólogos dependerá de si Su Médico aparece como PCP o como especialista en el directorio de Proveedores.

Cirugía en el consultorio del Médico

30%

Honorarios profesionales para pacientes ambulatorios por Cirugía (incluye cirugía, anestesia, procedimientos de diagnóstico, diálisis, radioterapia)

30%

Cirugía, anestesia, radioterapia y quimioterapia para pacientes internados

30%

Visitas hospitalarias

30%

Pruebas y tratamiento/inyecciones para alergias

30%

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**Nota:**

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

**PROVEEDOR PARTICIPANTE
(en función de la Tarifa negociada por Gastos cubiertos)**

USTED PAGA:

<p>Servicios de Cigna Telehealth Connection</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visita Virtual con un Médico de Cigna Telehealth Connection Limitado a afecciones médicas agudas menores <p>Nota: Si un Médico de Cigna Telehealth Connection expide una Receta, esa Receta está sujeta a todos los beneficios, limitaciones y exclusiones de la Póliza para Medicamentos con receta.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios cubiertos de cualquier otro Médico participante proporcionados a través de medios Virtuales No limitado a afecciones médicas agudas menores 	<p>Copago de \$0 por visita, no se aplica el deducible</p> <p>El mismo beneficio que cuando el servicio se proporciona en persona</p>
<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 una Persona asegurada que sea miembro de una tribu de amerindios reconocida a nivel federal o que sea nativa de Alaska.</p> <p>* Consulte la sección Definiciones de la Póliza 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>Servicios hospitalarios</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes internados</p> <p>Cargos del centro</p> <p>Honorarios profesionales</p> <p>Admisiones de emergencia</p>	<p>30%</p> <p>30%</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>30%</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**Nota:**

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

**PROVEEDOR PARTICIPANTE
(en función de la Tarifa negociada por Gastos cubiertos)**

USTED PAGA:

<p>Imágenes radiológicas avanzadas (incluye resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés), angiografías por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), tomografías computarizadas (CAT, por sus siglas en inglés) y tomografías por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés))</p> <p>Cargos del centro y por la interpretación</p>	30%
<p>Todos los demás Servicios de laboratorio y radiología Cargos del centro y por la interpretación</p> <p>Consultorio del médico</p> <p>Centro de radiografías o laboratorio independiente</p> <p>Servicios de laboratorio o radiografías en un hospital para pacientes ambulatorios</p>	30%
<p>Servicios de rehabilitación</p> <p>La terapia del habla tiene un límite de un servicio por día hasta un beneficio máximo de 90 servicios diarios por Persona asegurada por Año calendario.</p> <p>Nota: El máximo para terapia del habla no se aplica a los servicios por el tratamiento de Trastornos del espectro autista.</p>	30%
<p>Rehabilitación cardíaca y pulmonar</p>	30%
<p>Servicios de habilitación</p>	30%
<p>Tratamiento de la Disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ/TMD, por sus siglas en inglés)</p>	30%
<p>Servicios de anticonceptivos para mujeres, planificación familiar y esterilización</p>	0%, no se aplica el Deducible
<p>Esterilización masculina</p>	Se aplica un Copago o Coseguro por el beneficio específico proporcionado

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**Nota:**

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

**PROVEEDOR PARTICIPANTE
(en función de la Tarifa negociada por Gastos cubiertos)**

USTED PAGA:

<p>Maternidad (embarazo y parto)/complicaciones del embarazo</p> <p>Visita inicial al consultorio para confirmar el embarazo y visitas prenatales subsiguientes facturadas por separado de la tarifa "total"</p> <p>Servicios prenatales, posnatales y parto facturados como una tarifa "total"</p> <p>Parto en el Hospital</p> <p>Pruebas o tratamientos prenatales facturados aparte de la tarifa "total"</p> <p>Visita o tratamientos posnatales facturados aparte de la tarifa "total"</p>	<p>Se aplica el beneficio de Visita al consultorio del PCP o Especialista</p> <p>30%</p> <p>Se aplica el beneficio de Servicios hospitalarios para pacientes internados</p> <p>Se aplica un Copago o Coseguro por el servicio específico proporcionado</p> <p>Se aplica un Copago o Coseguro por el servicio específico proporcionado</p>
<p>Trastornos del espectro autista</p> <p>Diagnóstico del Trastorno del espectro autista</p> <p>Visita al consultorio</p> <p>Pruebas de diagnóstico</p> <p>Tratamiento del Trastorno del espectro autista (consulte la sección "Beneficios integrales: (cobertura de la póliza" para obtener información específica sobre cuáles son los servicios cubiertos)</p>	<p>Se aplica el beneficio de Visita al consultorio del PCP o Especialista</p> <p>30%</p> <p>Se aplica un Copago o Coseguro por el beneficio específico proporcionado</p>
<p>Servicios para pacientes internados en Otros centros de cuidado de la salud</p> <p>Incluye Centros de cuidados especiales, Hospitales de rehabilitación y Centros de cuidados subagudos</p>	<p>30%</p>
<p>Servicios de cuidado de la salud en el hogar</p> <p>Incluye hasta tres (3) visitas de educación de cuidado en el hogar por Año calendario</p>	<p>30%</p>
<p>Equipo médico duradero</p>	<p>30%</p>
<p>Prótesis</p>	<p>30%</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**Nota:**

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

PROVEEDOR PARTICIPANTE
(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>30%</p>
<p>Diálisis</p> <p>Pacientes hospitalizados</p> <p>Pacientes ambulatorios</p>	<p>Se aplica el beneficio de Servicios hospitalarios para pacientes internados</p> <p>30%</p>
<p>Salud mental</p> <p>Pacientes hospitalizados (incluye 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>Se aplica el beneficio de Visita al consultorio del especialista</p> <p>30%</p>
<p>Trastorno de consumo de sustancias</p> <p>Rehabilitación para pacientes internados (incluye Tratamiento residencial y agudo)</p> <p>Desintoxicación para pacientes internados</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>30%</p> <p>Se aplica el beneficio de Visita al consultorio del especialista</p> <p>30%</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**Nota:**

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

**PROVEEDOR PARTICIPANTE
(en función de la Tarifa negociada por Gastos cubiertos)**

USTED PAGA:

<p>Trasplantes de órganos y tejidos</p> <p>(Nota: Los dispositivos de asistencia ventricular solo se cubren en un centro de LifeSOURCE. Consulte los detalles de los beneficios en “Beneficios integrales: cobertura de la Póliza” para conocer los procedimientos cubiertos y otros límites a los beneficios que puedan aplicarse).</p> <p>Centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network®</p> <p>Beneficio de viaje (Disponible únicamente a través de un Centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network)</p> <p>Pago de un beneficio de viaje máximo de \$10,000 por Persona asegurada, 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</p>	<p>0%</p> <p>30%</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 para infusión e inyectables, y servicios o suministros relacionados</p> <p>Administrados por un profesional médico en un consultorio o en un centro para pacientes ambulatorios.</p>	<p>30%</p>
<p>Cuidado dental (que no sea pediátrico)</p> <p>Limitado al tratamiento de lesiones accidentales de los dientes naturales en el término de 6 meses de producida la lesión accidental</p>	<p>30%</p>

Servicios de emergencia

Esta Póliza cubre los Servicios de emergencia de Proveedores participantes y no participantes; los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.

**Lo que paga Usted
Para proveedores participantes
en función de la Tarifa negociada
por Gastos cubiertos**

**Lo que paga Usted
Para proveedores no
participantes
en función del Cargo máximo
reembolsable
por Gastos cubiertos**

Tenga en cuenta que: Además de las cantidades de costo compartido descritas a continuación, es posible que Usted deba pagar cargos adicionales, incluidos a modo de ejemplo: (a) cargos por Servicios no cubiertos y (b) cargos por servicios prestados por Proveedores no participantes que superen el Cargo máximo reembolsable.

USTED PAGA:

USTED PAGA:

Sala de emergencias del Hospital		
Afección médica de emergencia	30%	30%
Afección médica que no es de emergencia	Sin cobertura (Usted paga el 100% de los Cargos)	Sin cobertura (Usted paga el 100% de los Cargos)
Centro de cuidado de urgencia		
Afección médica de emergencia	Copago de \$50 por visita, no se aplica el Deducible	Copago de \$50 por visita, no se aplica el Deducible
Afección médica que no es de emergencia	Copago de \$50 por visita, no se aplica el Deducible	Sin cobertura (Usted paga el 100% de los Cargos)
Servicios de ambulancia		
Cobertura para el transporte Médicamente necesario al centro más cercano capaz de tratar la Afección médica de emergencia		
Transporte de emergencia	30% por transporte terrestre o aéreo	30% por transporte terrestre o aéreo

Servicios de emergencia

Esta Póliza cubre los Servicios de emergencia de Proveedores participantes y no participantes; los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.

**Lo que paga Usted
Para proveedores participantes
en función de la Tarifa negociada
por Gastos cubiertos**

**Lo que paga Usted
Para proveedores no
participantes
en función del Cargo máximo
reembolsable
por Gastos cubiertos**

Tenga en cuenta que: Además de las cantidades de costo compartido descritas a continuación, es posible que Usted deba pagar cargos adicionales, incluidos a modo de ejemplo: (a) cargos por Servicios no cubiertos y (b) cargos por servicios prestados por Proveedores no participantes que superen el Cargo máximo reembolsable.

USTED PAGA:

USTED PAGA:

Servicios hospitalarios para pacientes internados (para admisión de emergencia en un Hospital de cuidados agudos)

Cargos del centro hospitalario

30%

(Los Servicios de emergencia de un Proveedor no participante se cubren al nivel de beneficios Dentro de la red 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 traslade o no).

Costo compartido Dentro de la red hasta que pueda trasladarse a un Hospital Dentro de la red; si no se traslada, sin cobertura (Usted paga el 100% de los Cargos)

Servicios profesionales

30%

Costo compartido Dentro de la red hasta que pueda trasladarse a un Hospital Dentro de la red; si no se traslada, sin cobertura (Usted paga el 100% de los Cargos)

**INFORMACIÓN SOBRE LOS
BENEFICIOS**

FARMACIA MINORISTA

**EXPRESS SCRIPTS
PHARMACY, LA FARMACIA
DE ENTREGA A DOMICILIO
DE CIGNA**

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

Beneficios de Medicamentos con receta

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 Express Scripts Pharmacy, la farmacia de entrega a domicilio de Cigna.

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 este Programa de beneficios.

Deducible para Medicamentos con receta

Sin Deducible de Medicamentos con receta separado. El Deducible detallado en el Programa de beneficios se aplica a Medicamentos con receta

**Programa de medicamentos
para farmacias minoristas de
Cigna**

**Express Scripts Pharmacy,
la farmacia de entrega a
domicilio de Cigna**

**USTED PAGA POR RECETA O
RENOVACIÓN:**

**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 \$8, no se aplica el Deducible por Receta o renovación

Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante
o
Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista con despacho para 90 días. Usted paga un Copago por cada suministro para 30 días.

Copago de \$24,
no se aplica el Deducible por Receta o renovación

Suministro máximo para hasta 90 días

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.

Copago de \$15, no se aplica el Deducible por Receta o renovación

Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante
o
Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista con despacho para 90 días. Usted paga un Copago por cada suministro para 30 días.

Copago de \$45,
no se aplica el Deducible por Receta o renovación

Suministro máximo para hasta 90 días

**INFORMACIÓN SOBRE LOS
BENEFICIOS**

FARMACIA MINORISTA

**EXPRESS SCRIPTS
PHARMACY, LA FARMACIA
DE ENTREGA A DOMICILIO
DE CIGNA**

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

<p>Nivel 3: Este nivel generalmente incluye Medicamentos de marca preferida y algunos Medicamentos genéricos de alto costo.</p>	<p>Copago de \$50, no se aplica el Deducible 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. Usted paga un Copago por cada suministro para 30 días.</p>	<p>Copago de \$150, no se aplica el Deducible 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>30% por Receta o renovación</p> <p>Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 30 días en una Farmacia minorista con despacho para 90 días</p>	<p>20% por Receta o renovación</p> <p>Suministro máximo para hasta 30 días</p>
<p>Medicamentos preventivos independientemente del Nivel</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ anticonceptivos femeninos recetados por un Médico y que son Genéricos o De marca sin una alternativa Genérica; y ▪ productos para dejar de fumar, con un límite máximo de 2 regímenes de 90 días 	<p>0%, no se aplica el Deducible 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>0%, no se aplica el Deducible por Receta o renovación</p> <p>Suministro máximo para hasta 90 días</p>

Definiciones

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

Farmacia minorista con despacho para 90 días es 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 o Suministros relacionados. Tenga en cuenta que no todas las Farmacias participantes son Farmacias minoristas con despacho para 90 días; sin embargo, todas las Farmacias participantes pueden brindar un suministro para 30 días de los Medicamentos con receta o Suministros relacionados.

Tercero responsable del pago aceptable se refiere a uno o más de los siguientes:

- el Programa Ryan White sobre VIH/SIDA establecido en virtud del título XXXVI de la Ley de Servicios de Salud Pública;
- una tribu indígena, organización tribal u organización indígena urbana;
- un programa gubernamental local, estatal o federal, incluido un beneficiario al que un programa gubernamental le ha indicado realizar pagos en su nombre; o
- una entidad privada independiente que (i) está constituida como una organización sin fines de lucro en virtud de leyes estatales, (ii) ha recibido una determinación del Servicio de Impuestos Internos de que la entidad califica para una exención del impuesto sobre el ingreso federal en virtud del artículo 501(c)(3), título 26 del Código de los Estados Unidos (USC, por sus siglas en inglés) y (iii) realiza pagos en Su nombre basándose exclusivamente en la situación financiera y de ninguna manera considera el estado de salud de una Persona asegurada para determinar si realizará o no tales pagos en Su nombre.

Anual, Año calendario, Año es un período de 12 meses que comienza cada 1 de enero a las 12:01 a.m., hora del Este.

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

Análisis conductual aplicado se refiere al diseño, a la implementación y a la evaluación de modificaciones ambientales usando estímulos y consecuencias conductuales para producir mejoras socialmente significativas en el comportamiento humano, incluido el uso de la observación directa, medición y análisis funcional de las relaciones entre el entorno y el comportamiento.

Trastornos del espectro autista significa trastornos generalizados del desarrollo, según se definen en la edición más reciente del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, que incluyen autismo, trastorno de Asperger y trastornos generalizados del desarrollo no especificados.

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, Nosotros, Nuestro y Nos significa Cigna (Cigna Health and Life Insurance Company) o una afiliada. Cigna es una compañía de seguros regulada y con licencia que opera en todo el territorio de los Estados Unidos.

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®.

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

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

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

Nota: La red que proporciona Médicos de Cigna Telehealth Connection es distinta de la red de la Póliza y solo está disponible para los servicios que se detallan en “Cigna Telehealth Connection”, en la sección “Beneficios integrales: cobertura de la Póliza” de esta Póliza.

Coseguro significa el porcentaje de Gastos cubiertos que la Persona asegurada debe pagar una vez que se ha cumplido con los Deducibles correspondientes. **El Coseguro no incluye los Copagos. El Coseguro tampoco incluye los Cargos por servicios que no son Servicios cubiertos ni los Cargos que superan los Gastos cubiertos, ni Cargos que no son Gastos cubiertos en virtud de esta Póliza.**

Copago significa una cantidad fija en dólares correspondiente a Gastos cubiertos que la Persona asegurada debe pagar. El Copago no incluye Cargos por servicios que no son Servicios cubiertos o Cargos que superan los Gastos cubiertos. Los Copagos se calculan en forma separada del Coseguro.

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

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

Gastos cubiertos son los gastos incurridos por Servicios cubiertos en virtud de esta Póliza que Cigna evaluará para el pago en virtud de esta Póliza. Los Gastos cubiertos 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 cobrados por una entidad que haya celebrado contratos con Cigna, en forma directa o indirecta, para coordinar la prestación de Servicios cubiertos a través de contratos con Proveedores.

Los Gastos cubiertos pueden estar limitados por otros máximos específicos que se describen en esta Póliza. Los Gastos cubiertos se encuentran sujetos a los Deducibles aplicables y otros límites a los beneficios. **Los gastos se incurren en la fecha en que la Persona asegurada recibe el servicio o suministro.** Los Gastos cubiertos pueden ser inferiores a la cantidad efectivamente facturada. Las cantidades que superen las limitaciones de beneficios máximos de los Gastos cubiertos especificados en esta Póliza quedarán excluidas.

