

Cigna Health and Life Insurance Company puede modificar las Primas de esta Póliza mediante notificación cursada por escrito a la Persona asegurada con 75 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. Solo cambiaremos las Primas en forma Anual.

**Cigna Health and Life Insurance Company (“Cigna”)
900 Cottage Grove Road
Bloomfield CT 06002**

**Cigna Connect 3550-2
Plan de salud para grandes gastos médicos individuales y familiares**

Si desea cancelar la Póliza o si tiene preguntas

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

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

Esta póliza no brinda los beneficios mínimos esenciales de salud bucal pediátrica exigidos por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA, por sus siglas en inglés). Puede adquirir cobertura dental independiente que incluya los beneficios mínimos esenciales de salud bucal pediátrica a través de un plan dental calificado.

ESTA PÓLIZA NO ES UNA PÓLIZA COMPLEMENTARIA DE MEDICARE. Si Usted cumple con los requisitos para Medicare, revise la “Guía sobre seguros de salud para personas con Medicare” que puede proporcionarle la compañía.

Renovación garantizada

Esta Póliza brinda cobertura médica sujeta a un pago mensual puntual por parte de la Persona asegurada. 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. La cobertura finalizará a las 12:00 a.m., **hora del Este**.

Renovación: Esta Póliza se renueva por Año calendario.

Cancelación por parte de Cigna: Podremos cancelar esta Póliza solamente en alguno de los siguientes casos:

- 1 Si Usted no paga Sus Primas en la fecha de vencimiento, con sujeción al 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 Si Usted incurrió en algún acto o práctica que constituye fraude, o hizo una tergiversación intencional de un dato sustancial conforme a los términos de la cobertura.
- 3 Si dejamos de ofrecer pólizas de este tipo a todas las personas de Su clase. En este caso, la ley de Virginia exige que cumplamos con los siguientes requisitos: (1) cursar notificación por escrito a cada Persona asegurada respecto de la interrupción de la cobertura al menos 90 días antes de la fecha de 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.
- 4 Si dejamos de ofrecer algún plan en el mercado de cobertura individual de Virginia, le notificaremos la extinción inminente de Su cobertura al menos 180 días antes de Su cancelación.
- 5 Cuando una Persona asegurada deje de vivir o trabajar en el Área de servicio.

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

Firmado en nombre de Cigna por:

Julia H. Huggins, Presidente

Anna Krishtul, Secretaria Corporativa

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SU SEGURO

Esta compañía está sujeta, en este estado de Virginia, a la reglamentación del Departamento de Seguros de la Comisión de Sociedades Anónimas del Estado (conforme al Título 38.2) y el Departamento de Salud de Virginia (conforme al Título 32.1).

Si Usted necesita comunicarse con alguien en relación con este seguro por cualquier motivo, comuníquese con Su agente. Si no participó ningún agente en la venta de este seguro, o si tiene preguntas adicionales, puede comunicarse con la compañía de seguros que emitió este seguro a la siguiente dirección y número de teléfono:

Cigna Health and Life Insurance Company (“Cigna”)
Individual Services
900 Cottage Grove Road
Bloomfield CT 06002
1.800.Cigna24 (1.800.244.6224)

Si Usted no pudo comunicarse con la compañía o el agente, o no obtuvo una respuesta satisfactoria, puede comunicarse con el Departamento de Seguros de la Comisión de Sociedades Anónimas del Estado de Virginia en:

Life and Health Division
Bureau of Insurance
P.O. Box 1157
Richmond, VA 23218
1-800-552-7945, para llamadas dentro del estado
1-877-310-6560, número gratuito nacional

Es preferible la correspondencia por escrito para que quede un registro de Su consulta. Cuando se comunique con Su agente, la compañía o el Departamento de Seguros, tenga a mano Su número de identificación de miembro.

PAGADOR DE ÚLTIMO RECURSO El Departamento de Servicios de Asistencia Médica, que administra el Programa Medicaid de Virginia, es el pagador de último recurso. Tenga en cuenta que Cigna no excluirá la inscripción de una persona ni retendrá pagos de beneficios a una Persona asegurada o a su nombre por atención médica o cuidado dental en virtud de la Póliza porque la Persona asegurada cumpla con los requisitos para recibir asistencia médica en virtud de Medicaid.

Los siguientes son avisos federales obligatorios para todos los planes que cumplen con la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Para conocer los requisitos específicos de esta Póliza respecto a los requisitos de Proveedores o Médicos de cuidado primario y Referencias, consulte la sección “Introducción”.

Acceso directo a obstetras y ginecólogos

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

Selección de un Proveedor de cuidado primario

Esta Póliza requiere o permite 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

ÍNDICE	4
INTRODUCCIÓN	7
ACERCA DE ESTA PÓLIZA.....	7
ESTA ES UNA PÓLIZA DE PROVEEDORES EXCLUSIVOS	8
ELECCIÓN DE UN MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO	8
SI NECESITA UN ESPECIALISTA	8
CAMBIO DE MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO	8
SI SU PCP ABANDONA LA RED	9
CONTINUIDAD DEL CUIDADO DE LA SALUD	9
SI ESTÁ INTERNADO EN UN HOSPITAL.....	9
EXCEPCIONES AL PROCESO DE REFERENCIA	10
REFERENCIA PERMANENTE A UN ESPECIALISTA.....	10
EXCEPCIÓN A LA RED	11
NOTA SOBRE LAS CUENTAS DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)	11
INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LOS BENEFICIOS.....	12
PROGRAMA DE AUTORIZACIÓN PREVIA	12
PROGRAMA DE BENEFICIOS	14
DEFINICIONES	27
¿QUIÉNES CUMPLEN CON LOS REQUISITOS PARA OBTENER LA COBERTURA?	41
REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD	41
¿CUÁNDO PUEDO PRESENTAR UNA SOLICITUD?	42
CAUSAS ESPECÍFICAS QUE IMPIDEN CUMPLIR CON LOS REQUISITOS PARA RECIBIR COBERTURA	45
CONTINUACIÓN	46
CÓMO FUNCIONA LA PÓLIZA	47
PROGRAMA DE BENEFICIOS	47
CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES.....	47
DEDUCIBLES	48
DESEMBOLSO MÁXIMO.....	48
LÍMITES ESPECIALES	49
BENEFICIOS INTEGRALES: COBERTURA DE LA PÓLIZA	50
SERVICIOS Y SUMINISTROS PROPORCIONADOS POR UN HOSPITAL O UN CENTRO QUIRÚRGICO INDEPENDIENTE PARA PACIENTES AMBULATORIOS	50
SERVICIOS PARA PACIENTES INTERNADOS EN OTROS CENTROS DE CUIDADO DE LA SALUD	51
SERVICIOS DE ATENCIÓN DE ENFERMOS TERMINALES	52
SERVICIOS PROFESIONALES Y OTROS SERVICIOS.....	53
CORRECCIÓN DE LA VISTA DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA O ACCIDENTE	53
CIRUGÍA	53
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA	54
LOS SERVICIOS ESTARÁN CUBIERTOS COMO CUALQUIER OTRO SERVICIO MÉDICO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA.	54
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO.....	54
RADIOTERAPIA	55
TERAPIA RESPIRATORIA	55
TERAPIA DE INFUSIÓN	55
DIÁLISIS	56
EQUIPO MÉDICO DURADERO	56
SUMINISTROS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS.....	57
APARATOS Y DISPOSITIVOS PROTÉSICOS.....	57
DISPOSITIVOS ORTOPÉDICOS	57
SERVICIOS DE AMBULANCIA	57
SERVICIOS DE HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN	58
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN CARDÍACA Y PULMONAR	58