Servicios cubiertos son servicios o suministros Médicamente necesarios que:

- se encuentran mencionados en las secciones de beneficios de esta Póliza, y
- no están específicamente excluidos de la Póliza, y
- son prestados por un Proveedor que:
 - cuenta con licencia de acuerdo con todas las leyes estatales y federales aplicables,
 - 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
 - actúa dentro del alcance de su licencia y acreditación (si corresponde).

Cuidados de custodia significa cualquier servicio de resguardo, protección o salvaguarda. Dichos servicios pueden incluir 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 pueden proveer servicios médicos, proporcionados principalmente a fin de mantener el estado de salud actual de la persona. Estos servicios no pueden tener como propósito mejorar en gran medida una afección médica; su objetivo es proporcionar cuidado en casos en que el paciente no puede cuidar de sí mismo. Los Servicios de custodia comprenden, a modo de ejemplo:

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

Deducible significa la cantidad de Gastos cubiertos que cada Persona asegurada debe pagar por los Servicios cubiertos cada Año antes de que los beneficios se encuentren disponibles en virtud de esta Póliza.

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

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

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

Capacitación para el autocontrol de la diabetes es una instrucción 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.

Equipo médico duradero se define como los objetos que:

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

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

Fecha de entrada en vigor es la fecha en la cual comienza la cobertura en virtud de esta Póliza para Usted y para cualquiera de los Miembros de Su familia.

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

- 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);
- podría causar un deterioro grave de las funciones corporales, o
- podría ocasionar una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Servicios de emergencia significa, con respecto a una Afección médica de emergencia:

- 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
- 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 cuenta el Hospital.

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

Beneficios de salud esenciales: En la medida prevista por la cobertura de esta Póliza, los gastos incurridos en relación con Servicios cubiertos en, al menos, las siguientes categorías: servicios para pacientes ambulatorios, Servicios de emergencia, hospitalización, cuidado por maternidad y del recién nacido, servicios 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 de control de enfermedades crónicas y pediátricos, incluido el cuidado bucodental y de la vista.

Procedimientos Experimentales/En investigación/No comprobados: Un medicamento, dispositivo o tratamiento o procedimiento médico se considera Experimental, En investigación o No comprobado si:

- su seguridad y eficacia para el tratamiento o la evaluación de la afección o Enfermedad para la cual se propone no han sido probadas mediante la literatura científica existente basada en evidencias y revisada por colegas médicos; o
- no ha obtenido aprobación para su comercialización por parte de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos al momento de ser suministrado, y dicha aprobación es exigida por ley; o
- 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
- 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 aplica si Usted tiene un plan familiar y Usted y uno o más de los Miembros de Su familia están asegurados en virtud de esta Póliza. Es una acumulación del Deducible individual pagado por cada Miembro de la familia por Gastos cubiertos correspondientes a Servicios médicos y de Medicamentos con receta cubiertos durante un Año. Cada Persona asegurada puede aportar, como máximo, la cantidad del Deducible individual al Deducible familiar. El Deducible individual pagado por cada Miembro de la familia cuenta para cumplir con el Deducible familiar. Una vez que se cumpla con la cantidad del Deducible familiar en un Año, los Deducibles individuales restantes no se aplicarán durante el resto del Año. La cantidad del Deducible familiar se describe en la sección “Programa de beneficios” de esta Póliza.

Miembro de Su familia significa Su cónyuge, hijos u otras personas inscritas para recibir cobertura en virtud de esta Póliza. Los Miembros de Su familia que pueden cumplir con los requisitos para recibir cobertura en virtud de esta Póliza se describen en mayor detalle en la sección de la Póliza titulada “¿Quiénes cumplen con los requisitos para obtener la cobertura?”.

Desembolso máximo familiar: se aplica si Usted tiene un plan familiar y Usted y uno o más de los Miembros de Su familia se encuentran asegurados en virtud de esta Póliza. Es una acumulación del Deducible, el Coseguro y los Copagos acumulados por cada Miembro de la familia durante un Año. Cada Persona asegurada puede aportar, como máximo, la cantidad del Desembolso individual al Desembolso máximo familiar. Una vez que se haya cumplido con el Desembolso máximo familiar correspondiente a un Año, Usted y los Miembros de Su familia ya no serán responsables de pagar el Coseguro o los Copagos por los servicios médicos o de Farmacia recibidos de Proveedores participantes correspondientes a Gastos cubiertos incurridos durante el resto de ese Año. Las multas por falta de cumplimiento no se tienen en cuenta respecto del Desembolso máximo familiar, y siempre las pagará Usted. La cantidad del Desembolso máximo familiar se describe en la sección “Programa de beneficios” de esta Póliza.

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

Centro quirúrgico independiente para pacientes ambulatorios

El término “Centro quirúrgico independiente para pacientes ambulatorios” designa a una institución que cumple con todos los requisitos mencionados a continuación:

- cuenta con Médicos, Enfermeras y anestelistas 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.

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 Póliza.

Servicios de habilitación son los servicios que:

- están diseñados para ayudar a una Persona asegurada 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,
- se prevé que produzcan una mejoría terapéutica o del desarrollo significativa y medible durante un período de tiempo claramente definido, y
- están individualizados y basados en documentación que describe metas de tratamiento cuantificables, medibles y alcanzables.

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 significa los servicios paliativos y de apoyo, de enfermería o médicos, y otros servicios de salud mediante el cuidado de pacientes en el hogar o internados que son Gastos cubiertos brindados por: (a) un Hospital, (b) un Centro de cuidados especiales o una institución similar, (c) una Agencia de salud en el hogar y Asociaciones de enfermeras en el hogar, (d) un centro para enfermos terminales, o (e) cualquier otro centro o agencia con licencia en virtud de un Programa de atención de enfermos terminales.

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 el trastorno de consumo de sustancias u otras enfermedades relacionadas; (b) proporciona programas de tratamiento residencial; y (c) cuenta con licencia de acuerdo con las leyes de la agencia legalmente autorizada que corresponda.

El término Hospital no incluye ninguna institución o 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 es una dolencia, trastorno o afección de una Persona asegurada.

El Programa de salud para indígenas se aplica solamente para una Persona asegurada que sea amerindia o nativa de Alaska, y se define de la siguiente manera:

- 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 Servicios de Medicamentos con receta que Usted debe pagar cada Año antes de que esté disponible cualquier beneficio. La cantidad del Deducible familiar se describe en la sección “Programa de beneficios” de esta Póliza.

Desembolso máximo individual: El Desembolso máximo individual es una acumulación de Gastos cubiertos. Incluye Deducibles, Copagos y 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 Póliza.

Infertilidad es la afección de una persona —que, de no ser por este problema, se presumiría que está saludable— que no puede concebir o producir la concepción durante un período de un Año de haber mantenido relaciones sexuales sin protección; o la incapacidad de llevar a término un embarazo.

Medicamentos 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 pueden requerir Autorización previa o Tratamiento escalonado. Consulte la sección “Beneficios de medicamentos con receta” de esta Póliza 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.

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

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, por sus siglas en inglés) 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.

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

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

- Son adecuados y necesarios para los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento de la afección médica o dental.
- Son clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, alcance, ubicación y duración.
- Se proporcionan para el diagnóstico o el cuidado y el tratamiento directos de la afección médica o dental.
- No tienen como fin principal la comodidad de ninguna Persona asegurada, 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:
 - Debe haberse comprobado mediante estudios científicos publicados en la literatura médica revisada por colegas médicos que se relaciona con resultados de salud beneficiosos y demostrar 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
 - 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
 - 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 Medicamente necesario o Dentalmente necesario, ni que constituya una Necesidad médica o dental.

Medicare: El término Medicare designa al programa de beneficios de atención médica establecido en virtud del título XVIII de la Ley de Seguro Social de 1965 con sus modificaciones.

Salud mental se define como un trastorno que afecta el comportamiento, la reacción emocional o los procesos de pensamiento. Incluye, a modo de ejemplo, depresión, psicosis, manía u otros síntomas psicológicos.

Centro de tratamiento residencial de Salud mental o Trastornos de consumo de sustancias significa una institución que:

- 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 cuidados 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.

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.

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

Proveedor no participante/Proveedor fuera de la red es un Proveedor que no tiene un acuerdo de Proveedor participante en vigor con Cigna para esta Póliza en el momento en que se prestan los servicios.

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

- Historia clínica (recopilación de información sobre una Enfermedad o Lesión)
- Examen
- Toma de decisiones médicas (el diagnóstico del Médico y 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 significa cualquier centro, que no sea un Hospital o un Centro para enfermos terminales, operado por Cigna o que tiene un contrato con Cigna para prestar servicios a las Personas aseguradas. Algunos ejemplos de Otros centros de cuidado de la salud son, entre otros, Centro de cuidados especiales con licencia, Hospitales de rehabilitación y centros de cuidados subagudos. Otros centros de cuidado de la salud 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 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 las Personas aseguradas. 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.

Farmacia participante/Dentro de la red es una Farmacia minorista con la cual Cigna ha celebrado contrato para brindar servicios de despacho de Medicamentos con receta a las Personas aseguradas; o la Farmacia de entrega a domicilio designada de Cigna con la cual Cigna ha celebrado contrato para brindar servicios de entrega a domicilio de Medicamentos con receta a las Personas aseguradas.

Proveedor participante/Proveedor dentro de la red significa:

- 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 las Personas aseguradas; 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.

Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010 (PPACA, por sus siglas en inglés)

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010 (Ley General (Public Law) 111-148), con las modificaciones introducidas por la Ley de Conciliación del Seguro Médico y Educación de 2010 (Ley General (Public Law) 111-152).

Servicios de cuidado de la vista pediátrico significa exámenes de cuidado de la vista y otros servicios o tratamientos que se describen en la sección “Servicios de cuidado de la vista pediátrico” de esta Póliza proporcionados a una Persona asegurada que tiene menos de 19 años.

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) es 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.

Fisioterapia y/o Terapia/Medicina ocupacional es el uso terapéutico de agentes físicos distintos de Medicamentos. Comprende el uso de las propiedades físicas, químicas y otras propiedades del calor, la luz, el agua, la electricidad, los masajes, el ejercicio, la manipulación de la columna vertebral y la radiación.

Médico es un Médico con licencia 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 la Persona asegurada, y que brinde servicios cubiertos por la Póliza que se encuentren dentro del marco para el cual lo habilita su licencia.

Póliza es el conjunto de beneficios, condiciones, exclusiones, limitaciones y primas que se describen en este documento, incluida la página de especificaciones de la Póliza, la solicitud de cobertura completada y aceptada, y cualquier modificación o endoso de este documento.

Titular de la póliza designa al solicitante que ha pedido la cobertura, ha sido aceptado para esta y es designado como Titular de la póliza en la página de especificaciones.

Prima es la cantidad de dinero que Usted paga periódicamente a Cigna para que Usted y los Miembros de Su familia reciban los servicios y beneficios cubiertos por la Póliza.

Medicamento con receta es 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 P&T y el Equipo de decisiones comerciales. La Lista de medicamentos con receta se revisa y actualiza periódicamente. Puede ver la lista de medicamentos en www.cigna.com.

Receta significa la Autorización legal para un Medicamento con receta o Suministro relacionado, realizada por un Médico u otro Proveedor debidamente matriculado para brindar dicha Autorización dentro del ejercicio de la práctica profesional de dicho Médico, o cada renovación autorizada de dicho medicamento o suministro.

Médico de cuidado primario (PCP) es un Médico:

- que es un médico general, internista, médico de familia o pediatra; y
- que ha sido seleccionado por la Persona asegurada para brindar o coordinar la prestación de atención médica y servicios especializados para la Persona asegurada.

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

Prótesis/Aparatos y dispositivos protésicos son dispositivos 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 significa:

- 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, en forma directa o indirecta, la prestación de Servicios cubiertos a través de contratos con otros Proveedores.

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 de un seno” que se vuelve necesaria a causa de una mastectomía o tumorectomía a fin de lograr simetría entre los senos o recuperar dicha simetría. 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 una Persona asegurada debe recibir de su PCP para los servicios de un Proveedor participante, que no sea el PCP o un obstetra/ginecólogo participante, a fin de que los servicios médicos estén cubiertos por esta Póliza. Los servicios de Cuidado de la vista pediátrico no requieren una referencia.

Suministros relacionados son suministros para diabéticos (agujas y jeringas para la insulina, lancetas y tiras reactivas para medir la glucosa), agujas y jeringas para medicamentos autoinyectables con receta para pacientes 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); agujas y jeringas desechables necesarias para inyectar medicamentos y suplementos cubiertos.

Medicamentos inyectables autoadministrados son medicamentos aprobados por la FDA que una persona puede administrarse a sí misma mediante una inyección intramuscular, intravenosa o subcutánea. Esto no incluye insulina recetada para el uso de la Persona asegurada.

Área de servicio significa el área en que Cigna tiene una red de Proveedores participantes para que esta Póliza utilice. Para buscar un Proveedor que participe en la Red utilizada por esta Póliza, llame al número gratuito que aparece en la parte de atrás de Su tarjeta de identificación, o ingrese en www.mycigna.com y haga clic en *Find Care and Cost* (Dónde atenderse y cuánto cuesta).

Centro de cuidados especiales es una institución que proporciona servicios de enfermería especializada en forma continua. Debe:

- ser una institución con licencia, que opere conforme a la ley, y
- dedicarse, fundamentalmente, a brindar, además de servicios de alojamiento y alimentación, cuidados especiales bajo la supervisión de un Médico debidamente matriculado, y
- ofrecer servicios de enfermería en forma continua, las 24 horas del día, prestados por una enfermera profesional titulada registrada (RN, por sus siglas en inglés), y
- mantener un registro médico diario de cada paciente.

Esta definición excluye cualquier establecimiento, 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 www.mycigna.com para conocer los detalles).

Medicamento de especialidad es un producto farmacéutico, incluidos los Medicamentos inyectables autoadministrados y 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:

- si el Medicamento con receta o producto farmacéutico se receta y utiliza para el tratamiento de una afección compleja, crónica o poco frecuente;
- el Medicamento con receta o producto farmacéutico tiene un alto costo de adquisición; y
- si el Medicamento con receta o producto farmacéutico está sujeto a una distribución limitada o restringida, requiere 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 Póliza.

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

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

El **Trastorno de consumo de sustancias** se define como la dependencia psicológica o física del alcohol u otros fármacos que alteran las facultades mentales, 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.

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

Programa de salud tribal significa, con respecto a una Persona asegurada que es amerindia o nativa 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 450 y sig. del título 25 del USC).

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

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

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

¿Quiénes cumplen con los requisitos para obtener la cobertura?

Requisitos de elegibilidad

Esta Póliza es para residentes del estado de Kansas. El Titular de la póliza deberá notificarnos acerca de todos los cambios que puedan incidir en el hecho de que cualquier Persona asegurada cumpla o no con los requisitos de esta Póliza.

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

- Es ciudadano estadounidense o tiene nacionalidad estadounidense, o no es ciudadano pero está en los EE. UU. en forma legal, y se prevé razonablemente que sea ciudadano, tenga la nacionalidad o no sea ciudadano pero tenga presencia legal durante todo el período para el cual se procura la inscripción; y
- Es residente del estado de Kansas; y
- Vive en el Área de inscripción para la cual solicita la inscripción y tiene la intención de seguir viviendo en ese lugar durante todo el período por el cual solicita la inscripción; y
- No está encarcelado, salvo que la determinación respecto de las acusaciones se encuentre pendiente; y
- No vive en una Institución; y
- Presentó una solicitud de cobertura completada y firmada, y Nosotros la aceptamos por escrito.

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

- Su cónyuge legal que vive en el Área de inscripción.
- Sus hijos que vivan en el Área de inscripción y todavía no hayan cumplido los 26 años.

Sus hijos Recién nacidos o los hijos Recién nacidos de Su cónyuge estarán automáticamente cubiertos durante los primeros 31 días de vida. Para que el niño continúe teniendo cobertura después de ese plazo, Usted debe inscribirlo como un Miembro asegurado de Su familia solicitando su inscripción como Dependiente en el término de 60 días a partir de la fecha de nacimiento y pagando las Primas adicionales necesarias. La cobertura de un hijo Dependiente Recién Nacido inscrito dentro de los 60 días a partir del nacimiento será retroactiva a la fecha de nacimiento del niño.

Los **hijos adoptados**, incluidos los que se encuentren en tutela para la adopción, estarán automáticamente cubiertos desde el momento del nacimiento durante 31 días, siempre que la solicitud de adopción se haya presentado dentro de los 31 días siguientes al nacimiento; desde la fecha en que se presente la solicitud de adopción de un niño; o desde la fecha de la tutela para la adopción del hijo adoptado en el hogar. Para que el niño continúe teniendo cobertura después de ese plazo, Usted debe inscribirlo como un Miembro asegurado de Su familia solicitando su inscripción como Dependiente en el término de 60 días a partir de la fecha de adopción y pagando las Primas adicionales necesarias. La cobertura de un hijo dependiente adoptado inscrito dentro de los 60 días a partir de la adopción será retroactiva a la fecha en que el niño haya sido otorgado en tutela para la adopción o se haya iniciado un juicio de adopción.

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

- Sus hijastros que vivan en el Área de inscripción y todavía no hayan cumplido los 26 años.
- Sus hijos solteros, o los de Su cónyuge, cualquiera sea su edad, inscritos antes de los 26 años, que no sean capaces de mantenerse a sí mismos debido a una incapacidad física o intelectual continua y médicamente certificada, y que dependan principalmente de la Persona asegurada para su manutención. Es posible que Cigna exija que se presente un comprobante por escrito de dicha incapacidad y dependencia en el término de 31 días después del cumpleaños número 26 del hijo en cuestión.

¿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 deben esperar hasta el siguiente Período de inscripción abierta para inscribirse en un plan o cambiar de plan. No obstante, si una persona experimenta un evento habilitante, según se describe debajo, el evento habilitante da inicio a un Período de inscripción especial de 60 días durante el cual una persona que cumple con los requisitos puede inscribirse y una Persona asegurada puede agregar dependientes y cambiar la cobertura.

A continuación, se explican el Período de inscripción abierta 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 Póliza, Usted debe enviar una solicitud de cobertura completada y firmada en virtud de esta Póliza para Usted y cualquier dependiente que cumpla con los requisitos, y debemos recibir esa solicitud durante el Período de inscripción abierta anual.

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

Períodos de inscripción especiales

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

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, 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 que cumple con los requisitos pierde su condición de hijo dependiente en virtud de un plan de salud patrocinado por el empleador de uno de sus padres; o
- Una persona que anteriormente no era ciudadana, no tenía la nacionalidad o no era una persona con presencia legal adquirió dicho estado; o
- La inscripción o no inscripción de una persona que cumple con los requisitos en un plan de salud calificado (QHP, por sus siglas en inglés) 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, por sus siglas en inglés), o sus organismos, según lo determine el Mercado. En esos casos, el Mercado puede tomar las medidas necesarias para corregir o eliminar los efectos de dicho error, tergiversación o acción; o
- Se determina que una persona que cumple con los requisitos ha empezado a cumplir o ha dejado de cumplir recientemente con los requisitos para recibir pagos adelantados del crédito fiscal por las primas o ha experimentado un cambio en el cumplimiento de los requisitos para las reducciones en los costos compartidos, 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).

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. Las Fechas de entrada en vigor de la cobertura de las personas que se inscriban durante un período de inscripción especial se determinarán de la siguiente forma:

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

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

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

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

- Una persona que cumple con los requisitos, y Su(s) dependiente(s), si lo(s) tuviera, pierden su cobertura esencial mínima, cobertura relacionada con el embarazo según lo definido por la Ley del Seguro Social 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, 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 que cumple con los requisitos 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
- 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; 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 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; o
- La inscripción o no inscripción de una persona que cumple con los requisitos en un plan de salud calificado no es intencional, es involuntaria o es errónea, y como resultado del error, la tergiversación o la omisión de un funcionario, empleado o agente del Mercado estatal o del Departamento de 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; o
- 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 intercambio o más de 60 días después de un evento de la vida habilitante; o
- 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 intercambio 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. Las Fechas de entrada en vigor de la cobertura de las personas que se inscriban durante un período de inscripción especial se determinarán de la siguiente forma:

- En el caso de 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, una Persona asegurada **dejará de cumplir con los requisitos para recibir cobertura** en virtud de la Póliza:

- Cuando las Primas no se paguen conforme a las fechas de vencimiento y períodos de gracia que se establecen en la sección de Primas.
- Para el cónyuge: cuando el/la cónyuge deje de estar casado/a con la Persona asegurada.
- Para Usted y los Miembros de Su familia: cuando Usted deje de cumplir con los requisitos enumerados en la sección “Requisitos de elegibilidad”.
- En la fecha de extinción de la Póliza.
- Cuando la Persona asegurada deje de vivir en el Área de inscripción.

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

Continuación

Si una Persona asegurada dejaría de cumplir con los requisitos en virtud de esta Póliza debido a la muerte de la Persona asegurada, un divorcio o si otro Miembro de Su familia asegurado dejaría de cumplir con los requisitos debido a su edad o dejaría de cumplir con los requisitos como dependiente para recibir cobertura en virtud de esta Póliza, salvo en el caso de que la Persona asegurada incumpla con el pago de la Prima, dicho Miembro de la familia tiene derecho a continuar con su seguro. La cobertura continuará si el Miembro de la familia 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 Póliza se extinguiría. En dicho caso, la cobertura continuará sin evidencia de asegurabilidad.

Cómo funciona la Póliza

Nota: Los servicios para los cuales Usted no tenga una Referencia de un PCP no estarán cubiertos. Los servicios brindados por un Proveedor no participante (Fuera de la red) no están cubiertos en virtud de esta Póliza, salvo los Servicios de emergencia.

Programa de beneficios

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

No se pagará ningún beneficio a menos que la cobertura de la Persona asegurada se encuentre en vigor a la fecha de prestación de los servicios, y el pago de los beneficios se encuentra sujeto a todos los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de esta Póliza.

Además, no se pagará ningún beneficio a menos que la Persona asegurada reciba los servicios a través de un Proveedor participante, salvo según lo indicado debajo en la sección "Circunstancias especiales".

Hospitales participantes, Médicos participantes y otros Proveedores participantes

Los Gastos cubiertos para los Proveedores participantes se basan en Nuestra Tarifa negociada. Los Proveedores participantes han acordado **NO** cobrar más que las Tarifas negociadas de Cigna por los Servicios cubiertos. Los Proveedores participantes pueden cobrarle a la Persona asegurada por servicios que no sean Servicios cubiertos en virtud de la Póliza. Además, los Proveedores participantes Nos presentarán reclamos correspondientes a la Persona asegurada y solicitarán Autorizaciones previas si se requieren.

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

Circunstancias especiales

Esta Póliza 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.

Tenga en cuenta que es posible que los Proveedores no participantes le facturen el saldo correspondiente a cualquier cantidad que supere el Cargo máximo reembolsable según se describe en la sección "Definiciones" de esta Póliza.

▪ 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 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.

Deducibles

Los Deducibles son cantidades establecidas de Gastos cubiertos que la Persona asegurada debe pagar antes de que estén disponibles los beneficios. Los Deducibles se aplican a todos los Gastos cubiertos según se indica en la sección “Definiciones” de esta Póliza, salvo que en el Programa de beneficios se indique expresamente lo contrario. Los Deducibles no incluyen ninguna cantidad que supere los Cargos máximos reembolsables, ninguna multa ni ningún gasto que no sea un Gasto cubierto.

Los Deducibles se aplicarán en el orden en el cual Nosotros recibamos y procesemos los reclamos de una Persona asegurada, no necesariamente en el orden en el cual la Persona asegurada recibió el servicio o el suministro.

Deducible

El Deducible se establece en el Programa de beneficios. El Deducible es la cantidad de Gastos cubiertos que Usted debe pagar por **cualquier** Servicio cubierto (salvo que el Programa de beneficios establezca específicamente lo contrario) recibido de Proveedores participantes cada Año antes de que esté disponible cualquier beneficio. Una Persona asegurada puede alcanzar su Deducible de dos maneras:

- Cuando una Persona asegurada alcance su Deducible individual, los beneficios de esa Persona asegurada se pagarán en consecuencia, independientemente de que se haya cumplido o no con cualquier Deducible familiar aplicable.
- Si uno o más Miembros de la familia están cubiertos por esta Póliza, se aplicará el Deducible familiar. Cada Persona asegurada puede aportar, como máximo, la cantidad del Deducible individual al Deducible familiar. Una vez que se cumpla con este Deducible familiar, no se requerirá ningún otro Deducible individual ni familiar durante el resto de ese Año.

Desembolso máximo

El 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.

- 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 Servicios 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 Póliza.

- El Desembolso máximo familiar se aplica si Usted tiene un plan familiar y Usted y uno o más de los Miembros de Su familia se encuentran Asegurados en virtud de esta Póliza. Es una acumulación de los Gastos cubiertos individuales, incluidos Deducibles, Copagos y Coseguros por Servicios cubiertos médicos y de Medicamentos con receta, pagados por cada Miembro de la familia por Gastos cubiertos durante un Año. Si Usted cubre a otro(s) Miembro(s) de Su familia, los Servicios cubiertos de cada Persona asegurada se acumulan para cumplir con el Desembolso máximo familiar. Cada Persona asegurada puede aportar, como máximo, la cantidad del Desembolso individual al Desembolso máximo familiar. Una vez que se haya alcanzado el Desembolso máximo, el Grupo familiar ya no tendrá que pagar ningún Deducible, Coseguro ni Copago por Gastos cubiertos incurridos durante el resto de ese Año. Las cantidades del Desembolso máximo individual y familiar se describen en la sección “Programa de beneficios” de esta Póliza.

Multas

Una multa es una cantidad de Gastos cubiertos que:

- No cuenta para ningún Deducible;
- No cuenta para el Desembolso máximo; y
- No cumple con los requisitos para el pago de beneficios una vez que se cumple con el Deducible.

Las multas se le aplicarán a Su Proveedor y se aplicarán en las siguientes circunstancias:

- Las admisiones hospitalarias como paciente internado pueden estar sujetas a una multa si Su Proveedor no obtiene Autorización previa.
- Los Servicios de centros quirúrgicos independientes para pacientes ambulatorios pueden estar sujetos a una multa por admisión si Su Proveedor no obtiene una Autorización previa.
- Determinados procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico para pacientes ambulatorios requieren una Autorización previa. Si Su Proveedor no obtiene una Autorización previa para dicho procedimiento quirúrgico o de diagnóstico para pacientes ambulatorios, Su Proveedor puede ser responsable del pago de una multa, por admisión o por procedimiento.
- Se requiere autorización antes de otras admisiones específicas y antes de recibir otros servicios y procedimientos determinados. Si no obtiene una Autorización antes de estas admisiones o de recibir estos servicios o procedimientos, es posible que deba pagar una multa.

Las multas se aplican antes de que estén disponibles los beneficios.

Beneficios integrales: cobertura de la Póliza

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

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

Antes de que esta Póliza de Proveedores participantes pague cualquier beneficio, Usted y los Miembros de Su familia deben cumplir con cualquier Deducible que pueda corresponder. Después de haber cumplido con los Deducibles correspondientes, comenzaremos a pagar los Servicios cubiertos que se describen en esta sección.

Los beneficios que se describen en esta sección se pagarán por Gastos cubiertos incurridos en la fecha en que Usted y los Miembros de Su familia reciban el servicio o suministro respecto del cual se cobra el cargo. Estos beneficios se encuentran sujetos a todos los términos, condiciones, Deducibles, multas, exclusiones y limitaciones de esta Póliza. Todos los servicios se pagarán conforme a los porcentajes estipulados en el Programa de beneficios, con sujeción a los límites establecidos en la sección titulada “Cómo funciona la Póliza”.

A continuación se incluye una descripción general de los suministros y servicios por los cuales la Póliza pagará beneficios, siempre que dichos servicios y suministros sean Médicamente necesarios y que Usted cumpla con los requisitos para recibirlos conforme se establece en esta Póliza.

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

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

Servicios y suministros proporcionados por un Hospital o un Centro quirúrgico independiente para pacientes ambulatorios

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

En el caso de cualquier afección que cumpla con los requisitos, esta Póliza brinda los beneficios indicados para Gastos cubiertos por:

- Los servicios y suministros para pacientes internados proporcionados por el Hospital, excepto los Cargos por habitaciones privadas que superen la tarifa de la habitación doble vigente en el centro.
- Los servicios y suministros para pacientes ambulatorios, incluidos aquellos vinculados con Servicios de emergencia, cirugías de pacientes ambulatorios y cirugías de pacientes ambulatorios realizadas en un Centro quirúrgico independiente para pacientes ambulatorios.
- Laboratorio y radiografías de diagnóstico/terapéuticos.
- Anestesia y terapia de inhalación.

Los pagos de Gastos cubiertos para pacientes internados se encuentran sujetos a las siguientes condiciones:

- Los servicios deben ser aquellos que el Hospital o el Centro quirúrgico independiente para pacientes ambulatorios brinden y facturen habitualmente.
- Los servicios deben brindarse únicamente durante la cantidad de días necesarios para tratar la Enfermedad o Lesión de la Persona asegurada.

Nota: No se brindará ningún beneficio por artículos personales, por ejemplo, televisión, radio, bandejas para acompañantes, etcétera.

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

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

En el caso de cualquier afección que cumpla con los requisitos y esté autorizada por Cigna, esta Póliza brinda los beneficios indicados para Gastos cubiertos por los servicios y suministros para pacientes internados proporcionados por Otro centro de cuidado de la salud, 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 se encuentra sujeto a todas las siguientes condiciones:

- La Persona asegurada debe ser referida a Otro centro de cuidado de la salud por un Médico.
- Los servicios deben ser aquellos que Otro centro de cuidado de la salud 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 de la Póliza.
- 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.
- La Persona asegurada debe permanecer bajo la supervisión médica activa de un Médico que trate la Enfermedad o Lesión por la cual está internada en Otro centro de cuidado de la salud.

Nota: No se brindará ningún beneficio por artículos personales, por ejemplo, televisión, radio, bandejas para acompañantes, etcétera.

Atención de enfermos terminales

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

Esta Póliza proporciona beneficios para Gastos cubiertos por Servicios de atención de enfermos terminales en virtud de un Programa de atención de enfermos terminales para las Personas aseguradas que tengan una Enfermedad terminal y para las familias de esas personas, lo que incluye servicios paliativos y de apoyo, de enfermería y otros servicios de cuidado de la salud en el hogar o como paciente internado, y asesoría por duelo para las familias durante un plazo de hasta 12 meses después de la muerte de la Persona asegurada 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 Póliza.

Para poder recibir beneficios para un Programa de atención de enfermos terminales, la Persona asegurada 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.

Servicios profesionales y otros servicios

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

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos incurridos en concepto de:

- Servicios de un Médico.
- Servicios de un anesthesiólogo o anestesista.
- Servicios de diagnóstico radiológicos y de laboratorio para pacientes ambulatorios.
- Tratamiento de radioterapia, quimioterapia y hemodiálisis.
- Implantes quirúrgicos, excepto implantes estéticos y dentales.
- Procedimientos quirúrgicos de esterilización (como vasectomía y/o ligaduras de trompas).
- Los aparatos protésicos/médicos internos que brindan soporte funcional interno permanente o transitorio para partes del cuerpo no funcionales están cubiertos. La reparación, mantenimiento o reemplazo Médicamente necesarios de un aparato cubierto también están cubiertos.
- Transfusiones de sangre, incluido el procesamiento de la sangre y el costo de la sangre y los derivados hematológicos no reemplazados.

Equipo médico duradero

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

Esta Póliza 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 y suministros médicos deben cumplir con todos los requisitos anteriores para poder recibir beneficios en virtud de esta Póliza. El hecho de que un Médico indique la necesidad del equipo o suministro no necesariamente implica que se pagará por dicho equipo o suministro. 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 Medicamento necesario. Todo mantenimiento y reparación debido al uso inadecuado por parte de una Persona asegurada estará a cargo de la Persona asegurada.

Suministros médicos y quirúrgicos

La Póliza incluye la cobertura de suministros médicos y quirúrgicos que son Medicamento necesarios, que tienen un propósito médico únicamente, que se utilizan una sola vez y que se compran (no se alquilan). Los suministros cubiertos incluyen jeringas, agujas, vendajes quirúrgicos, Férulas y otros elementos similares que tienen un propósito médico únicamente. Los Servicios cubiertos no incluyen elementos que, a menudo, hay en el hogar para uso general, como tiritas, termómetros y vaselina, cremas o lociones.