SERVICIOS DE SALUD MENTAL (INCLUIDOS LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS) Y PARA TRASTORNOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS	59
CUIDADO PARA EL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD	59
TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD	61
HOSPITALIZACIÓN POR HISTERECTOMÍA.....	61
SERVICIOS DE CUIDADO PREVENTIVO.....	61
CUIDADO PREVENTIVO PARA MUJERES	62
CUIDADO PREVENTIVO PARA ADULTOS	64
PRUEBAS GENÉTICAS.....	65
SERVICIOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA	65
CIRCUNCISIÓN	65
DEFECTOS CONGÉNITOS Y ANOMALÍAS DE NACIMIENTO PARA RECIÉN NACIDOS.....	66
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA	66
TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS Y CUIDADOS ESPECIALIZADOS RELACIONADOS	66
TRATAMIENTO DE LA DIABETES	68
TRATAMIENTO RECIBIDO DE PROVEEDORES EN PAÍS EXTRANJERO	68
CIGNA TELEHEALTH CONNECTION.....	69
SERVICIOS DE TELEMEDICINA	69
SERVICIOS DE CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR.....	70
DEJAR DE FUMAR.....	70
MASTECTOMÍA Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS.....	70
CUIDADO DENTAL.....	71
COBERTURA DENTAL PARA TRATAMIENTOS MÉDICOS	71
HOSPITALIZACIÓN Y ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES.....	71
TRATAMIENTO PARA LA DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (TMJ) Y LOS TRASTORNOS CRANEO-MANDIBULARES.....	72
PROCEDIMIENTOS QUE INVOLUCRAN LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES DE LA CABEZA, EL CUELLO, LA CARA O LA MANDÍBULA.....	72
CIRUGÍA BUCAL.....	72
APARATOS Y DISPOSITIVOS PROTÉSICOS EXTERNOS.....	73
FÓRMULAS NUTRICIONALES: FÓRMULA ELEMENTAL BASADA EN AMINOÁCIDOS O METABOLISMO DE ÁCIDOS ORGÁNICOS, ANOMALÍA METABÓLICA O ALERGIA GRAVE A LA SOJA O A LAS PROTEÍNAS.....	74
PRUEBAS Y TRATAMIENTOS RELACIONADOS CON EL SUEÑO.....	74
ESTUDIOS CLÍNICOS	74
HEMOFILIA Y TRASTORNO HEMORRÁGICO CONGÉNITO	76
MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER.....	76
MEDICAMENTOS CONTRA EL CÁNCER DE ADMINISTRACIÓN POR VÍA ORAL.....	76
MEDICAMENTOS NO APROBADOS Y MEDICAMENTOS PARA EL CÁNCER.....	76
PAGO AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA DE VIRGINIA	77
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES: LO QUE ESTA PÓLIZA NO CUBRE	78
SERVICIOS EXCLUIDOS.....	78
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	84
PAGOS DE FARMACIA.....	84
MEDICAMENTOS CON RECETA CUBIERTOS EN VIRTUD DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS	84
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS INYECTABLES AUTOADMINISTRADOS Y MEDICAMENTOS PARA INFUSIÓN E INYECTABLES	84
ADMINISTRACIÓN DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CON RECETA.....	85
PATIENT ASSURANCE PROGRAM	86
GASTOS CUBIERTOS.....	86
ACCESO A FARMACIAS MINORISTAS PARTICIPANTES	87
POSIBILIDAD DE ELEGIR UNA FARMACIA	87
LO QUE ESTÁ CUBIERTO	87
CONDICIONES DEL SERVICIO	88
EXCLUSIONES	88
LIMITACIONES.....	90
SINCRONIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS	90
PROCESO DE AUTORIZACIÓN PREVIA, EXCEPCIÓN Y APELACIÓN PARA MEDICAMENTOS CON RECETA Y SUMINISTROS RELACIONADOS.....	91

COBERTURA DE MEDICAMENTOS NUEVOS.....	92
REEMBOLSO/PRESENTACIÓN DE RECLAMOS	93
RECLAMOS Y SERVICIO AL CLIENTE.....	93
BENEFICIOS DE CUIDADO DE LA VISTA PEDIÁTRICO BRINDADO POR UN OFTALMÓLOGO U OPTOMETRISTA	94
BENEFICIOS DE LA VISTA PEDIÁTRICOS.....	94
DEFINICIONES.....	94
BENEFICIOS CUBIERTOS.....	94
EXCLUSIONES	95
PROVEEDORES DE CIGNA VISION	96
REEMBOLSO/PRESENTACIÓN DE RECLAMOS	96
DISPOSICIONES GENERALES	97
DISPOSICIÓN SOBRE ALTERNATIVA DE CONTENCIÓN DE COSTOS	97
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	97
QUÉ HACER CUANDO TENGA ALGUNA QUEJA O APELACIÓN.....	99
TÉRMINOS DE LA PÓLIZA.....	105
OTROS SEGUROS CON ESTA ASEGURADORA	110
CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO DE BENEFICIOS	110
PROCEDIMIENTOS DE DETERMINACIÓN DE RECLAMOS.....	111
PRIMAS	114

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 el Intercambio 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.

En contraprestación por el pago de las Primas que se establecen en esta Póliza, les brindaremos a Usted y a los Miembros de Su familia que tengan cobertura en virtud de la Póliza los servicios y beneficios que aquí se enumeran.