Servicios de ambulancia

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

Esta Póliza brinda beneficios por Gastos cubiertos incurridos en concepto de los siguientes servicios de ambulancia:

- Cargo básico, millaje y suministros no reutilizables de una compañía de ambulancias con licencia para servicio terrestre o aéreo de transporte de ida y vuelta a un Hospital o un Centro de cuidados especiales.
- Monitoreo, electrocardiogramas (ECG, por sus siglas en inglés), desfibrilación cardíaca, reanimación cardiopulmonar (RCP, por sus siglas en inglés) y administración de oxígeno y soluciones intravenosas (IV) en relación con el servicio de ambulancia. Los servicios deben ser prestados por una persona idónea con licencia.

El transporte en ambulancia está cubierto para situaciones de emergencia hasta el centro más cercano capaz de manejar la emergencia.

Terapia de rehabilitación y Servicios de habilitación

Servicios de Terapia de rehabilitación (Fisioterapia, Terapia ocupacional y Terapia del habla)

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

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

- Uso terapéutico del calor, del frío, del ejercicio, de la electricidad o de la luz ultravioleta; o
- Manipulación de la columna vertebral; o
- Masajes para mejorar la circulación, fortalecer los músculos, favorecer la recuperación de la movilidad, como parte del tratamiento de una Enfermedad o Lesión; y
- Servicios para el cuidado y el tratamiento que resulten necesarios en caso de pérdida o impedimento del habla.

Los beneficios se proporcionan hasta alcanzar cualquier cantidad máxima de servicios diarios que se indique en el Programa de beneficios.

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.

Servicios de habilitación

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

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos 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.

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

- Uso terapéutico del calor, del frío, del ejercicio, de la electricidad o de la luz ultravioleta;
- Manipulación de la columna vertebral;
- Masajes para mejorar la circulación, fortalecer los músculos, favorecer la recuperación de la movilidad, como parte del tratamiento de una Enfermedad o Lesión;
- Servicios para el cuidado y el tratamiento que resulten necesarios en caso de pérdida o impedimento del habla; y
- Servicios diseñados para ayudar a un niño a desarrollar una función física, del habla o mental que no se desarrolló normalmente. o que se demoró en forma significativa en relación con el período de desarrollo normal.

Todos los suministros y cargos adicionales cobrados junto con estos servicios se incluirán en el pago de beneficios por la visita y no se reembolsarán además de la visita.

Nota: Los Servicios cubiertos no incluyen servicios de medicina complementaria y alternativa, entre los que se incluyen: terapia de masajes; terapia con animales, entre otras, a modo de ejemplo, equinoterapia o terapia con perros; arteterapia; meditación; visualización; acupuntura; punción seca; acupresión; reflexología; *rolfing* (masaje de tejido conectivo); fototerapia; aromaterapia; musicoterapia o terapia del sonido; danzaterapia; terapia del sueño; hipnosis; balanceo de energía; ejercicios de respiración; terapia del movimiento y/o ejercicio, incluidos, a modo de ejemplo, yoga, pilates, taichi, caminata, senderismo, natación y golf; y cualquier otro tratamiento alternativo según lo definido por el National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) de los Institutos Nacionales de Salud. Los servicios específicamente indicados como cubiertos en Terapia de rehabilitación y Servicios de habilitación no están sujetos a esta exclusión.

Además, no se proporcionan beneficios de Rehabilitación y Habilitación para los servicios destinados 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.

Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca

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

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos incurridos por rehabilitación pulmonar y por rehabilitación cardíaca de Fase II, en forma ambulatoria, después de que el paciente reciba un diagnóstico de una afección cardíaca que cumple con los requisitos, cuando sea Médicamente necesario. Fase II es un programa hospitalario para pacientes 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 centro recreativo, principalmente para mantener el estado que el paciente alcanzó a través de las Fases I y II. La Fase IV es una modalidad avanzada de la Fase III que incluye una participación más activa y entrenamiento con peso.

Servicios para trastornos de salud mental y de consumo de sustancias

Esta Póliza 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 Póliza se detallan en la sección "Exclusiones y limitaciones de los beneficios": Lo que esta póliza no cubre".

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 una Persona asegurada que está internada 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 una Persona asegurada 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 participantes 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.

Cuidado dental

Esta Póliza brinda beneficios para 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 Póliza.

Anestesia para procedimientos dentales

Esta Póliza proporciona beneficios para los cargos de anestesia general y centros de atención médica para la prestación de cuidado dental, siempre que la Persona asegurada: (a) tenga 5 años o menos; (b) tenga una incapacidad grave; o (c) tenga una afección médica o del comportamiento que requiera hospitalización o anestesia general para la prestación de cuidado dental.

Cuidado para el embarazo y la maternidad

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

Su Póliza de Proveedores participantes brinda beneficios de cuidado para el embarazo y después del parto para Usted y los Miembros de Su familia, incluidos los gastos de obstetricia y parto de la madre biológica de un niño legalmente adoptado dentro de los 90 días siguientes al nacimiento de ese niño.

Todos los beneficios integrales que se describen en esta Póliza se encuentran disponibles para los servicios de maternidad. Se encuentran disponibles beneficios hospitalarios integrales para el cuidado de neonatología de rutina de un niño recién nacido, siempre que el niño califique como un dependiente que cumple con los requisitos conforme se define en la sección de esta Póliza titulada “¿Quién cumple con los requisitos para obtener la cobertura?”.

La madre y su hijo Recién nacido tienen derecho, en virtud de la ley federal, a cobertura hospitalaria para pacientes internados durante un período de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones; y 96 horas después de un parto por 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. Si entre la madre y el médico toman la decisión de dar el alta hospitalaria a la madre o al niño Recién Nacido antes de transcurrido dicho período de 48 o 96 horas, dispondrán de cobertura para el cuidado posterior al parto que resulte oportuno.

Esta Póliza brinda beneficios para complicaciones del embarazo. Hay beneficios disponibles para otros servicios de cuidado por embarazo y maternidad según se indica arriba en la sección “Cuidado para el embarazo y la maternidad”.

Tratamiento para la infertilidad

Esta Póliza brinda beneficios para el diagnóstico y tratamiento de la causa de la infertilidad.

Servicios de cuidado preventivo

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

La Póliza brinda beneficios 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: orientación y asesoría para el Trastorno de consumo de sustancias, consumo indebido de alcohol, consumo de tabaco, obesidad, ejercicio y dieta saludable/asesoría nutricional.
- Dos Intentos de dejar de fumar (máximo de 4 sesiones de asesoría por intento); los Medicamentos con receta para el tratamiento para dejar de fumar están cubiertos por el beneficio de Medicamentos con receta.
- Examen de Papanicolaou:
- Mamografías, incluidos los servicios de tomosíntesis o mamografía 3D cuando se brinden bajo la dirección de una persona con licencia de la junta de las artes de curación para ejercer la medicina y la cirugía, dentro del alcance legal de la licencia de esa persona, incluidos los servicios brindados en un centro móvil certificado por la administración de financiamiento del cuidado de la salud federal y que realice mamografías de acuerdo con las pautas de la Sociedad Estadounidense de Lucha contra el Cáncer (American Cancer Society);
- Diagnóstico, tratamiento y control de la osteoporosis para Personas aseguradas con una afección o historia clínica que hace Médicamente necesaria la medición de la masa ósea;
- Un examen anual de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) y un examen rectal digital;
- Artículos o servicios que tengan una calificación A o B en las recomendaciones vigentes del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés).
- Inmunizaciones recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
- Para bebés, niños y adolescentes, cuidado preventivo y exámenes de detección basados en evidencias contemplados en las pautas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud.
- Para las mujeres, 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.

Podrá encontrar información detallada en: www.healthcare.gov.

Nota: Los Servicios cubiertos no incluyen exámenes, cuidado, pruebas de detección ni vacunas de rutina para fines de viajes (los medicamentos utilizados para profilaxis en caso de viaje, excepto los medicamentos contra la malaria), laborales, escolares ni deportivos.

Pruebas genéticas

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

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

La asesoría genética cuenta con cobertura si las pruebas genéticas son planificadas o si una Persona asegurada se encuentra en riesgo de tener una enfermedad hereditaria o ser portadora de una.

Trastornos del espectro autista

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

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos por Cargos incurridos para:

- diagnóstico de Trastornos del espectro autista; y
- tratamiento de Trastornos del espectro autista.

El tratamiento de los Trastornos del espectro autista incluirá la siguiente atención si se receta, proporciona o indica para una persona que recibió un diagnóstico de Trastorno del espectro autista de:

- un médico con licencia para ejercer todas las ramas de la medicina o
- un profesional de cuidado de la salud certificado, registrado o con licencia con experiencia en el tratamiento de los efectos de los Trastornos del espectro autista cuando se determina que dicho cuidado es Médicamente necesario y lo indica un Médico con licencia para ejercer todas las ramas de la medicina.

Salvo los servicios para pacientes internados, a solicitud de Cigna y no más de una vez cada 12 meses, un Proveedor de tratamiento para Trastornos del espectro autista deberá suministrar los registros médicos, notas clínicas u otra información necesaria que fundamente que el tratamiento médico inicial o continuo es Médicamente necesario y está mejorando el estado clínico del paciente. Cuando se prevea que el tratamiento requerirá servicios continuos para lograr avances demostrables, Cigna podrá solicitar un plan de tratamiento que incluya un diagnóstico; el tipo, la frecuencia y la duración prevista del tratamiento; los resultados previstos enunciados como metas; y la frecuencia con la cual se actualizará el plan de tratamiento.

Los Servicios cubiertos incluyen:

- Atención psiquiátrica, que comprende servicios directos, de consulta o diagnóstico brindados por un psiquiatra con licencia.
- Atención psicológica, que comprende servicios directos o de consulta brindados por un psicólogo con licencia.
- Cuidado de habilitación o rehabilitación, que comprende programas de tratamiento y servicios profesionales, de asesoramiento y orientación que están orientados a desarrollar, mantener y recuperar el funcionamiento de una persona.
- Cuidados terapéuticos, que incluyen Terapia del habla, Terapia ocupacional y Fisioterapia para la salud del comportamiento, que proporcionan tratamiento en las siguientes áreas:
 - cuidado personal y alimentación,
 - lenguaje pragmático, receptivo y expresivo,
 - funcionamiento cognitivo,
 - planificación motora, y
 - procesamiento sensorial.

Trasplantes de órganos y tejidos y cuidados especializados relacionados

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

Para poder recibir los beneficios, los trasplantes de órganos y tejidos deben contar con la Autorización previa de Cigna antes de la prestación de los servicios (consulte el “Programa de Autorización previa”).

Se brinda cobertura para servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos en 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 evaluación, preparación y entrega del órgano del donante.

- La extirpación del órgano del donante. La cobertura para los costos de obtención de órganos se limitará a los costos directamente relacionados con la obtención de un órgano, ya sea de un 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 1-800-287-0539.

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 una Persona asegurada que recibe servicios relacionados con un trasplante autorizado durante cualquiera de los siguientes momentos: (a) evaluación, (b) candidatura, (c) trasplante propiamente dicho o (d) cuidado posterior al trasplante. Los gastos de viaje para la Persona asegurada 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.

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

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

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.

Tratamiento de la diabetes

Los servicios médicos para la diabetes se cubren como si se tratara de cualquier otra afección médica. Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos, que incluyen educación y Capacitación para el autocontrol de la diabetes para pacientes ambulatorios, Equipos para la diabetes y Productos farmacéuticos y suministros para la diabetes para el tratamiento de la Diabetes tipo 1, Diabetes tipo 2 y Diabetes gestacional.

Los siguientes Suministros para la diabetes están cubiertos por el plan:

Insulina; jeringas; adaptadores para inyecciones, monitores de glucosa en sangre, monitores de glucosa en sangre para personas legalmente ciegas; tiras reactivas para medir la glucosa; tiras de cetona para lectura visual; tiras reactivas para orina; lancetas; bombas de insulina, dispositivos y accesorios para infusión, agentes hipoglucémicos orales; botiquines de emergencia de glucagón y paños con alcohol.

Tratamiento recibido de Proveedores en país extranjero

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos por servicios y suministros recibidos de Proveedores en país extranjero en caso de Emergencias médicas y otras situaciones de urgencia en las que no habría sido razonable demorar el tratamiento hasta que la Persona asegurada pudiera regresar a los Estados Unidos.

Cigna no acepta la cesión de beneficios de Proveedores en país extranjero. Usted y los Miembros de Su familia pueden presentar un reclamo ante Cigna por servicios y suministros recibidos de un Proveedor en país extranjero, pero el pago correspondiente se enviará a la Persona asegurada. La Persona asegurada es responsable de pagarle al Proveedor en país extranjero. La Persona asegurada es responsable de obtener, a su propio cargo, una traducción al inglés de los reclamos del Proveedor en país extranjero y de cualquier otro registro médico que pueda ser necesario. Los beneficios están sujetos a todos los términos, condiciones, limitaciones, multas y exclusiones establecidos en esta Póliza, y no podrán superar lo que se habría pagado si el servicio o suministro se hubiera recibido en los Estados Unidos.

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 buscar y acceder a los médicos de Cigna Telehealth Connection, ingrese en www.mycigna.com, haga clic en *Find Care and Cost* (Dónde atenderse y cuánto cuesta) y desplácese 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. Para acceder a los Médicos de Cigna Telehealth Connection, ingrese en www.mycigna.com, haga clic en *Find Care and Cost* (Dónde atenderse y cuánto cuesta) y desplácese hasta la mitad de la página.

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 y esté calificado para hacerlo. Nota: Este beneficio no incluye el Servicio de Médicos de Cigna Telehealth Connection descrito previamente.

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

Servicios de cuidado de la salud en el hogar

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

Esta Póliza 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 proveedores 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 Proveedores 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 un Proveedor. 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 Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos por cuidado de la salud en el hogar indicados 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 de Terapia de rehabilitación a corto plazo.
- La Persona asegurada debe estar internada en su hogar, en lugar de hospitalizada, 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. **Los servicios de salud el hogar están limitados a máximo combinado de visitas por Año que se detalla en el Programa de beneficios.**

Si la Persona asegurada 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 de la Persona asegurada.

Mastectomía y procedimientos relacionados

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos por servicios hospitalarios y profesionales en virtud de esta Póliza por mastectomía y disección de ganglios linfáticos para el tratamiento del cáncer de seno y para el tratamiento de las complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, como linfedemas, independientemente de que la mastectomía se haya realizado o no mientras la Persona asegurada estaba cubierta por esta Póliza. Se proporcionarán beneficios para Gastos cubiertos por servicios de cuidado de la salud en un Hospital como paciente internado durante un mínimo de 48 horas después de una mastectomía y un mínimo de 24 horas después de una disección de ganglios linfáticos para el tratamiento del cáncer de seno.

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

- Reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía.
- La cirugía y reconstrucción del otro seno para brindar un aspecto simétrico.
- Las prótesis.
- Dos sostenes posmastectomía por Año calendario. Un sostén posmastectomía es un sostén diseñado y destinado específicamente para sostener prótesis de senos unilaterales o bilaterales.

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

Tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ)

Los servicios médicos para la disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ) se cubren como si se tratara de cualquier otra afección médica. Los servicios dentales (p. ej., dentaduras postizas, puentes, coronas, fundas u otras Prótesis dentales, extracción de dientes o tratamiento de los dientes o encías), o los servicios de ortodoncia (p. ej., frenillos y otros aparatos de ortodoncia) no están cubiertos por esta Póliza para ningún diagnóstico, incluida la TMJ.

Aparatos y dispositivos protésicos externos

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

Los Aparatos y dispositivos protésicos externos incluyen Prótesis/Aparatos y dispositivos protésicos, Aparatos ortopédicos y Dispositivos ortopédicos, soportes y Férulas.

La cobertura de los Aparatos y dispositivos protésicos externos se limita a la alternativa más apropiada y menos costosa. 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 la Persona asegurada perdió el Aparato protésico o lo usó en forma indebida.