SI, EN EL TÉRMINO DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE SU PARTICIPACIÓN EN LA PÓLIZA, DESCUBRIMOS UN ACTO, UNA PRÁCTICA O UNA OMISIÓN QUE CONSTITUYEN FRAUDE, O LA TERGIVERSACIÓN INTENCIONAL DE INFORMACIÓN SUSTANCIAL, PODREMOS RESCINDIR ESTA COBERTURA A PARTIR DE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR ORIGINAL. ADEMÁS, SI EN EL TÉRMINO DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA INCORPORACIÓN DE NUEVOS MIEMBROS DE SU FAMILIA (SALVO HIJOS RECIÉN NACIDOS DE LA PERSONA ASEGURADA QUE HAYAN SIDO INCORPORADOS DENTRO DE LOS 31 DÍAS A PARTIR DEL NACIMIENTO), DESCUBRIMOS UN ACTO, UNA PRÁCTICA O UNA OMISIÓN QUE CONSTITUYEN FRAUDE, O LA TERGIVERSACIÓN INTENCIONAL DE INFORMACIÓN SUSTANCIAL, 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). SI RESCINDIMOS SU COBERTURA, LE PROPORCIONAREMOS UNA NOTIFICACIÓN ESCRITA O ELECTRÓNICA CON 30 DÍAS DE ANTICIPACIÓN.

La notificación debe contener, como mínimo:

1. IDENTIFICACIÓN CLARA DEL SUPUESTO ACTO, PRÁCTICA U OMISIÓN FRAUDULENTOS, O DE LA TERGIVERSACIÓN INTENCIONAL DE INFORMACIÓN SUSTANCIAL;
2. UNA EXPLICACIÓN DE POR QUÉ EL ACTO, LA PRÁCTICA O LA OMISIÓN FUERON FRAUDULENTOS, O CONSTITUYERON UNA TERGIVERSACIÓN INTENCIONAL DE INFORMACIÓN SUSTANCIAL;
3. UN AVISO DE QUE LA PERSONA ASEGURADA O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO PODRÁN, PREVIO A LA FECHA EN QUE FINALICE LA NOTIFICACIÓN ANTICIPADA DE LA RESCISIÓN PROPUESTA, PRESENTAR INMEDIATAMENTE UNA APELACIÓN INTERNA PARA SOLICITAR UNA RECONSIDERACIÓN DE LA RESCISIÓN;
4. UNA DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE APELACIÓN INTERNO DEL PROVEEDOR PARA LAS RESCISIONES, INCLUIDOS LOS PLAZOS APLICABLES A ESOS PROCEDIMIENTOS; Y
5. LA FECHA EN QUE FINALIZA LA NOTIFICACIÓN ANTICIPADA Y LA FECHA EN QUE SE RESCINDIRÁ LA COBERTURA EN FORMA RETROACTIVA.

REEMBOLSAREMOS TODAS LAS PRIMAS QUE HAYA PAGADO POR SU PÓLIZA MENOS LA CANTIDAD DE LOS RECLAMOS PAGADOS 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 VAINDEPO042019-HIX

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. Sin embargo, los servicios que no sean de emergencia prestados por un Proveedor no participante no están cubiertos por esta Póliza, salvo según lo establecido en las disposiciones “Circunstancias especiales” y “Excepción de la red” de esta Póliza.

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 Afección médica de emergencia, 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, disponible en cigna.com/ifp-providers, inicie sesión 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 (Participante) o para solicitar que se le envíe por correo una copia impresa del Directorio de proveedores.

Elección de un Médico de cuidado primario

Un Médico de cuidado primario puede cumplir un rol importante en lo que hace a satisfacer Sus 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, por sus siglas en inglés). Su PCP le proporcionará Su atención médica regular y ayudará a coordinar los cuidados que reciba. Puede seleccionar 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 Connect 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. Tenga en cuenta que hay excepciones que no requieren una Referencia de Su PCP, que se detallan en la sección titulada “Excepciones al proceso de Referencia”. 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 en que podrá cambiar de PCP durante un Año. Para solicitar un cambio de un Médico de cuidado primario a otro, ingrese en mycigna.com, haga clic en *Manage My Health Team* (Administrar mi equipo de salud), luego en *Additional info on PCP selection* (Información adicional sobre la selección 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.

Continuidad del cuidado de la salud

Si Su PCP o especialista deja de ser un Médico participante, salvo cuando se ponga fin a su participación en la red de esta Póliza con causa, permitiremos que el Proveedor brinde servicios de cuidado de la salud por un período de al menos 90 días a cualquier miembro que:

- Estaba recibiendo tratamiento activo del Proveedor antes de la notificación de finalización; y
- Solicite seguir recibiendo servicios de cuidado de la salud del Proveedor.

Además, Cigna permitirá que cualquier proveedor que deje de ser un Médico participante, salvo cuando se ponga fin a su participación en la red de esta Póliza con causa, continúe brindando servicios de salud a cualquier miembro que

- haya ingresado en el segundo trimestre de embarazo cuando finalice la participación del Proveedor. Dicho tratamiento, a opción del miembro, continuará hasta la prestación del cuidado posparto que esté directamente relacionado con el parto; o
- se determine que tiene una enfermedad terminal (según lo definido en el artículo 1861 (dd)(3)(A) de la Ley del Seguro Social cuando finalice la participación del Proveedor. Dicho tratamiento, a opción del miembro, continuará durante el resto de la vida del miembro para los cuidados que estén directamente relacionados con el tratamiento de la enfermedad terminal.

Reembolsaremos a un Proveedor por la continuidad de la cobertura de conformidad con el acuerdo que el Proveedor tenía con Nosotros inmediatamente antes de que finalizara la participación del Proveedor.

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 una 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 Su Médico a cargo, determina que dicho 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. Tenga en cuenta que esto está sujeto a todas las disposiciones de esta Póliza, incluido el derecho de apelar cualquier denegación de cobertura en virtud de esta sección. Para obtener información, consulte “Qué hacer cuando tenga alguna queja o apelación” en la sección de la Póliza titulada “Disposiciones generales”. Para obtener información sobre los procedimientos de reclamo, consulte “Cómo presentar un reclamo de beneficios” en la sección de la Póliza titulada “Disposiciones generales”.

Excepciones al proceso de Referencia

Usted puede obtener determinados servicios de los Proveedores participantes y Servicios de emergencia sin una Referencia de Su PCP. Los siguientes servicios están exceptuados del proceso de Referencia:

- Servicios de emergencia

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 para un centro de Cuidado de urgencia participante, pero, cuando sea posible, Usted debe comunicarse con Su PCP para obtener instrucciones antes de recibir servicios.
- Si Usted es una Persona asegurada de sexo femenino, no necesita una Referencia o autorización de Su PCP para obtener acceso a cuidado obstétrico o ginecológico de un Proveedor participante que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el Proveedor de cuidado obstétrico/ginecológico 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 Proveedores 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.
- Si Usted es una Persona asegurada menor de 19 años, Usted no necesita una Referencia de Su PCP para visitar a un Proveedor de la red de cuidado de la vista de Cigna para recibir Servicios de la vista pediátricos.
- Usted no necesita una Referencia de Su PCP para los servicios de cuidado preventivo.
- Tampoco necesita una Referencia de Su PCP para hacer una visita Virtual a un Médico del Programa Telehealth Connection.

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 Usted tiene una enfermedad o afección con riesgo de vida, degenerativa, crónica o discapacitante; y requiere atención médica especializada durante un período prolongado, o le diagnostican cáncer;
- 3 Una Referencia permanente a un Médico certificado en manejo del dolor u oncólogo que esté autorizado a brindar servicios en virtud de esta Póliza y que Usted haya elegido si le diagnostican cáncer;
- 4 Su PCP, junto con un especialista Dentro de la red, determina que Su cuidado requiere de los conocimientos de otro Proveedor;
- 5 Su PCP determina que Su enfermedad o afección requerirán atención médica continua por un período prolongado;
- 6 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
- 7 El especialista Dentro de la red cuenta con la autorización de Cigna para prestar los servicios en virtud de la Referencia permanente.

Una Referencia permanente estará vigente mientras dure el tratamiento. 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 se va de la red de Cigna, la Referencia permanente queda sujeta a la disposición sobre Continuidad del cuidado de la salud precedente. Si Usted deja de ser una Persona asegurada, la Referencia permanente vence.

Excepción a la red

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.

Nota: Si utiliza los servicios de un Proveedor no participante por cualquiera de los motivos detallados anteriormente, tenga en cuenta que Usted tiene la responsabilidad de obtener cualquier Autorización previa que se requiera para recibir los servicios que presta el Proveedor.

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

Cigna ofrece algunos planes que tienen el objetivo de reunir los requisitos para ser considerados “planes de salud con deducible alto” (según se definen en el artículo 223(c)(2), título 26 del Código de los Estados Unidos (U.S.C. por sus siglas en inglés)). Los planes que cumplen con los requisitos para ser considerados planes de salud con deducible alto, si Usted es una “persona que cumple con los requisitos” (según se define en el artículo 223(c)(1), título 26 del Código de los Estados Unidos), pueden permitirle aprovechar los beneficios vinculados con el impuesto sobre el ingreso que se encuentran disponibles cuando Usted abre una Cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés) y utiliza el dinero que deposita en la HSA para pagar los gastos médicos calificados, conforme lo autoriza la legislación federal en materia de impuestos.

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

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. Tenga en cuenta que: Un Proveedor participante es responsable de obtener la Autorización previa.

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. Tenga en cuenta que: Un Proveedor participante es responsable de obtener la Autorización previa.

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 previa 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 previa, Usted puede:

- llamar a Cigna al número que aparece en la parte de atrás de Su tarjeta de identificación o
- iniciar sesión en <http://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 usar Proveedores específicos aprobados por Cigna para ese servicio o tratamiento en particular, y no tendrá cobertura si los recibe de otro Proveedor, independientemente de que participen o no en la red.

PROGRAMA DE BENEFICIOS

A continuación, se proporciona el Programa de beneficios de la Póliza de Cigna Connect 3550-2, 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.

Tenga en cuenta que, además de las cantidades de Costo compartido que se muestran abajo, es posible que los Proveedores no participantes le facturen las cantidades que superen el Cargo máximo reembolsable según lo definido en esta Póliza.

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS	PROVEEDOR PARTICIPANTE (En función de la Tarifa negociada) por Gastos cubiertos USTED PAGA
Nota: Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.	
Beneficios médicos	
Deducible	USTED PAGA:
Individual	Deducible \$3,550
Grupo familiar Nota: Ninguna persona de un Grupo familiar será responsable por más que la cantidad Individual. El deducible se aplica, salvo que específicamente se disponga lo contrario.	\$7,100
Coseguro	USTED PAGA: Usted y los Miembros de Su familia pagan el 25% de los Cargos después del Deducible.
Desembolso máximo	USTED PAGA:
Individual	\$6,500
Grupo familiar Nota: Ninguna persona de un Grupo familiar será responsable por más que la cantidad Individual. Los servicios que superen los Máximos de la Póliza no se aplican al Desembolso máximo.	\$13,000

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>Programa de autorización previa Autorización previa – Servicios para pacientes internados</p> <p>Autorización previa – Servicios para pacientes ambulatorios</p> <p>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 <i>Coverage</i> (Cobertura), seleccionando luego <i>Medical</i> (Beneficios médicos).</p>	<p>Su Proveedor participante debe obtener la aprobación para las admisiones de pacientes internados. Los servicios que no cuenten con la Referencia requerida no estarán cubiertos.</p> <p>Su Proveedor participante debe obtener la aprobación para determinados procedimientos y servicios para pacientes ambulatorios. Los servicios que no cuenten con la Referencia requerida no estarán cubiertos.</p>
<p>Todos los Servicios de cuidado preventivo para pacientes sanos</p> <p>Consulte la sección “Beneficios integrales: cobertura de la Póliza” de esta Póliza para obtener más detalles.</p> <p>Nota: La esterilización voluntaria para hombres está cubierta al nivel de beneficios regulares.</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>0%, no se aplica el Deducible</p>
<p>Dejar de fumar</p> <p>Tratamiento médico Un máximo de 2 intentos de dejar de fumar por año (incluye asesoría, consulte la definición de “Dejar de fumar”)</p> <p>(Los Medicamentos con receta para dejar de fumar están cubiertos en virtud del beneficio de Medicamentos con receta)</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>0%, no se aplica el Deducible</p>
<p>Servicios del programa de intervención temprana</p> <ul style="list-style-type: none"> * No se aplica ningún límite en dólares * No hay límites de visitas para Fisioterapia, Terapia ocupacional o Terapia del habla 	<p>USTED PAGA:</p> <p>Se aplica un Copago o Coseguro por el beneficio específico proporcionado</p>
<p>Beneficios de la vista pediátricos Consulte la sección “Beneficios cubiertos” para obtener más detalles.</p> <p>Cuidado de la vista pediátrico prestado por un Oftalmólogo u Optometrista</p>	<p>USTED PAGA:</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**

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

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

Examen de la vista completo

Limitado a un examen por año

0% por examen, no se aplica el Deducible

Anteojos para niños**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

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

0% por par, no se aplica el Deducible

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

0% por suministro, no se aplica el Deducible

Servicios para personas con poca visión

Los elementos de asistencia y servicios profesionales complementarios para personas con poca visión se cubren por completo una vez cada 12 meses.