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

- Solo se cubren los siguientes Aparatos ortopédicos que no son para pies cuando son médicamente necesarios:
 - Aparatos ortopédicos fabricados a medida, rígidos y semirrígidos;
 - Aparatos ortopédicos flexibles y prefabricados semirrígidos; y
 - Aparatos ortopédicos prefabricados rígidos, lo que incluye la preparación, el ajuste y los agregados básicos, tales como barras y conexiones.
- Los Aparatos ortopédicos fabricados a medida para pies solo se cubren cuando son médicamente necesarios de la siguiente forma:
 - para Personas aseguradas con sensación periférica disminuida y/o circulación periférica alterada (por ejemplo, la neuropatía diabética y la enfermedad vascular periférica);
 - 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;
 - 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
 - para Personas aseguradas 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 de la Persona asegurada; 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.

Estudios clínicos

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

Se pagarán beneficios por todos los costos de cuidado de rutina de los pacientes relacionados con un estudio clínico calificado aprobado realizado por un Proveedor participante para una Persona asegurada que cumpla con los siguientes requisitos:

- (1) se le haya diagnosticado cáncer y haya sido aceptada en un estudio clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV para el cáncer y sea elegible para participar en un estudio clínico aprobado de acuerdo con el protocolo del estudio con respecto al tratamiento del cáncer u otra enfermedad o afección con riesgo de vida; y

(2) cumpla con uno de los siguientes requisitos

- (a) el profesional de 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 asegurada en dicho estudio sería apropiada en función de que reúne las condiciones descritas en el párrafo (1); o bien
- (b) la Persona asegurada proporciona información médica y científica que establece que su participación en dicho estudio sería apropiada en función de que cumple con las condiciones descritas en el párrafo (1).

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

El estudio clínico debe cumplir con los siguientes requisitos:

El estudio o la investigación deben:

- 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 cuidado de rutina de los pacientes son 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 una Persona asegurada que no está inscrita en un estudio clínico, entre los que se incluyen:

- servicios que se requieren únicamente para suministrar el medicamento, artículo, dispositivo o servicio En investigación;
- servicios que se requieren para efectuar un control clínicamente apropiado del medicamento, dispositivo, artículo o servicio En investigación;
- servicios brindados para la prevención de complicaciones que puedan producirse como consecuencia del suministro del medicamento, dispositivo, artículo o servicio en investigación; y
- cuidado razonable y necesario que pueda surgir al suministrar el 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; o
- 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.

Exclusiones y limitaciones: Lo que esta póliza no cubre

Servicios excluidos

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

1. Servicios **no incluidos específicamente** en esta Póliza como Servicios cubiertos.
2. Servicios o suministros que **no son Médicamente necesarios**.
3. Cualquier medicamento, dispositivo o tratamiento o procedimiento médico y los servicios relacionados **Experimentales, En investigación o No comprobados** en la fecha del servicio, según se define en la sección Definiciones. Esta exclusión no se aplica a los servicios de cuidado de rutina del paciente (según lo definido en la Reglamentación Administrativa de Kansas 40-4-43) brindados en un estudio clínico para el cáncer aprobado para los cuales habría beneficios disponibles si los servicios no se brindaran en relación con ese estudio clínico.
4. Servicios **que Usted no tiene la obligación legal de pagar** o por los cuales no se cobraría si Usted no tuviera un plan de salud o una cobertura de seguro.
5. Servicios para lesiones o enfermedades relacionadas con Su empleo en la medida en que Usted tenga cobertura o deba tener cobertura de un **seguro de accidentes de trabajo**. Si Usted celebra un acuerdo por el cual renuncia a Su derecho a recuperar beneficios médicos pasados o futuros en virtud de un seguro de accidentes de trabajo, Cigna no pagará los beneficios médicos pasados o futuros que estén sujetos a ese acuerdo o relacionados con él. Además, si Usted tiene cobertura en virtud de un programa de seguro de accidentes de trabajo que limita los beneficios cuando se usan proveedores diferentes de los especificados y Usted recibe servicios de un proveedor no especificado por el programa, Cigna no pagará los saldos de los cargos de dichos proveedores no especificados una vez agotados Sus beneficios en virtud del programa.
6. Afecciones causadas por: (a) un **acto bélico (como consecuencia de una guerra declarada o no declarada)**; (b) la **liberación involuntaria de energía nuclear** cuando haya fondos del gobierno disponibles para tratar las Enfermedades o Lesiones producidas por dicha liberación de energía nuclear; (c) la participación de una Persona asegurada en el **servicio militar de cualquier país**; (d) la participación de una Persona asegurada en **una insurrección, una rebelión o un motín**; (e) servicios recibidos como resultado directo de la comisión o el intento de comisión de un **delito grave** por parte de una Persona asegurada (independientemente de que haya dado lugar a acciones legales o no) **o como resultado directo de que la Persona asegurada participe en una actividad ilícita**; (f) el hecho de que una Persona asegurada 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.
7. 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 Póliza.
8. Servicios que deben ser brindados por un distrito escolar o un sistema escolar público según lo exigido por la ley estatal o federal.
9. 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.
10. **Si la Persona asegurada cumple con los requisitos para recibir cobertura en virtud de la Parte A, B o D de Medicare**, Cigna proporcionará el pago del reclamo de acuerdo con esta Póliza menos cualquier cantidad pagada por Medicare. El pago efectuado por Cigna no podrá exceder la cantidad que habría pagado si hubiese sido la única aseguradora.

11. **Tratamiento u hospitalización ordenados por un juez**, a menos que el tratamiento sea indicado por un Médico y se encuentre en la lista de servicios cubiertos por esta Póliza.
12. **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 de la Persona asegurada o el empleador de dicha persona;
 - una persona que tenga un vínculo de sangre, por matrimonio o por adopción con la Persona asegurada, o el empleador de dicha persona; o
 - 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.
13. **Cuidados de custodia, que incluyen, a modo de ejemplo: curas de reposo, cuidado diurno de bebés, niños o adultos, incluido el cuidado diurno geriátrico.**
14. Los servicios o suministros **brindados por o en un hogar de ancianos, un asilo de convalecencia o cualquier instalación** en la que una parte significativa de las actividades incluyan el descanso, la recreación, el tiempo libre o cualquier otro servicio que no sea un Servicio cubierto.
15. **Asistencia con las actividades cotidianas**, entre las que se incluyen, a modo de ejemplo, bañarse, comer, vestirse u otras actividades de Cuidados de custodia o de cuidado personal, servicios domésticos y servicios que sean principalmente para descanso, cuidado en el hogar o de convalecencia.
16. Cargos de cuarto y comida de pacientes internados **en relación con una estadía en un Hospital, principalmente para pruebas de diagnóstico** que podrían haberse realizado en forma segura como paciente ambulatorio.
17. Servicios no indicados por un médico o que continúan después de que un médico ha indicado que no es necesario proporcionar más cuidado.
18. **Servicios dentales**, dentaduras postizas, puentes, coronas, fundas u otras Prótesis dentales, extracción de dientes o tratamiento de dientes o encías, salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza.
19. **Servicios de ortodoncia**, frenillos y otros aparatos ortodóncicos, incluidos los servicios de ortodoncia para la Disfunción de la articulación temporomandibular.
20. **Implantes dentales**: Materiales dentales implantados dentro del hueso o tejido blando o sobre ellos, o cualquier procedimiento relacionado como parte del implante o la extracción de implantes dentales.
21. **Aparatos auditivos**, salvo los procedimientos quirúrgicos para la implantación de Aparatos auditivos implantados en el hueso (BAHA, por sus siglas en inglés). A los fines de esta exclusión, un aparato auditivo es cualquier dispositivo que amplifica el sonido.
22. **Pruebas de audición de rutina**, salvo según lo dispuesto en Cuidado preventivo.
23. **Servicios de optometría**, ejercicios de los ojos, que incluyen ortóptica, anteojos, lentes de contacto, exámenes y refracciones de rutina de la vista, salvo según lo indicado específicamente en esta Póliza en Beneficios de la vista pediátricos.
24. **Procedimientos refractivos**, incluidas las queratotomías radiales, la relajación corneal, la queratofaquia, queratomileusis o cualquier otro procedimiento utilizado para modificar la curvatura corneal, salvo los procedimientos Médicamente necesarios asociados con la anisometropía grave.

25. **Cirugía estética, terapia** u otros servicios para embellecerse, mejorar o alterar la apariencia o la autoestima, o con el fin de tratar problemas psicológicos o psicosociales relacionados con la apariencia de una persona. Esta exclusión no se aplica a la Cirugía reconstructiva para restaurar una función del cuerpo o para corregir una 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.
26. **Aborto**, a menos que un Médico certifique por escrito que el embarazo pondría en riesgo la vida de la madre.
27. **Ayudas o dispositivos que ayudan en la comunicación no verbal o mejoran o permiten la comunicación**, salvo una electrolaringe, entre ellos, a modo de ejemplo, tableros de comunicación, dispositivos para hablar pregrabados, computadoras portátiles, computadoras de escritorio, asistentes digitales personales (PDA, por sus siglas en inglés), máquinas para escribir en Braille, sistemas de alerta visual para sordos y libros para la memoria, salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza.
28. **Asesoría no médica o servicios auxiliares**, que incluyen, a modo de ejemplo, educación, capacitación, rehabilitación vocacional, entrenamiento del comportamiento, servicios y materiales de biorretroalimentación autógena salvo para incontinencia urinaria en adultos de 18 años o más, neuroretroalimentación, asesoría laboral, capacitación para cuidar la espalda, servicios de retorno al trabajo, programas de reentrenamiento para el trabajo, seguridad vial, y servicios, capacitación, terapia educacional u otros servicios auxiliares no médicos para tratar los trastornos del aprendizaje y los retrasos en el desarrollo, a menos que esta Póliza establezca lo contrario.
29. Todos los servicios relacionados con el **tratamiento de la Terapia conductual aplicada**, que incluyen, a modo de ejemplo: el diseño, la implementación y 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.
30. 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.
31. Cualquier tratamiento, medicamento con receta, servicio o suministro **para tratar la disfunción sexual**, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual.
32. Todos los servicios relacionados con **la evaluación o el tratamiento de la fertilidad y/o la Infertilidad**, que incluyen, a modo de ejemplo, todas las pruebas, consultas, exámenes, medicamentos y procedimientos invasivos, médicos, de laboratorio o quirúrgicos, entre los cuales se incluyen la reversión de la ligadura de trompas, la fertilización *in vitro*, los exámenes genéticos de preimplantación, la transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés) y la transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), salvo según lo indicado específicamente en esta Póliza.
33. La **criopreservación** de espermatozoides u óvulos, o el almacenamiento de espermatozoides para inseminación artificial (incluidos los pagos por servicios del donante).
34. Pagos relacionados con la **obtención o donación de sangre o derivados hematológicos**, excepto para la donación autóloga cuando se prevén con anticipación ciertos servicios programados, cuando a criterio del Médico de revisión de la utilización la probabilidad de la pérdida de sangre en exceso es tal que se espera que la cirugía traiga aparejada una transfusión.
35. Administración de sangre **con el propósito de mejorar la condición física general**.
36. **Calzado ortopédico** (salvo cuando esté unido a soportes), agregados al calzado y Dispositivos ortopédicos.
37. **Mejoras eléctricas internas y externas** o controles eléctricos para prótesis de extremidades y dispositivos protésicos terminales.

38. Estimuladores de los nervios periféricos mediante **prótesis mioeléctricas**.
39. **Las extremidades o los aparatos protésicos electrónicos** , a menos que sean Médicamente necesarios cuando una alternativa de menor costo no es suficiente.
40. **Aparatos ortopédicos prefabricados para pies**.
41. **Bandas ortopédicas craneales/aparatos ortopédicos craneales/otros dispositivos similares**, excepto cuando se los emplea en el postoperatorio para plagiocefalia sinostótica.
42. **Calzado ortopédico**, agregados al calzado, procedimientos para calzado ortopédico, modificaciones al calzado y transferencias.
43. Aparatos ortopédicos empleados principalmente por cuestiones de estética en lugar de motivos funcionales.
44. **Aparatos ortopédicos que no son para los pies**, excepto **únicamente** los siguientes aparatos ortopédicos que no son para pies que se cubren cuando son Médicamente necesarios:
- Aparatos ortopédicos fabricados a medida, rígidos y semirrígidos;
 - Aparatos ortopédicos flexibles y prefabricados semirrígidos; y
 - Aparatos ortopédicos prefabricados rígidos, lo que incluye la preparación, el ajuste y los agregados básicos, tales como barras y conexiones.
45. Servicios destinados principalmente **a bajar de peso o al tratamiento de la obesidad, incluida la obesidad patológica**, o cualquier cuidado que incluya la pérdida de peso como principal método de tratamiento, salvo los servicios cubiertos como beneficios de salud preventiva. Esto incluye cualquier cirugía para la obesidad patológica, aunque la Persona asegurada tenga otras afecciones médicas que pudieran beneficiarse con una reducción de la obesidad o la pérdida de peso, o cualquier programa, producto o tratamiento médico para bajar de peso, o cualquier gasto de cualquier tipo para tratar la obesidad, controlar el peso o bajar de peso.
46. Cualquier **terapia o tratamiento indicado por un juez**; o 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 Póliza.
47. Tratamiento de **trastornos mentales** que han sido diagnosticados como trastornos mentales orgánicos asociados con disfunciones permanentes del cerebro.
48. **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.
49. **Asesoría** para actividades de naturaleza educativa, funcionamiento intelectual límite, problemas ocupacionales, vocación y religión.
50. **Servicios educativos**, salvo el Programa de capacitación para el autocontrol de la diabetes, el tratamiento para el Autismo o según lo dispuesto o coordinado específicamente por Cigna.
51. **Asesoría en materia de nutrición o suplementos alimenticios**, salvo según lo indicado en esta Póliza.

52. **Equipos para realizar ejercicios, artículos para hacer la vida más cómoda y otros equipos y suministros médicos** no incluidos específicamente como Servicios cubiertos en la sección “Servicios cubiertos” de esta Póliza. Los equipos médicos excluidos incluyen, a modo de ejemplo: purificadores de aire, acondicionadores de aire, humidificadores; cintas para correr; equipos de spa; elevadores; suministros para comodidad, higiene o belleza; pelucas; fundas y suministros desechables; aparatos de corrección o de apoyo y suministros como medias, y suministros médicos de consumo que no sean materiales para estoma o catéteres urinarios, incluidos, a modo de ejemplo, vendajes y otros artículos médicos desechables, preparaciones cutáneas y tiras reactivas, a menos que esta Póliza establezca lo contrario.
53. **Cargos por los cuales no podemos determinar Nuestra responsabilidad** debido a que la Persona asegurada no realizó lo siguiente dentro de un plazo de 60 días o tan pronto como fuera razonablemente posible: (a) autorizarnos a recibir todos los registros médicos y la información que solicitamos; o (b) suministrarnos la información que solicitamos con respecto a las circunstancias del reclamo u otra cobertura de seguro.
54. Los servicios asociados con cualquier examen físico o de salud del tipo de **detección masiva**, salvo los exámenes de Papanicolaou y las mamografías que se realizan en un centro móvil certificado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Dos ejemplos de exámenes de detección masiva son las camionetas móviles y los programas de pruebas en escuelas.
55. Los cargos por **autopsias**, a menos que la autopsia sea solicitada por la compañía.
56. **Transporte** distinto de los Servicios de ambulancia cubiertos.
57. Los cargos para el llenado de **formularios de reclamo** del seguro.
58. Servicios de salud asociados con lesiones corporales accidentales resultantes de un **accidente de un vehículo motorizado** en la medida que dichos servicios sean pagaderos en virtud de una disposición de pago de gastos médicos de cualquier póliza de seguro de automotores.
59. **Desfibriladores** externos automáticos.

Beneficios de medicamentos con receta

Pagos de farmacia

Para conocer las Definiciones asociadas con los beneficios de Medicamentos con receta, consulte la sección “Definiciones” de esta Póliza. Los beneficios de Medicamentos con receta están sujetos a las disposiciones incluidas en esta sección y a todas las demás disposiciones de la Póliza.

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 y/o Coseguro indicado en el Programa de beneficios. Para obtener información adicional sobre el Deducible, consulte la sección “Definiciones” de la Póliza.

Puede obtener la Lista de medicamentos con receta de Cigna si la solicita llamando a Servicio al Cliente al número que aparece en Su tarjeta de identificación o visitando www.cigna.com/ifp-drug-list.

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 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, estarán cubiertos en virtud de los beneficios médicos de esta Póliza. No obstante, es posible que estén sujetos a requisitos de Tratamiento escalonado o Autorización previa para Medicamentos con receta.