0% por par, no se aplica el Deducible

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

Servicios del médico**USTED PAGA:****Visita al consultorio/Visita a domicilio-**

Médico de cuidado primario (PCP) Nota: Se exige un PCP

Copago de \$15 por visita al consultorio/visita a domicilio;
no se aplica el Deducible

Clínicas de salud minoristas

Se aplica el Copago o Coseguro para 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
Servicios de Cigna Telehealth Connection <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 para Medicamentos con receta.</p>	USTED PAGA: Copago de \$0 por visita Virtual; No se aplica el deducible
Servicio de telemedicina	USTED PAGA: El mismo nivel de beneficios que correspondería si el servicio se prestara en persona
Especialista (incluidos servicios de consulta, Referencia y segunda opinión) Nota: Se exige la Referencia del PCP y/o la Autorización del Plan	USTED PAGA: 25%
Servicios médicos, continuación Cirugía en el consultorio del Médico (Los servicios incluyen los suministros Medicamento necesarios, incluidas agujas, jeringas, vendajes quirúrgicos y férulas). Honorarios profesionales para pacientes ambulatorios por Cirugía (incluye cirugía, anestesia, procedimientos de diagnóstico, diálisis y radioterapia). (Los servicios incluyen los suministros Medicamento necesarios, incluidas agujas hipodérmicas, jeringas, vendajes quirúrgicos y férulas). Cirugía, anestesia, radioterapia y quimioterapia para pacientes internados (Los servicios incluyen los suministros Medicamento necesarios, incluidas agujas, jeringas, vendajes quirúrgicos y férulas). Visitas hospitalarias (Los servicios incluyen los suministros Medicamento necesarios, incluidas agujas, jeringas, vendajes quirúrgicos y férulas). Pruebas y tratamiento/inyecciones para alergias (Los servicios incluyen los suministros Medicamento necesarios, incluidas agujas, jeringas, vendajes quirúrgicos y férulas).	USTED PAGA: 25% 25% 25% 25% 25%
Asesoramiento nutricional	USTED PAGA: 25%

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 hospitalarios Servicios hospitalarios para pacientes internados Cargos del centro Honorarios profesionales Admisiones de emergencia	USTED PAGA: 25% 25% Los beneficios se muestran en el programa de beneficios de Servicios de emergencia, en la página 23
Servicios en centro para pacientes ambulatorios Incluyen Centros de diagnóstico y Centros quirúrgicos independientes para pacientes ambulatorios, y Centros hospitalarios para pacientes ambulatorios. (Los servicios incluyen los suministros Médicamente necesarios, incluidas agujas, jeringas, vendajes quirúrgicos y férulas).	USTED PAGA: 25%
Imágenes radiológicas avanzadas (incluye resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés), angiografías por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), tomografías computarizadas (CT, por sus siglas en inglés) y tomografías por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés)) Cargos del centro y por la interpretación.	USTED PAGA: 25%
Todos los demás Servicios de laboratorio y radiología Cargos del centro y por la interpretación. Consultorio del médico Centro de radiografías o laboratorio independiente Servicios de laboratorio o radiografías en un hospital para pacientes ambulatorios	USTED PAGA: 25% 25% 25%

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 rehabilitación (Los servicios incluyen los suministros Médicamente necesarios, incluidas agujas, jeringas, vendajes quirúrgicos y férulas).</p> <p>Fisioterapia y terapia ocupacional Máximo de 30 visitas por Persona asegurada, por año calendario combinado.</p> <p>Servicios de terapia del habla y patología del habla-del lenguaje (SLP, por sus siglas en inglés) Máximo de 30 visitas por Persona asegurada, por Año calendario combinado.</p> <p>Atención quiropráctica, terapia osteopática y tratamiento de manipulación de la columna vertebral Máximo de 30 visitas por Persona asegurada, por Año calendario combinado.</p> <p>Nota: Los límites de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla no se aplican cuando estos servicios son proporcionados como parte del beneficio de Atención de enfermos terminales.</p> <p>Nota: Los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla o rehabilitación cardíaca brindados en el hogar se aplicarán al límite de visitas de Cuidado de la salud en el hogar, en lugar de los límites de servicios de Terapia de rehabilitación o habilitación.</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>25%</p> <p>25%</p> <p>25%</p>
<p>Servicios de habilitación (Los servicios incluyen los suministros Médicamente necesarios, incluidas agujas, jeringas, vendajes quirúrgicos y férulas).</p> <p>Fisioterapia y terapia ocupacional Máximo de 30 visitas por Persona asegurada, por año calendario combinado.</p> <p>Servicios de terapia del habla y patología del habla-del lenguaje (SLP) Máximo de 30 visitas por Persona asegurada, por Año calendario combinado.</p> <p>Atención quiropráctica, terapia osteopática y tratamiento de manipulación de la columna vertebral Máximo de 30 visitas por Persona asegurada, por Año calendario combinado.</p> <p>Nota: Los límites de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla no se aplican cuando estos servicios son proporcionados como parte del beneficio de Atención de enfermos terminales.</p> <p>Nota: Los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla o rehabilitación cardíaca brindados en el hogar se aplicarán al límite de visitas de Cuidado de la salud en el hogar, en lugar de los límites de servicios de Terapia de rehabilitación o habilitación.</p> <p>Nota: El máximo no se aplica a los servicios por el tratamiento de Trastornos de salud mental.</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>25%</p> <p>25%</p> <p>25%</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
Rehabilitación cardíaca Los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla o rehabilitación cardíaca brindados en el hogar se aplicarán al límite de visitas de Cuidado de la salud en el hogar, en lugar de los límites de servicios de Terapia de rehabilitación o habilitación.	USTED PAGA: 25%
Rehabilitación pulmonar Ilimitado	USTED PAGA: 25%
Tratamiento de la Disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ/TMD, por sus siglas en inglés)	USTED PAGA: 25%
Servicios de anticonceptivos para mujeres, planificación familiar y esterilización voluntaria y reversión de la esterilización no voluntaria resultante de una Enfermedad o Lesión	USTED PAGA: \$0, no se aplica el Deducible
Esterilización masculina y reversión de la esterilización no voluntaria resultante de una Enfermedad o Lesión	USTED PAGA: Se aplica un Copago o Coseguro por el beneficio específico proporcionado
Maternidad (embarazo y parto)/complicaciones del embarazo/interrupción del embarazo (cuando la vida de la madre está en peligro por un trastorno físico, una enfermedad física o una lesión física, incluida una afección física que pone en riesgo la vida provocada por el embarazo mismo o como resultado de él, o cuando el embarazo es el resultado de un supuesto acto de violación o incesto) Visita inicial al consultorio para confirmar el embarazo y visitas prenatales subsiguientes facturadas por separado de la tarifa "global" Servicios prenatales, posnatales y parto (facturados como una tarifa "global") Pruebas o tratamientos prenatales facturados por separado de la tarifa "global" Visita o tratamiento posnatales facturados por separado de la tarifa "global" Cargos del Hospital por el parto (incluye la anestesia relacionada con el parto)	USTED PAGA: Se aplica el beneficio de Visita al consultorio del PCP o Especialista 25% Se aplica un Copago o Coseguro por el servicio específico proporcionado Se aplica un Copago o Coseguro por el servicio específico proporcionado Se aplica el beneficio de Servicios hospitalarios para pacientes internados
Servicios para pacientes internados en Otros centros de cuidado de la salud (Los servicios incluyen los suministros Médicamente necesarios, incluidas agujas, jeringas, vendajes quirúrgicos y férulas). Incluye Centros de cuidados especiales, Hospitales de rehabilitación y Centros de cuidados subagudos Máximo de 100 días por estadía.	USTED PAGA: 25%