Para determinados Medicamentos de distribución limitada cubiertos en virtud de los beneficios médicos de esta Póliza, 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 Póliza. Para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto, puede hacer lo siguiente:

- iniciar sesión en Su cuenta de cigna.com;
- ver la Lista de medicamentos con receta de Cigna en 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 de Cigna están cubiertos en virtud de los beneficios médicos de esta Póliza cuando los Medicamentos para infusión e inyectables incluidos en la Lista de medicamentos con receta de Cigna son administrados en un entorno de cuidado de la salud por un Médico u Otro profesional de cuidado de la salud, y son facturados 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 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 manejada por el equipo de decisiones comerciales que, sujeto a la revisión y aprobación de la Lista de medicamentos con receta por parte del Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T), toma decisiones sobre la asignación de niveles de cobertura de los Medicamentos con receta o Suministros relacionados y/o aplica requisitos de administración de la utilización a determinados Medicamentos con receta o Suministros relacionados. Es posible que los niveles de cobertura de Su Póliza contengan Medicamentos con receta o Suministros relacionados que sean Medicamentos genéricos, Medicamentos de marca o Medicamentos de especialidad. La asignación de cualquier Medicamento con receta o Suministros relacionados a un nivel específico, y la aplicación de requisitos de administración de la utilización a un Medicamento con receta depende de varios factores clínicos y económicos. Los factores clínicos incluyen, a modo de ejemplo, las evaluaciones del lugar de terapia, la seguridad relativa o la eficacia relativa del Medicamento con receta o los Suministros relacionados por parte del Comité de P&T, y los factores económicos incluyen, a modo de ejemplo, el costo y/o los reembolsos disponibles para los Medicamentos con receta o los Suministros relacionados. Usted (o el Miembro de Su familia) y el Médico que le receta medicamentos determinarán si un Medicamento con receta en particular o los Suministros relacionados son apropiados para Usted o cualquiera de los Miembros de Su familia, sin importar su elegibilidad para estar cubiertos por Su Póliza.

La condición de cobertura de un Medicamento con receta o Suministro relacionado puede cambiar periódicamente durante el Año de la póliza por varios motivos. Por ejemplo, un Medicamento con receta o Suministro relacionado 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 o Suministro relacionado.

Como resultado de los cambios en la cobertura, quizás tenga que pagar más o menos por ese Medicamento con receta o Suministro relacionado, o probar otro Medicamento con receta o Suministro relacionado cubierto. Acceda a www.mycigna.com en Internet o llame a Servicio al Cliente 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 Medicamentos con receta o Suministros relacionados.

Gastos cubiertos

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

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

Patient Assurance Program

Su Póliza 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 Póliza, 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 Póliza, 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.

Lo que está cubierto

- 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.
- 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.
- 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; lancetas; agentes hipoglucémicos orales; botiquines de emergencia de glucagón y paños con alcohol.
- Medicamentos contra el cáncer de administración por vía oral recetados en relación con tratamientos de quimioterapia contra el cáncer en condiciones no menos favorables que los medicamentos contra el cáncer administrados por vía intravenosa o inyectados.
- Los cargos por un medicamento que se recetó para el tratamiento de un tipo de cáncer para el cual no ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos si ese medicamento ha sido reconocido como tratamiento para el cáncer en uno de los compendios de referencia estándar o está avalado por artículos publicados en literatura médica aceptada, revisada por colegas médicos. También se proporcionará cobertura para cualquier servicio médico necesario para administrar el medicamento.

- 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.
- 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 participante.

Condiciones del servicio

El Medicamento o medicina debe 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 el cuidado y el tratamiento directos de la Enfermedad, Lesión o afección de la Persona asegurada; sin embargo, los suplementos alimenticios, los dispositivos auxiliares para la salud o los medicamentos para fines estéticos no se encuentran cubiertos, aun cuando sean recetados por un Médico para el cuidado y el tratamiento de una Enfermedad de la Persona asegurada.
- 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.
- El medicamento o la medicación no debe utilizarse mientras la Persona asegurada se encuentre internada en un centro.
- La Receta no debe 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

La Póliza no brinda cobertura para los siguientes gastos. No se pagarán los siguientes gastos:

- Medicamentos no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- Cualquier medicamento no incluido en la Lista de medicamentos con receta y cuya cobertura no se haya aprobado a través del proceso de excepciones de los medicamentos fuera de la Lista de medicamentos con receta.
- Medicamentos, dispositivos y/o suministros de venta sin receta en virtud de la ley federal o estatal, a menos que esta Póliza 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).

- Medicamentos que no requieren una leyenda federal (una designación federal para los medicamentos que requieren la supervisión de un Médico), a excepción de la insulina.
- Cualquier medicamento que sea una alternativa farmacéutica a un medicamento que no requiere receta médica, a excepción de la insulina.
- Una clase de medicamento en la que por lo menos uno de los medicamentos no requiere receta médica, y los medicamentos de la clase se consideran equivalentes desde el punto de vista terapéutico, según lo determinado por el Comité de P&T.
- Medicamentos relacionados con la infertilidad, salvo los exigidos por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA).
- 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 Póliza.
- Medicamentos usados para el tratamiento de una disfunción sexual, que incluye, a modo de ejemplo, disfunción eréctil, eyaculación tardía, anorgasmia y disminución de la libido y/o el deseo sexual.
- Medicamentos usados para bajar de peso, controlar el peso y para el síndrome metabólico, y agentes antiobesidad, salvo los servicios cubiertos como beneficios de salud preventiva.
- Medicamentos Experimentales, En investigación o No comprobados según lo descrito en esta Póliza, salvo según lo indicado específicamente en las secciones de esta Póliza tituladas “Estudios clínicos” y cualquier disposición sobre beneficios relacionada con medicamentos recetados para el tratamiento del cáncer.
- Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) utilizados con fines diferentes de los aprobados por la FDA, a menos que el medicamento esté reconocido para el tratamiento de la indicación particular en uno de los compendios de referencia estándar (la base de datos American Hospital Formulary Service-Drug Information, AHFS) o en literatura médica. Literatura médica significa estudios científicos publicados en revistas biomédicas revisadas por colegas médicos escritas en inglés.
- Los productos anticonceptivos implantables colocados por el Médico están cubiertos por los beneficios médicos de la Póliza.
- 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.
- Vitaminas con receta (que no sean vitaminas prenatales), suplementos alimenticios, suplementos a base de hierbas y flúor, a excepción de los suplementos diseñados específicamente como preventivos en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA).
- Medicamentos que se utilicen con fines estéticos que no tengan un uso medicamento aceptable, como medicamentos para reducir las arrugas, para estimular el crecimiento del cabello, medicamentos para controlar la transpiración y cremas para reducir las manchas de la piel.
- Medicamentos usados para profilaxis en caso de viaje, salvo los medicamentos contra la malaria.
- Medicamentos obtenidos fuera de los Estados Unidos.
- Cualquier despacho o renovación de Medicamentos con receta y Suministros relacionados para reponer los perdidos, robados, derramados, arruinados o dañados antes de la siguiente fecha de renovación.
- Medicamentos usados para mejorar el desempeño atlético.

- Medicamentos que deba tomar o que se le deban administrar a la Persona asegurada mientras sea paciente en un Hospital con licencia, Centros de cuidados especiales, un hogar de ancianos u otra institución similar, que opere o permita que operen en su establecimiento un centro para despachar productos farmacéuticos;
- 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.
- Kits de medicamentos para comodidad.
- Recetas que tengan más de un año desde la fecha de emisión original.
- Los costos relacionados con el envío por correo, el envío o la entrega de Medicamentos con receta.
- Cualquier uso indebido intencional de este beneficio, lo que incluye la compra de medicamentos con receta para el consumo por parte de una persona distinta de la Persona asegurada.

Limitaciones

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 de la Póliza); 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 para 90 días, puede llamar al número de Servicio al Cliente 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 de la Póliza).
- 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 de la Póliza).
- 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.
- Hasta el límite de dosis y/o despacho que determine el Comité de P&T.

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 una Persona asegurada siga determinados pasos antes de cubrir algunos Medicamentos con receta y Suministros relacionados, incluso a modo de ejemplo, Medicamentos de especialidad y más costosos. Si un Medicamento con receta o un Suministro relacionado está sujeto a un requisito de Tratamiento escalonado, Usted debe probar uno o más Medicamentos con receta y Suministros relacionados similares antes de que la Póliza cubra el Medicamento con receta o Suministro relacionado. Los Medicamentos con receta y los Suministros relacionados que requieren Tratamiento escalonado pueden identificarse en la Lista de medicamentos con receta incluida en www.mycigna.com. Para obtener la Autorización de Tratamiento escalonado, Su Médico debe seguir el Proceso de solicitud de autorización y excepción para Medicamentos con receta y Suministros relacionados que se describe a continuación.

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

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

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

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

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

Su Médico puede solicitar una revisión acelerada si Usted tiene una afección médica que puede poner en grave peligro Su vida, Su salud o Su capacidad para recuperar el 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 otra persona que haya recetado el medicamento podrán apelar la decisión conforme a las disposiciones de esta Póliza enviando una solicitud por escrito con los motivos por los que deberían cubrirse los Medicamentos con receta o Suministros relacionados. Consulte la sección de esta Póliza titulada “QUÉ HACER CUANDO TENGA ALGUNA QUEJA O APELACIÓN” que describe el proceso de la Revisión independiente externa.

Si tiene alguna pregunta acerca de una solicitud específica de excepciones a la Lista de medicamentos con receta, de Autorización previa o de Tratamiento escalonado, llame a Servicio al Cliente al número gratuito que 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 una Persona asegurada 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 al momento de la compra. La Persona asegurada no necesita presentar un formulario de reclamo.

Para comprar Medicamentos con receta o Suministros relacionados a Express Scripts Pharmacy, la Farmacia de entrega a domicilio de Cigna, consulte el folleto de entrega a domicilio de medicamentos en www.mycigna.com o llame al número gratuito de Servicio al Cliente que aparece en la parte de atrás de 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.

Beneficios de cuidado de la vista pediátrico brindado por un Oftalmólogo u Optometrista

Beneficios de la vista pediátricos

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.

Beneficios cubiertos

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

- Exámenes: Evaluaciones de la salud de la vista y de los ojos realizadas por un Optometrista o un Oftalmólogo, que incluyen, 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; fotocromía (vidrio o plástico); polarizado; lentes de alto índice y estilos de lentes, como bifocales sin línea, intermedios y lentes progresivos prémium.
- * La participación del proveedor es 100% voluntaria; por favor, consulte a su profesional de cuidado de la vista sobre los descuentos ofrecidos.
- Marcos: Solo los marcos de la Colección de marcos pediátricos se cubren al 100%. Marcos que no pertenecen a la Colección: El costo compartido de la Persona asegurada puede ser hasta del 75% del precio minorista.
 - La cobertura se limita a tres pares de marcos de la colección de marcos pediátricos y lentes por año calendario. La cobertura para el segundo y tercer par de anteojos depende de que se modifique el estado de refracción de la Persona asegurada o se necesite reemplazar anteojos rotos, dañados o perdidos. Los marcos estándares deben incluir una garantía mínima de un año.
 - Los lentes y marcos están cubiertos SI:
 - el cambio de dioptrías es mayor o igual a 0.50 dioptrías;
 - el cambio de eje es mayor o igual a 15 grados;
 - el cambio de prisma es mayor o igual a 0.50 dioptrías; o
 - la agudeza visual mejora al menos una línea en la tabla optométrica estándar

- 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 beneficios de la vista. Los lentes de contacto ajustados para otros fines terapéuticos o la reducción de los campos visuales debido a una alta corrección en menos o más no están cubiertos.

Exclusiones

- Entrenamiento ortóptico o visual y cualquier prueba complementaria asociada.
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos.
- Cualquier examen de la vista, o accesorio correctivo para la vista, requerido por un empleador como condición para el empleo.
- Servicios para lesiones o enfermedades relacionadas con Su empleo en la medida en que Usted tenga cobertura o deba tener cobertura de un seguro de accidentes de trabajo. Si Usted celebra un acuerdo por el cual renuncia a Su derecho a recuperar beneficios médicos pasados o futuros en virtud de un seguro de accidentes de trabajo, Cigna no pagará los beneficios médicos pasados o futuros que estén sujetos a ese acuerdo o relacionados con él. Además, si Usted tiene cobertura en virtud de un programa de seguro de accidentes de trabajo que limita los beneficios cuando se usan proveedores diferentes de los especificados y Usted recibe servicios de un proveedor no especificado por el programa, Cigna no pagará los saldos de los cargos de dichos proveedores no especificados una vez agotados Sus beneficios en virtud del programa.
- Cargos que superen el cargo razonable y usual por el Servicio o los Materiales
- Cargos incurridos después de finalizada la Póliza o de finalizada la cobertura de la Persona asegurada en la Póliza, a excepción de lo que se especifica en la Póliza.
- Tratamiento o dispositivo experimental o no convencional.
- Dispositivos de aumento o para personas con poca visión que no estén incluidos en “Beneficios cubiertos” de esta sección, más arriba
- Cualquier tipo de anteojos, lentes o lentes de contacto sin receta.
- Tratamientos de lentes para anteojos, “accesorios” o recubrimientos para lentes que no aparezcan de otra forma en “Beneficios cubiertos” 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.
- Para métodos de tratamiento o procedimientos Experimentales no aprobados por la Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association) o la asociación oftalmológica especializada correspondiente, o en relación con dichos métodos;
- Reclamos presentados y recibidos después de transcurridos doce (12) meses de la Fecha de servicio original.
- Los servicios proporcionados fuera de la red sin la aprobación previa de Cigna no están cubiertos.
- Lentes de contacto opcionales.
- Servicios para personas con poca visión.

Proveedores de Cigna Vision

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

Reembolso/presentación de reclamos

Cuando una Persona asegurada recibe un examen o compra materiales de un Proveedor de Cigna Vision, paga el Copago, Coseguro o Deducible aplicable que se indique en el Programa al momento de la compra. La Persona asegurada no necesita presentar un formulario de reclamo.

Si Usted o los Miembros de Su familia tienen alguna pregunta sobre el beneficio de Servicios de cuidado de la vista pediátrico, llame al número gratuito de Servicio al Cliente que aparece en la parte de atrás de Su tarjeta de identificación.

Disposiciones generales

Disposición sobre alternativa de contención de costos

En determinadas situaciones, podremos aprobar los servicios en virtud de un plan de tratamiento alternativo. Un plan de tratamiento alternativo puede incluir servicios o suministros que, de otro modo, estarían limitados o excluidos por la Póliza. El plan de tratamiento alternativo debe ser establecido, de mutuo acuerdo, por Nosotros, la Persona asegurada y el Médico, Proveedor u otro profesional de cuidado de la salud. El hecho de que ofrezcamos un plan de tratamiento alternativo en un caso en particular no Nos compromete, en modo alguno, a hacerlo en otros casos. Tampoco impide que podamos aplicar en forma estricta los beneficios, las limitaciones y las exclusiones que se establecen expresamente en la Póliza en cualquier otro momento o para la Persona asegurada.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Esta sección describe lo que pagará esta Póliza 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.

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 le cubra a Usted como persona inscrita o como empleado será el Plan primario, y el plan que lo cubre 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 le cubra como empleado activo (o como Dependiente de ese empleado) será el Plan primario, y el plan que le 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 le cubra en virtud del derecho de continuación establecido por las leyes federales o estatales será el Plan secundario, y el plan que le 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 este plan 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.

Personas que cumplen con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare

Si una Persona asegurada 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 Póliza 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 Persona asegurada que cumpla con los requisitos para inscribirse en Medicare, pero no esté inscrita. 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.

QUÉ HACER CUANDO TENGA ALGUNA QUEJA O APELACIÓN

A los fines de esta sección, cualquier referencia a “Usted”, “Su” o “Persona asegurada” 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 y servicios 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 la atención, los beneficios contractuales o una rescisión de la cobertura, puede llamar a Nuestro número gratuito y explicarle Su inquietud a uno de Nuestros representantes de Servicio al Cliente. Llámenos al número gratuito de Servicio al Cliente que aparece en Su tarjeta de identificación de beneficios, explicación de beneficios o formulario de reclamo.

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.

Procedimiento de apelación

Cigna cuenta con un procedimiento de apelación de un paso para las decisiones sobre cobertura. Para iniciar una apelación para la mayoría de los reclamos, debe presentar una solicitud de apelación dentro de los 365 días de la recepción de una notificación de denegación. Sin embargo, si Cigna reduce o finaliza la cobertura (salvo cuando la reducción o finalización se deba a una modificación o finalización del plan) para un tratamiento en curso que Cigna aprobó previamente, y la reducción o finalización de la cobertura se producirá antes de que finalice el plazo de tratamiento o la cantidad de tratamientos que Cigna aprobó, para iniciar una apelación Usted debe presentar una solicitud de apelación de esa reducción o finalización de la cobertura dentro de los 30 días siguientes a la recepción de la notificación de denegación. Si Usted apela oportunamente una reducción o finalización de la cobertura para un tratamiento en curso que Cigna aprobó previamente, seguirá recibiendo cobertura, según lo exigido por la ley aplicable, mientras esté pendiente el resultado de una apelación. Las apelaciones pueden enviarse a la siguiente dirección:

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

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

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.

Le comunicaremos Nuestra decisión por escrito dentro de los 30 días calendario posteriores a que recibamos la apelación correspondiente a una determinación (decisión) previa al servicio. Le comunicaremos nuestra decisión dentro de los 30 días calendario posteriores a que recibamos una apelación correspondiente a una determinación con respecto a la cobertura que sea posterior al servicio. En caso de que, en relación con la apelación, Cigna considere o genere información (evidencia) nueva o adicional, o se base en dicha información nueva o adicional, Cigna le brindará 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 Cigna incorpora fundamentos nuevos o adicionales, Cigna se los notificará tan pronto como sea posible y con suficiente anticipación respecto de la decisión, para que Usted tenga la oportunidad de responder.

Puede solicitar que se acelere el proceso de apelación si los plazos de este proceso pusieran en grave peligro Su vida, Su salud o Su capacidad para recuperar Su funcionamiento pleno, o a criterio de Su Médico, le hicieran sentir un dolor intenso que no pueda manejar sin los servicios solicitados o si se ha determinado que el servicio es Experimental o está En investigación y el Médico a cargo del tratamiento certifica por escrito que el servicio o tratamiento de cuidado de la salud recomendado o solicitado para la afección médica sería significativamente menos eficaz si no se iniciara de inmediato.

En caso de que Usted solicite que se acelere el proceso de Su apelación, también puede solicitar, al mismo tiempo, una Revisión independiente externa si el tiempo que se requiere para completar una apelación acelerada de nivel uno 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 72 horas, y luego por escrito.

Procedimiento de revisión externa independiente

Si no está completamente satisfecho con la decisión de la revisión de apelación de Cigna con respecto a Su Necesidad médica o la determinación de si un servicio es clínicamente apropiado, podrá solicitar que Su apelación se remita a una Organización de Revisión Externa Independiente. La Organización de Revisión Externa Independiente está integrada por personas que no son empleadas de Cigna HealthCare ni de ninguna de sus afiliadas. La decisión de usar el nivel externo 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 externa independiente. Cigna acatará la decisión de la Organización de Revisión Externa Independiente. En ningún caso tendrá a su disposición más de una revisión externa para cualquier solicitud que surja del mismo conjunto de hechos durante un período de 12 meses consecutivos que comience en la fecha de la solicitud inicial de revisión externa.

Para solicitar una referencia a una Organización de Revisión Externa Independiente, debe cumplir con determinadas condiciones. El motivo de la denegación debe basarse en una determinación de Necesidad médica o de si un servicio es clínicamente apropiado, realizada por Cigna. Las limitaciones o exclusiones administrativas, para determinar si se cumplen los requisitos correspondientes o con respecto a la cobertura de beneficios no podrán someterse a apelación en virtud de este proceso. También puede solicitar una revisión externa si no ha recibido una decisión definitiva dentro de los 60 días de solicitar una revisión de apelación interna.

Para solicitar una revisión, debe notificar al Comisionado de seguros de Kansas dentro de los 120 días de haber recibido la denegación de la revisión de apelación de Cigna. Una vez que el Comisionado haya aprobado Su solicitud de revisión externa, Cigna remitirá el expediente a la Organización de Revisión Externa Independiente seleccionada. Cigna deberá proporcionar una copia de la decisión adversa comunicada a la Persona asegurada y todos los registros médicos y de otros tipo relativos a Su reclamo dentro de los 5 días hábiles siguientes a la solicitud del Comisionado.

La Organización de Revisión Externa Independiente dará su opinión por escrito dentro de los 30 días hábiles. Cuando una demora sería perjudicial para Su afección, podrá solicitar una revisión externa acelerada. Si se aprueba, la Organización de Revisión Externa deberá completar la revisión, a más tardar, 72 horas después de la fecha en que reciba la solicitud de revisión externa acelerada o con la rapidez que exijan la afección médica o las circunstancias.

La Organización de Revisión Externa Independiente deberá mantener e informar los datos que pueda requerir el comisionado para evaluar la efectividad del proceso de revisión externa. La Organización de Revisión Externa Independiente deberá mantener la confidencialidad de los registros médicos de la Persona asegurada de acuerdo con la ley estatal y federal.

Asistencia del Estado de Kansas

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

Kansas Insurance Department
420 SW 9th Street
Topeka, KS 66612-1678
Número gratuito: 1-800-432-2484

Notificación de determinación de beneficios en caso de apelación

La notificación de la determinación en caso de apelación se proporcionará por escrito o por medios electrónicos y, si se trata de una determinación adversa, incluirá: información suficiente para identificar el reclamo; el/los motivo(s) específico(s) de la determinación adversa; una referencia a las disposiciones específicas del plan sobre las que se basó la determinación; 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 se definan, así como copias de esta documentación; a solicitud y sin cargo, una copia de cualquier norma, pauta o protocolo interno, o criterio similar, sobre los que se haya basado la determinación adversa con respecto a Su apelación, y una explicación del criterio científico o clínico si la determinación se basa en una Necesidad médica, tratamiento Experimental u otra exclusión o limitación similar; e 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 durante el proceso de apelación. En la notificación definitiva de una determinación adversa se incluirá un análisis de la decisión.

Información relevante

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

Acción legal

En la mayoría de los casos, no podrá iniciar una acción legal contra Cigna en un juzgado federal hasta tanto haya completado los procesos de Apelación. En todos los casos, dicho juicio o procedimiento deberá comenzar, a más tardar, cinco (5) años después de la fecha en que se requiera la presentación de la prueba de pérdida por escrito.

Términos de la Póliza

▪ **Totalidad del contrato:**

Esta Póliza, que incluye la página de especificaciones, los endosos, la solicitud y los documentos adjuntos, si los hubiera, constituye el contrato de seguro completo. Los cambios introducidos en esta Póliza solo tendrán validez si son aprobados por un Funcionario de Cigna y se adjuntan a esta Póliza. Ningún agente tiene autoridad para modificar esta Póliza ni para eximir a ninguna persona del cumplimiento de sus disposiciones.

▪ **Plazo para la presentación de determinadas oposiciones:**

Una vez transcurridos dos años a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura en virtud de esta Póliza, ninguna declaración incorrecta, salvo declaraciones incorrectas fraudulentas, que haya realizado el solicitante en la solicitud de dicha Póliza podrá utilizarse para anular la Póliza ni para denegar un reclamo por una pérdida que se haya producido una vez vencido dicho período de dos años.

▪ **Período de gracia:**

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

Si Usted no adquirió Su Póliza en un Mercado o si adquirió Su Póliza en un Mercado, pero decidió no recibir el crédito fiscal por las primas por adelantado (APTC), se aplica un período de gracia de 31 días durante el cual pueden pagarse las Primas sin pérdida de cobertura para cualquier Prima adeudada después de la primera. 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 Póliza en un Mercado y decidió recibir el crédito fiscal por las Primas por adelantado (APTC), 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 las Personas aseguradas respecto de las 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.

▪ **Cancelación:**

Podremos cancelar esta Póliza solamente en alguno de los siguientes casos:

1. Si Usted no paga Sus Primas en la fecha de vencimiento o para el final del período de gracia de 31 días para planes no contratados a través del Mercado, o el período de gracia de 90 días para planes contratados a través de un Mercado.
2. Cuando recibamos Su notificación de cancelación por escrito o en la fecha posterior que dicha notificación especifique.
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 Póliza o cobertura.
5. Si dejamos de ofrecer pólizas de este tipo a todas las personas de Su clase. En este caso, la ley de Kansas exige que cumplamos con los siguientes requisitos: (1) cursar notificación por escrito a cada Persona asegurada respecto de la interrupción de la cobertura más de 90 días antes de la interrupción de la cobertura; (2) ofrecer a cada Persona asegurada, bajo la modalidad de emisión garantizada, la opción de contratar cualquier otra cobertura de seguro hospitalaria, médica o quirúrgica individual que ofrezcamos al momento de la interrupción; y (3) actuar de manera uniforme, sin tener en cuenta ningún factor vinculado con el estado de salud de una Persona asegurada.
6. Si dejamos de ofrecer algún plan en el mercado de cobertura individual de Kansas, le notificaremos la extinción inminente de Su cobertura al menos 180 días antes de Su cancelación.
7. Cuando la Persona asegurada deje de vivir en el Área de inscripción.
8. 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 Póliza estará sujeta a la cancelación, conforme con la ley federal y estatal aplicable.

En caso de cancelación o muerte de la Persona asegurada, reembolsaremos de inmediato la parte no devengada de cualquier prima pagada. La prima devengada se computará en forma prorrateada.

Todas las cancelaciones se llevarán a cabo sin perjuicio de los reclamos por Gastos cubiertos que se hayan incurrido antes de la cancelación.

- **Modificación de la cobertura:**

Nos reservamos el derecho de modificar esta Póliza, incluso las disposiciones, los beneficios y las coberturas de la Póliza, siempre que dicha modificación cumpla con las leyes estatales o federales, y se aplique de manera uniforme a todas las personas que tienen cobertura en virtud de este mismo formulario de Póliza. Modificaremos esta Póliza únicamente para todas las Personas aseguradas de la misma clase que estén cubiertas en virtud del mismo formulario de Póliza, no solo de forma individual. Cursaremos 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 indicará la aceptación del cambio.

- **Servicios a los miembros/Programas adicionales:**

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

- **Rehabilitación:**

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

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

Todas las Primas aceptadas en relación con una rehabilitación se aplicarán a un período anterior durante el cual Usted no haya pagado las Primas, que no superará los sesenta días previos a la fecha de rehabilitación. La rehabilitación tiene un cargo de \$50.

- **Renovación:**

Esta Póliza se renueva por Año calendario.

- **Fraude:**

Si la Persona asegurada ha cometido o ha permitido que otra persona cometa un fraude o una falsificación en relación con esta Póliza, toda la cobertura en virtud de esta Póliza 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 Póliza.

- **Información incorrecta respecto de la edad:**

En caso de que se haya brindado información incorrecta respecto de la edad de cualquier Persona asegurada en la solicitud de cobertura, Cigna determinará las tarifas de las Primas para dicha Persona asegurada según la edad correcta, y se realizará un ajuste equitativo de la tarifa de la Prima, de manera que se Nos pague la tarifa de la Prima adecuada para la edad real de la Persona asegurada.

- **Certificado de cobertura acreditable:**
 Si la cobertura en virtud de esta Póliza finaliza para cualquier Persona asegurada, entregaremos a esa persona un Certificado de cobertura acreditable que contenga la información requerida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996, Ley General (Public Law) 104-191. Una Persona asegurada también podrá solicitar un Certificado de cobertura acreditable sin cargo, en cualquier momento, mientras esté inscrita en la Póliza y durante 24 meses después de la finalización de la cobertura. Para obtener un certificado, llame al número gratuito de Servicio al Cliente que aparece en la parte de atrás de Su tarjeta de identificación. Este certificado puede ayudar a la Persona asegurada a obtener cobertura en el futuro. No obstante, Cigna es responsable únicamente de que la información contenida en cualquier certificado que prepare sea correcta. Cigna no tiene responsabilidad alguna por las determinaciones que haga otra compañía de seguros de salud respecto de la cobertura que esta proporcione, incluso respecto de si la información incluida en el certificado es relevante para las acciones de la otra compañía de seguros de salud o no, y en qué medida lo es.
- **Acciones legales:**
 No puede iniciar un juicio antes de que transcurran 60 días desde que hayamos recibido prueba de pérdida por escrito. No se podrá iniciar ninguna acción más de 5 años después del momento en que se exija la presentación de esa prueba.
- **Conformidad con las leyes estatales y federales:**
 Si alguna disposición de esta Póliza, en su Fecha de entrada en vigor, es contraria a las leyes del estado en el cual se emitió o a una ley federal, será modificada para que cumpla con los requisitos mínimos de dichas leyes.
- **Disposición para casos de nulidad parcial:**
 Si alguna disposición o alguna palabra, término, cláusula o parte de alguna disposición de esta Póliza resultara nula, por cualquier motivo, quedará sin efecto, pero el resto de esta Póliza y de la disposición no se verá afectado y permanecerá en plena vigencia y efecto.
- **Las Personas aseguradas son las únicas personas con derecho a recibir beneficios en virtud de esta Póliza.** EL USO FRAUDULENTO DE DICHOS BENEFICIOS TENDRÁ COMO RESULTADO LA CANCELACIÓN DE ESTA PÓLIZA Y SE INICIARÁN LAS ACCIONES LEGALES CORRESPONDIENTES.
- **La Fecha de entrada en vigor de esta Póliza** se encuentra impresa en la tarjeta de identificación de Cigna y en la página de especificaciones de la Póliza.
- **Cigna no tendrá responsabilidad alguna** por ningún reclamo por lesiones ni daños sufridos por la Persona asegurada mientras recibía cuidado en cualquier Hospital, Centro quirúrgico independiente para pacientes ambulatorios, Centro de cuidados especiales o de cualquier Proveedor participante o no participante. Dichos Proveedores y centros actúan como contratistas de la(s) Persona(s) asegurada(s).
- **Cigna cumplirá con los requisitos de Notificación** enviando dicha Notificación por correo a la Persona asegurada, a la dirección de facturación que aparece en Nuestros registros. Es responsabilidad de la Persona asegurada comunicarnos cualquier cambio de dirección. La Persona asegurada cumplirá con los requisitos de Notificación enviando la Notificación a:

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

- **Cuando la cantidad pagada por Cigna supere la cantidad por la cual seamos responsables en virtud de esta Póliza**, tendremos derecho a exigir que la Persona asegurada restituya la cantidad excedente, salvo que esté prohibido por ley.
- **Cuando la cantidad pagada por Cigna sea menor que la cantidad por la cual seamos responsables en virtud de esta Póliza**, haremos pagos adicionales a la Persona asegurada, salvo que esté prohibido por ley.
- **Los Servicios cubiertos respecto de los cuales se proporcionan beneficios en virtud de esta Póliza están limitados a** los tratamientos, suministros o servicios con la mejor relación costo-beneficio y que se consideren clínicamente apropiados, según lo defina Cigna.
- **Para que una Persona asegurada tenga derecho a recibir beneficios en virtud de esta Póliza**, la cobertura conforme a esta Póliza deberá estar en vigor en la fecha en que se incurra el gasto que dé lugar a un reclamo por beneficios. En virtud de esta Póliza, se considera que se incurre en un gasto en la fecha en que la Persona asegurada recibe el servicio o suministro respecto del cual se cobra el cargo.
- **Pagaremos todos los beneficios de la presente Póliza directamente a los Hospitales participantes, Médicos participantes y todos los demás Proveedores participantes**, independientemente de que la Persona asegurada haya autorizado la cesión de beneficios o no, salvo que la Persona asegurada haya pagado el reclamo en su totalidad, en cuyo caso le otorgaremos un reembolso. Además, podemos pagarle directamente a cualquier Proveedor de servicios cubierto cuando la Persona asegurada ceda los beneficios por escrito, a más tardar, en el momento de la presentación de la prueba de pérdida (reclamo), salvo en el caso de reclamos vinculados con Proveedores en países extranjeros. Sin embargo, podemos, a Nuestra entera discreción, pagarle a Usted el costo de cualquier Gasto cubierto de un Proveedor no participante, aun si los beneficios se han cedido. Cuando los beneficios se les paguen a Usted o a Su Dependiente, Usted o Su Dependiente tienen la responsabilidad de reembolsar al Proveedor, y el pago que le realicemos a Usted se considerará el cumplimiento de Nuestra obligación. Si Usted muere, expediremos los beneficios pagaderos a Usted al beneficiario de Su patrimonio sucesorio.
- **Si recibimos un reclamo de un Proveedor en país extranjero por una Emergencia médica**, cualquier pago que pudiera corresponder se enviará a la Persona asegurada. La Persona asegurada es responsable de pagarle al Proveedor en país extranjero. Mediante estos pagos, cumpliremos Nuestra obligación para con la Persona asegurada respecto de dichos servicios.
- **El pago de beneficios para reembolsar Gastos cubiertos pagados por un hijo que cumple con los requisitos, o por el padre que ejerce la custodia de ese hijo o por su tutor legal**, se efectuará al hijo, al padre que ejerce la custodia o a su tutor legal, o bien a un funcionario estatal cuyo nombre y dirección aparezcan en lugar del nombre y dirección del hijo que cumple con los requisitos.
- **Cigna le cursará notificación por escrito** en un plazo razonable si se extingue la relación con un Proveedor participante, si este incurre en un incumplimiento o no puede cumplir con sus obligaciones en virtud del contrato de Proveedor, en caso de que Cigna determine que Usted o los Miembros de Su familia asegurados podrían verse afectados de manera sustancial y adversa por esta situación.