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 de cuidado de la salud en el hogar (Los servicios incluyen los suministros Medicamente necesarios, incluidas agujas, jeringas, vendajes quirúrgicos y férulas). Máximo de 100 visitas por Persona asegurada, por Año calendario, pero no se aplica a la terapia de infusión en el hogar ni la diálisis a domicilio. Máximo de 16 horas por día Máximo de 8 visitas por día Nota: Los servicios de enfermería privada se limitan a 16 horas por año.	USTED PAGA: 25%
Equipo médico duradero	USTED PAGA: 25%
Prótesis y aparatos ortopédicos	USTED PAGA: 25%
Atención de enfermos terminales (Los servicios incluyen los suministros Medicamente necesarios, incluidas agujas, jeringas, vendajes quirúrgicos y férulas). En el hogar Pacientes hospitalizados Pacientes ambulatorios	USTED PAGA: 25% 25% 25%
Diálisis (incluye los suministros Medicamente necesarios, como las agujas hipodérmicas y las jeringas) En el hogar Pacientes hospitalizados Pacientes ambulatorios	USTED PAGA: 25% 25% 25%
Salud mental Pacientes internados (incluye el tratamiento residencial y agudo) Pacientes ambulatorios (incluye tratamiento individual, grupal, intensivo para pacientes ambulatorios y hospitalización parcial) Visitas al consultorio Todos los demás servicios para pacientes ambulatorios	USTED PAGA: 25% 25% 25%

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
Trastorno de consumo de sustancias Desintoxicación/Rehabilitación para pacientes internados (incluye el tratamiento residencial y agudo) Pacientes ambulatorios (incluye tratamiento individual, grupal, intensivo para pacientes ambulatorios y hospitalización parcial) Visitas al consultorio Todos los demás servicios para pacientes ambulatorios	USTED PAGA: 25% 25% 25%
Trasplantes de órganos y tejidos (Nota: Los dispositivos de asistencia ventricular solo se cubren en un centro de LifeSOURCE . Consulte los detalles de los beneficios en “Beneficios integrales: cobertura de la Póliza” para conocer los procedimientos cubiertos y otros límites a los beneficios que puedan aplicarse). Centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network® Beneficio de viaje (disponible únicamente a través de un Centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network®) Centro participante que no sea de LifeSOURCE contratado específicamente para proporcionar Servicios de trasplante Centro participante que NO sea contratado específicamente para proporcionar Servicios de trasplante	USTED PAGA: 0% 0% 25% Sin cobertura
Servicios de dispositivo de asistencia ventricular Centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network® Centro que no sea de LifeSOURCE (participante o no participante)	USTED PAGA: 0% Sin cobertura
Medicamentos para infusión e inyectables, y servicios o suministros relacionados Administrados por un profesional médico en un consultorio o en un centro para pacientes ambulatorios	USTED PAGA: 25%
Cuidado dental (que no sea pediátrico) Limitado al tratamiento de lesiones accidentales de los dientes naturales en el término de 12 meses de producida la lesión accidental	USTED PAGA: 25%

Servicios de emergencia Esta Póliza cubre los Servicios de emergencia y de Proveedores dentro y fuera de la red; 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 Cigna para Servicios cubiertos	Lo que paga Usted Para proveedores no participantes en función del Cargo máximo reembolsable para Servicios cubiertos
	Tenga en cuenta que: Además de las cantidades de costo compartido que se muestran debajo, Usted debe pagar: todos los Cargos que no sean Gastos cubiertos.	Tenga en cuenta que: Además de las cantidades de costo compartido que se muestran debajo, Usted debe pagar: todos los Cargos que no sean Gastos cubiertos. Esto incluye todos los Cargos por Servicios cubiertos que superan los Cargos máximos reembolsables.
Servicios de emergencia Sala de emergencias del Hospital Afección médica de emergencia Afección médica que no es de emergencia Centro de cuidado de urgencia Afección médica de emergencia Afección médica que no es de emergencia Servicios de ambulancia Cobertura para el transporte Médicamente necesario al centro más cercano capaz de tratar la Afección médica de emergencia. Transporte de emergencia	<p style="text-align: center;">45%</p> <p>No tiene cobertura (Usted paga el 100% de los Cargos)</p> <p style="text-align: center;">Copago de \$30, no se aplica el Deducible</p> <p style="text-align: center;">Copago de \$30, no se aplica el Deducible</p> <p style="text-align: center;">25% para transporte terrestre, aéreo o marítimo</p>	<p style="text-align: center;">45%; más la diferencia entre el Cargo máximo reembolsable de Cigna y lo que cobró el Proveedor</p> <p style="text-align: center;">No tiene cobertura (Usted paga el 100% de los Cargos)</p> <p style="text-align: center;">Copago de \$30, más la diferencia entre el Cargo máximo reembolsable de Cigna y lo que cobró el Proveedor</p> <p style="text-align: center;">No tiene cobertura (Usted paga el 100% de los Cargos)</p> <p style="text-align: center;">25% para transporte terrestre, aéreo y marítimo, más la diferencia entre el Cargo máximo reembolsable de Cigna y lo que cobró el Proveedor</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS	FARMACIA MINORISTA USTED PAGA	FARMACIA DE ENTREGA A DOMICILIO EXPRESS SCRIPTS USTED PAGA
USTED DEBERÁ PAGAR LAS CANTIDADES QUE SE MUESTRAN DESPUÉS DE ALCANZAR CUALQUIER DEDUCIBLE APLICABLE		
Beneficios de Medicamentos con receta		
<p>Nota: Puede obtener un suministro para 30 días de cualquier Medicamento con receta o 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 para 90 días o a través de la farmacia de entrega a domicilio Express Scripts.</p> <p>En el caso de que Usted solicite un Medicamento de marca que tenga un equivalente Genérico, Usted deberá pagar la diferencia de costo entre el Medicamento de marca y el Medicamento genérico, más el Copago o Coseguro para Medicamentos genéricos indicado en este Programa de beneficios.</p>		
Se aplica el Deducible a los Medicamentos con receta		
	Programa de medicamentos para farmacias minoristas de Cigna USTED PAGA POR RECETA O RENOVACIÓN:	Programa de medicamentos de la farmacia de entrega a domicilio Express Scripts USTED PAGA POR RECETA O RENOVACIÓN:
Nivel 1: Este nivel generalmente incluye Medicamentos genéricos preferidos. Estos medicamentos tienen la misma concentración y los mismos ingredientes activos que los Medicamentos de marca, pero suelen costar mucho menos. Los Medicamentos genéricos preferidos están cubiertos con el Costo compartido más bajo del plan.	<p style="text-align: center;">Copago de \$4 por Receta o renovación; no se aplica el Deducible</p> <p style="text-align: center;">Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista para 90 días</p> <p style="text-align: center;">Usted paga un Copago por cada suministro para 30 días</p>	<p style="text-align: center;">Copago de \$12 por Receta o renovación; no se aplica el Deducible</p> <p style="text-align: center;">Suministro máximo para hasta 90 días</p>
Nivel 2: Este nivel generalmente incluye la mayoría de los Medicamentos genéricos y algunos Medicamentos de marca de bajo costo. Los Medicamentos genéricos tienen la misma concentración y los mismos ingredientes activos que los Medicamentos de marca, pero suelen costar mucho menos.	<p style="text-align: center;">Copago de \$20 por Receta o renovación; no se aplica el Deducible</p> <p style="text-align: center;">Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista para 90 días</p> <p style="text-align: center;">Usted paga un Copago por cada suministro para 30 días</p>	<p style="text-align: center;">Copago de \$60 por Receta o renovación; no se aplica el Deducible</p> <p style="text-align: center;">Suministro máximo para hasta 90 días</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS	FARMACIA MINORISTA USTED PAGA	FARMACIA DE ENTREGA A DOMICILIO EXPRESS SCRIPTS USTED PAGA
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 \$60 por Receta o renovación; no se aplica el Deducible</p> <p>Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista para 90 días</p> <p>Usted paga un Copago por cada suministro para 30 días</p>	<p>Copago de \$180 por Receta o renovación; no se aplica el Deducible</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 para 90 días</p>	<p>50% por Receta o renovación</p> <p>Suministro máximo para hasta 90 días</p>
<p>Nivel 5: Este nivel generalmente incluye Medicamentos de especialidad y Medicamentos genéricos y de marca de alto costo.</p>	<p>50% por Receta o renovación</p> <p>Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 30 días en una Farmacia minorista para 90 días</p>	<p>50% 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 disponible; y • una receta para un suministro para 12 meses de anticonceptivos hormonales debe cubrirse cuando se despacha o entrega en una sola vez; 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 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 para 90 días es una Farmacia minorista participante que brinda todos los Servicios cubiertos que brinda cualquier otra Farmacia minorista participante y también, 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 específicos. Tenga en cuenta que no todas las Farmacias participantes son Farmacias minoristas para 90 días; sin embargo, todas las Farmacias participantes pueden brindar un suministro para 30 días de los Medicamentos con receta o Suministros relacionados.

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

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

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.

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

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, en forma directa o indirecta, por una cantidad diferente, inclusive cuando Cigna haya celebrado contratos, en forma directa o indirecta, con una entidad para coordinar la prestación de Servicios cubiertos a través de contratos con 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 del plan 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.

Servicios cubiertos son servicios o suministros Médicamente necesarios que:

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

Cuidados de custodia 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 hipodérmicas, 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.

Pareja de hecho significa una persona del mismo sexo o del sexo opuesto respecto de la cual todas estas afirmaciones son ciertas:

- es la única Pareja de hecho del Titular de la póliza desde hace doce (12) meses o más;
- es mentalmente competente;
- el Titular de la póliza y la Pareja de hecho no están relacionados de ningún modo (lo que incluye por adopción o vínculo de sangre) que les impediría casarse en virtud de la ley *estatal*;
- no está casada ni separada de ninguna otra persona; y
- tiene interdependencia financiera con el Titular de la póliza.

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, nebulizadores, muletas, andadores, equipos de tracción, camas hospitalarias, sillas de ruedas, respiradores y equipos de diálisis.

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

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

- 1) pondría en grave riesgo la salud mental o física de la persona; o
- 2) 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); o
- 3) podría causar un deterioro grave de las funciones corporales; o
- 4) podría ocasionar una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

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

Beneficios de salud esenciales: 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 estudios clínicos 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;
- 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, Pareja de hecho, 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 o 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 Medicamentos con receta cubiertos recibidos de Proveedores participantes correspondientes a Gastos cubiertos incurridos durante el resto de ese Año. 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 anestesiólogos 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 con receta (o Genérico) significa un equivalente farmacéutico de uno o más Medicamentos de marca, y debe contar con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos, que indicará que cumple con los mismos estándares de seguridad, pureza, concentración y efectividad que el Medicamento de marca.

Servicios de habilitación son servicios de cuidado de la salud que le ayudan a conservar, aprender o mejorar las habilidades y funciones para la vida cotidiana. Algunos ejemplos incluyen la terapia para un niño que no camina o habla a la edad que se espera que lo haga. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y del lenguaje, dispositivos médicos y otros servicios para las personas con discapacidades en diversos entornos para pacientes internados y/o ambulatorios.

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 paliativos y de apoyo, de enfermería o médicos, y otros servicios de salud mediante el cuidado de pacientes en el hogar o internados; y un programa para las Personas aseguradas que tienen una Enfermedad terminal y para las familias de esas Personas aseguradas.

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:

- opera conforme a la ley y tiene licencia como Hospital,
- se dedica principalmente y en forma continua a brindar u operar, ya sea en sus propias instalaciones o en centros disponibles para el Hospital a través de convenios previos y bajo la supervisión de un personal de Médicos con licencia, centros médicos, de diagnóstico y para cirugías importantes para la atención y el tratamiento médicos de personas enfermas o lesionadas internadas, por lo cual cobra un cargo; y
- brinda servicios de enfermería las 24 horas del día, prestados por una enfermera profesional titulada registrada (RN, por sus siglas en inglés) o bajo su supervisión.

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. El término Hospital tampoco incluye los hogares de convalecencia, los centros de convalecencia, de reposo o de enfermería, ni los establecimientos o centros principalmente orientados a los ancianos, los drogadictos, los alcohólicos y los que brindan principalmente Cuidados de custodia o educativos, o cuidados de rehabilitación.

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

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, tanto médicos como 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 cubiertos médicos o de Medicamentos con receta correspondientes a Gastos cubiertos incurridos durante el resto de ese Año. 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 cualquier daño físico al cuerpo.

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, con respecto a Virginia, significa el Mercado dirigido federalmente.

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 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, según se describe a continuación en “Para Gastos cubiertos por Servicios que no son de emergencia”, o
 - La cantidad pagadera en virtud del programa Medicare, en ningún caso menor que la cantidad que se pagaría conforme a 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, pero en ningún caso menor que la cantidad que se pagaría conforme a Medicare.

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.

Los servicios y suministros cubiertos **Médicamente necesarios o Dentalmente necesarios** son aquellos que se determine que:

- son requeridos para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, lesión, dolencia o sus síntomas;
- cumplen con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica;
- son clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, alcance, ubicación y duración;
- no son principalmente para la conveniencia del paciente, Médico u otro Proveedor de cuidado de la salud; y
- son proporcionados en la unidad menos intensiva que sea apropiada para la prestación de servicios o la entrega de suministros. Si corresponde, podremos comparar la relación costo-eficacia de servicios, unidades o suministros alternativos al determinar cuál es la unidad menos intensiva.