- **Continuación del cuidado después de que finaliza la participación de un Proveedor que ya no tiene una relación contractual:**
Cigna brindará beneficios para Usted y los Miembros de Su familia asegurados como Proveedor participante por Servicios cubiertos de un Proveedor con el cual ya no tenga relación contractual en las siguientes circunstancias especiales:
 - Tratamiento continuo de una Persona asegurada hasta el día 90 contado desde la fecha de finalización de los servicios del Proveedor.
 - Tratamiento continuo de una Persona asegurada a quien, en el momento de la finalización, se le diagnosticó una Enfermedad terminal, pero en ningún caso, más de 9 meses después de la fecha de finalización de los servicios del Proveedor.
- **Le proporcionaremos a la Persona asegurada una lista actualizada de Proveedores participantes locales cuando lo solicite.** Si la Persona asegurada desea obtener un directorio más completo o necesita una nueva lista de Proveedores por cualquier otro motivo, llame a Cigna al número que aparece en la tarjeta de identificación y proporcionaremos dicha lista a la Persona asegurada, o visite Nuestro sitio web, www.cigna.com.
- **Si Cigna no exigiera el cumplimiento de alguna disposición de esta Póliza,** esto no significará que anulemos, modificaremos o declararemos inoponible dicha disposición en algún otro momento, independientemente de que las circunstancias sean las mismas o no.
- **Si las Personas aseguradas estaban cubiertas por una Póliza individual de Cigna anterior que se reemplaza por esta Póliza sin interrupción de la cobertura,** los beneficios pagados en virtud de la Póliza anterior se imputarán a los beneficios pagaderos en virtud de esta Póliza, incluidos los Deducibles y Desembolsos máximos de esta Póliza.
- **Cigna se reserva los siguientes derechos:** (i) cambiar las tarifas que se pueden cobrar conforme a la Póliza y (ii) modificar los términos de esta Póliza 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 juez 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 ley legislativa.
- **Examen físico y autopsia:**
Cigna tendrá el derecho y la oportunidad, asumiendo todos los cargos, de examinar a cualquier Persona asegurada por la cual se presente un reclamo, en el momento y con la frecuencia con que lo requiramos, siempre que resulte razonable, mientras un reclamo se encuentre pendiente en virtud de esta Póliza. En caso de fallecimiento de una Persona asegurada, Cigna tendrá el derecho y la oportunidad de realizar una autopsia en los casos en que no esté prohibido por ley.

Otros seguros con esta aseguradora

Si, mientras cuenta con la cobertura de esta Póliza, la Persona asegurada también se encuentra cubierta por otra Póliza individual o colectiva de Cigna, la Persona asegurada tendrá derecho a recibir los beneficios de una sola Póliza. La Persona asegurada podrá elegir esta Póliza o la Póliza en virtud de la cual recibirá cobertura. Luego, Cigna reembolsará cualquier Prima recibida en virtud de la otra Póliza correspondiente al período durante el cual ambas pólizas se encontraban en vigor.

No obstante, todos los pagos de reclamos realizados por Nosotros en virtud de la Póliza que Usted elija cancelar se deducirán de dicho reembolso de Primas.

Cómo presentar un reclamo de beneficios

Notificación del reclamo: No es necesario completar ningún trámite para hacer reclamos por servicios de Proveedores participantes. Usted deberá mostrar Su tarjeta de identificación y pagar el Copago que corresponda; Su Proveedor participante Nos enviará un reclamo para solicitar el reembolso. Los reclamos por Servicios de emergencia de Proveedores no participantes pueden ser enviados por el Proveedor si el Proveedor puede realizar este trámite en nombre Suyo y desea hacerlo. Si un Proveedor no participante no envía el reclamo en Su nombre, Usted deberá enviar Su formulario de reclamo completado y las facturas detalladas a la dirección de reclamos que aparece en Su tarjeta de identificación.

Formularios de reclamo: Puede obtener los formularios de reclamo necesarios en www.cigna.com, en *HealthCare Providers, Coverage and Claims* (Proveedores de cuidado de la salud, cobertura y reclamos), o llamando a Servicios a los Miembros al número gratuito que aparece en Su tarjeta de identificación.

Al recibir una notificación de un reclamo, Cigna proporcionará a la persona que hizo el reclamo los formularios que suele proporcionar para presentar pruebas de pérdida.

Si dichos formularios no se proporcionan en el término de 15 días a partir de que se curse dicha notificación, se considerará que la persona que hizo el reclamo cumplió con los requisitos de esta póliza y deberá presentar la prueba por escrito dentro del tiempo asignado.

Recordatorios sobre los reclamos:

- ASEGÚRESE DE USAR SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO Y SU NÚMERO DE CUENTA CUANDO PRESENTE FORMULARIOS DE RECLAMO O CUANDO LLAME A SU OFICINA DE RECLAMOS DE Cigna.
 - SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO APARECE EN SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN.
 - SU NÚMERO DE CUENTA ES EL NÚMERO DE LA PÓLIZA DE 7 DÍGITOS QUE APARECE EN SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN.
- ASEGÚRESE DE SEGUIR ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE APARECEN EN LA PARTE DE ATRÁS DEL FORMULARIO DE RECLAMO CUANDO ENVÍE UN RECLAMO.

Prueba de pérdida: Usted debe proporcionarnos una prueba de pérdida por escrito 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.

Cesión de pagos de reclamos:

Los Beneficios médicos pueden cederse al Proveedor; cuando Usted cede beneficios a un Proveedor, cede la cantidad total de los beneficios correspondientes a ese reclamo. Si se le paga de más al Proveedor por aceptar el pago de un paciente con respecto al cargo correspondiente, el Proveedor será responsable de reembolsar al paciente. En virtud de los contratos de Cigna con los Proveedores, todos los reclamos de los Proveedores contratados deben cederse.

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

1. se encuentra debidamente firmada en un formulario aceptable para Nosotros; y
2. contamos con una copia archivada en Nuestras oficinas; y
3. es realizada por un Proveedor con licencia que ejerce su actividad en los Estados Unidos.

Nosotros podemos, a Nuestra entera discreción, pagarle a Usted el costo de cualquier Gasto cubierto de un Proveedor no participante, aun si los beneficios se han cedido. Cuando los beneficios se le pagan a Usted o a Sus dependientes, Usted o Sus dependientes tienen la responsabilidad de pagarle al Proveedor no participante, y el pago que le realicemos a Usted se considerará el cumplimiento de Nuestra obligación.

No asumimos responsabilidad alguna por la validez ni los efectos de una cesión.

Pago oportuno de los reclamos: Los beneficios se pagarán en forma inmediata cuando recibamos la debida prueba de pérdida, presentada por escrito.

Procedimientos para la determinación del reclamo en virtud de ley federal **(Es posible que las disposiciones de las leyes de su estado las reemplacen).**

Procedimientos sobre determinaciones de Necesidad médica

En general, los servicios y beneficios de salud deben ser Médicamente necesarios para estar cubiertos por la Póliza. Los procedimientos para determinar la Necesidad médica varían de acuerdo con el tipo de servicio o beneficio solicitado, y el tipo de plan de salud. Las determinaciones de Necesidad médica se realizan en forma previa, simultánea o posterior al servicio, según se describe a continuación.

Determinados servicios requieren Autorización previa para estar cubiertos. Esta Autorización previa se denomina “determinación de Necesidad médica previa al servicio”. La Póliza indica quién es responsable de obtener esta revisión. La Persona asegurada o su representante autorizado (normalmente, su Proveedor de cuidado de la salud) deben solicitar las determinaciones de Necesidad médica de acuerdo con los procedimientos que se describen a continuación, en la Póliza y en los documentos de participación en la red del Proveedor de la Persona asegurada, según corresponda.

Cuando se determine que los servicios o los beneficios no son Médicamente necesarios, la Persona asegurada o su representante recibirán una descripción escrita de la determinación adversa, y podrán apelar la determinación. Los procedimientos de apelación se describen en la Póliza, en los documentos de participación en la red del Proveedor de la Persona asegurada y en las notificaciones de determinación.

Determinaciones de Necesidad médica previas al servicio

Cuando la Persona asegurada o su representante soliciten una determinación de Necesidad médica requerida antes del cuidado, Cigna notificará a la Persona asegurada o a su representante acerca de esta determinación en el término de 15 días a partir de la recepción de la solicitud. No obstante, si se necesita más tiempo debido a cuestiones ajenas a Cigna, la compañía notificará a la Persona asegurada o a su representante en el término de 15 días a partir de la recepción de la solicitud. Esta notificación incluirá la fecha en que se puede esperar recibir la determinación, que no superará los 30 días contados a partir de la recepción de la solicitud. Si se necesita más tiempo porque en la solicitud falta información necesaria, en la notificación también se especificará qué información se necesita, y la Persona asegurada o su representante deberán proporcionar a Cigna la información especificada en el término de 45 días a partir de la recepción de la notificación. El período de determinación se suspenderá en la fecha en que Cigna envíe dicha notificación sobre la información faltante y se reanudará en la fecha en que la Persona asegurada o su representante respondan la notificación.

Si los períodos de determinación precedentes (a) pusieran en grave peligro la vida o la salud de la Persona asegurada, o su capacidad para recuperar la funcionalidad plena, o (b) a criterio de un Médico con conocimiento de la afección médica de la Persona asegurada, le hicieran sentir un dolor intenso que no puede controlarse sin los servicios solicitados, Cigna realizará la determinación previa al servicio en forma acelerada. El revisor Médico de Cigna, previa consulta con el Médico a cargo del tratamiento, decidirá si es necesaria una determinación acelerada. Cigna notificará a la Persona asegurada o a su representante acerca de una determinación acelerada en el término de 72 horas a partir de la recepción de la solicitud.

No obstante, si en la solicitud falta información, Cigna notificará a la Persona asegurada o a su representante en el término de 24 horas a partir de la recepción de dicha solicitud y especificará qué información se necesita. La Persona asegurada o su representante deben proporcionar a Cigna la información especificada en el término de 48 horas a partir de la recepción de la notificación. Cigna notificará a la Persona asegurada o a su representante respecto de la determinación de beneficios acelerada en el término de 48 horas a partir de que la Persona asegurada o su representante respondan la notificación. Las determinaciones aceleradas podrán emitirse en forma oral, seguidas de una notificación escrita o electrónica dentro del plazo de 3 días.

Si la Persona asegurada o su representante no siguen los procedimientos de Cigna para solicitar una determinación de Necesidad médica requerida previa al servicio, Cigna les notificará el incumplimiento en cuestión y describirá los procedimientos adecuados para presentar la solicitud en el término de 5 días (o 24 horas, si se requiere una determinación acelerada, según lo descrito anteriormente) a partir de la recepción de la solicitud. Esta notificación podrá realizarse en forma oral, salvo que la Persona asegurada o su representante soliciten que se realice por escrito.

Determinaciones de Necesidad médica simultáneas al servicio

En caso de que se haya aprobado un tratamiento continuo para una Persona asegurada y esta desee extender la aprobación, la Persona asegurada o su representante deberán solicitar una determinación de Necesidad médica requerida simultánea, como mínimo, 24 horas antes del vencimiento del período o la cantidad de tratamientos que se haya aprobado. Cuando la Persona asegurada o su representante soliciten dicha determinación, Cigna les notificará cuál ha sido la determinación en el término de 24 horas a partir de la recepción de la solicitud.

Determinaciones de Necesidad médica posteriores al servicio

Cuando una Persona asegurada o su representante soliciten una determinación de Necesidad médica después de la prestación de los servicios, Cigna les notificará cuál ha sido la determinación en el término de 30 días a partir de la recepción de la solicitud. No obstante, si se necesita más tiempo para realizar una determinación debido a cuestiones ajenas a Cigna, la compañía notificará a la Persona asegurada o a su representante en el término de 30 días a partir de la recepción de la solicitud. Esta notificación incluirá la fecha en que se puede esperar recibir la determinación, que no superará los 45 días contados a partir de la recepción de la solicitud.

Si se necesita más tiempo porque en la solicitud falta información necesaria, en la notificación también se especificará qué información se necesita, y la Persona asegurada o su representante deberán proporcionar a Cigna la información especificada en el término de 45 días a partir de la recepción de la notificación. El período de determinación se suspenderá en la fecha en que Cigna envíe dicha notificación sobre la información faltante y se reanudará en la fecha en que la Persona asegurada o su representante respondan la notificación.

Determinaciones sobre reclamos posteriores al servicio

Cuando una Persona asegurada o su representante soliciten el pago de servicios ya prestados, Cigna les notificará cuál ha sido la determinación respecto del pago del reclamo en el término de 30 días a partir de la recepción de la solicitud. No obstante, si se necesita más tiempo para realizar una determinación debido a cuestiones ajenas a Cigna, la compañía notificará a la Persona asegurada o a su representante en el término de 30 días a partir de la recepción de la solicitud. Esta notificación incluirá la fecha en que se puede esperar recibir la determinación, que no superará los 45 días contados a partir de la recepción de la solicitud. Si se necesita más tiempo porque en la solicitud falta información necesaria, en la notificación también se especificará qué información se necesita, y la Persona asegurada o su representante deberán proporcionar la información especificada en el término de 45 días a partir de la recepción de la notificación. El período de determinación se suspenderá en la fecha en que Cigna envíe dicha notificación sobre la información faltante y se reanudará en la fecha en que la Persona asegurada o su representante respondan la notificación.

Notificación de determinación adversa

Todas las notificaciones de determinación de beneficios adversa se proporcionarán por escrito o en forma electrónica, e incluirán la siguiente información relacionada con la determinación: (1) información suficiente para identificar el reclamo; (2) el (los) motivo(s) específico(s) de la determinación adversa; (3) una referencia a las disposiciones específicas del plan sobre las que se basó la determinación; (4) una descripción de cualquier material o información adicionales necesarios para perfeccionar el reclamo, y una explicación de por qué dicho material o información son necesarios; (5) a solicitud y sin cargo, una copia de cualquier norma, pauta o protocolo interno, o criterio similar, sobre los que se haya basado la determinación adversa con respecto a su reclamo, y una explicación del criterio científico o clínico si la determinación se basa en una exclusión o limitación por Necesidad médica, tratamiento experimental u otra exclusión o limitación similar; (6) información acerca de cualquier oficina de asistencia al consumidor de seguros de salud o de defensa de derechos con que pueda contar para brindarle asistencia para el proceso de apelación; y (7) en el caso de un reclamo relacionado con cuidado de urgencia, una descripción del proceso de revisión acelerado aplicable a dicho reclamo.

Primas

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

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 debido a (por ejemplo):

- La eliminación o incorporación de una nueva Persona asegurada que cumple con los requisitos correspondientes.
- Un cambio en la edad de cualquier Persona asegurada que implique una Prima más alta.
- Un cambio de domicilio.
- 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 30 días de anticipación. No obstante, no modificaremos la tabla de Primas en forma individual, sino para todas las Personas aseguradas de la misma clase que estén cubiertas en virtud de la misma Póliza que Usted. El cambio entrará en vigor en la fecha que se indique en la notificación, y el pago de las nuevas Primas indicará que ha aceptado dicho cambio.

Usted Nos pagará las primas.

Cigna no aceptará el pago directo o indirecto de Primas de ninguna persona o entidad que no sea Usted, los Miembros de Su familia o un Tercero responsable del pago aceptable, salvo que Cigna lo permita expresamente por escrito. 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 Póliza.