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.

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.

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.

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/Farmacia fuera de la red es una Farmacia minorista con la cual Cigna NO ha celebrado un contrato para brindar servicios de despacho de Medicamentos con receta a 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, como por ejemplo: determinados tipos de soportes, botas y Férulas. Son dispositivos rígidos o semirrígidos hechos a medida para sostener, alinear, prevenir o corregir deformidades, para mejorar la función de las partes del cuerpo movibles o que limitan o impiden el movimiento de una parte del cuerpo débil o enferma.

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

el programa Home Delivery Pharmacy designado de Cigna con el cual Cigna ha celebrado un 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)

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 “Beneficios de cuidado de la vista pediátrico prestado por un Oftalmólogo u Optometrista” de esta Póliza proporcionados a una Persona asegurada que tiene menos de 19 años. La cobertura continúa hasta el final del mes en que la Persona asegurada cumpla 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, incluido un dentista, 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, 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 <http://www.cigna.com/ifp-drug-list>.

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

Médico de 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 sustitutos artificiales para reemplazar, en forma total o parcial, una extremidad o una parte del cuerpo, como un brazo, una pierna, un pie o un ojo.

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 que los servicios de un Proveedor participante estén cubiertos, según lo establecido en “Referencias a especialistas” y “Excepciones al proceso de referencia” en la sección “Introducción” de esta Póliza.

Servicios de rehabilitación incluyen un enfoque de equipo coordinado y varios tipos de tratamiento, que incluyen cuidados especiales, fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla, dispositivos médicos y los servicios de un trabajador social o psicólogo. Los servicios se brindan en un Hospital, un centro independiente, un Centro de cuidados especiales o según un programa de rehabilitación de día para pacientes ambulatorios.

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, DIU; 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.

Servicios de monitoreo remoto de pacientes significa la prestación de servicios de salud en el hogar utilizando tecnología de telecomunicaciones para mejorar la prestación de cuidado de la salud en el hogar, lo que incluye monitorear los datos clínicos del paciente, como peso, presión arterial, pulso, oximetría de pulso, glucosa en sangre y otros datos específicos según la afección; monitoreo del cumplimiento terapéutico; y videoconferencias interactivas con o sin carga de imágenes digitales.

Medicamentos inyectables autoadministrados son medicamentos aprobados por la FDA que una persona puede administrarse a sí misma mediante una inyección intramuscular, intravenosa o subcutánea, incluida la insulina inyectable autoadministrada recetada para el uso de la Persona asegurada. La insulina está cubierta en virtud de los beneficios de Medicamentos con receta de esta Póliza. Consulte la sección “Medicamentos con receta” de esta Póliza para obtener más información.

Área de servicio significa cualquier lugar que esté dentro de los condados, las ciudades y/o las áreas de código postal en el estado de Virginia que Cigna designó como el área en que este plan está disponible para la inscripción y en el cual Cigna tiene una red de Proveedores participantes para uso de este plan. El Área de servicio incluye los siguientes condados: Amelia, Charles City, Chesterfield, Dinwiddie, Hanover, Henrico, Prince George, Sussex, Colonial Heights City, Hopewell City, Petersburg City, Richmond City, Alexandria City, Arlington, Clarke, Fairfax City, Fairfax, Falls Church City, Frederick, Loudoun, Manassas City, Manassas Park City, Prince William, Stafford y Warren, Winchester City. Para buscar un Proveedor que participe en la Red utilizada por este plan, llame al número gratuito que aparece en la parte de atrás de Su tarjeta de identificación, consulte en www.cigna.com/ifp-providers o ingrese en www.mycigna.com y haga clic en *Find a Doctor, Dentist or Facility* (Buscar un médico, un dentista o un centro).

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), 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; un establecimiento o centro cuyo propósito principal sea el cuidado de custodia o educativo.

Intento de dejar de fumar significa cuatro 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, y
- si 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 móviles.

Estabilizar, Estabilizado y Estabilización significa, con respecto a una Afección médica de emergencia, brindar tratamiento que garantice que no se prevé que trasladar a la persona de un centro a otro pueda ocasionar o tener como resultado un agravamiento sustancial de la afección, o con respecto a una mujer embarazada, que la mujer haya dado a luz, lo que incluye la expulsión de la placenta.

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.

Excepción al tratamiento escalonado significa hacer una excepción a un Protocolo de tratamiento escalonado a favor de la cobertura inmediata del Medicamento con receta elegido por el Médico, siempre que el Medicamento con receta esté cubierto por el plan; dicha determinación se basa en una revisión de la solicitud de excepción presentada por Usted o Su Médico, junto con fundamentos y documentación que respalden el pedido.

Protocolo de tratamiento escalonado significa un protocolo que establece la secuencia según la cual el plan cubre los Medicamentos con receta para una afección médica especificada y médicamente apropiados para Usted.

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, en relación con la prestación de servicios de cuidado de la salud, significa el uso de tecnología o medios electrónicos, incluido el audio o video interactivo y los Servicios de monitoreo remoto de pacientes, con el fin de diagnosticar o tratar a un paciente, o consultar a otros Proveedores de cuidado de la salud acerca del diagnóstico o tratamiento de un paciente. Los Servicios médicos de telemedicina no incluyen un teléfono de audio solamente, un mensaje de correo electrónico, una transmisión por fax o un cuestionario en línea.

Enfermedad terminal significa que la Persona asegurada tiene un pronóstico médico según el cual su expectativa de vida es de 6 meses o menos.

Problema de salud urgente significa una afección médica que requiere atención inmediata para evitar consecuencias adversas, pero que no representa una amenaza inmediata para la vida de una persona.

Cuidado de urgencia significa los Servicios cubiertos que (i) se brindan en un centro para pacientes ambulatorios u otro centro de cuidados subagudos que está acreditado como centro de cuidado de urgencia por la Asociación de Cuidado Urgente de los Estados Unidos (Urgent Care Association of America) o por el Programa Nacional de Acreditación de Centros de Cuidado de Urgencia (National Urgent Care Center Accreditation program) y (ii) se brindan para tratar un Problema de salud urgente.

Virtual, con respecto a los servicios de un Médico de Cigna Telehealth Connection, significa Servicios cubiertos que se proporcionan a través de tecnologías de telecomunicaciones seguras, incluido audio o video interactivo, Servicios de monitoreo remoto de pacientes, teléfonos e internet.

Nosotros/Nos/Nuestro hace referencia a Cigna Health and Life Insurance Company (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 Virginia. 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 Virginia; y
- Vive en el Área de servicio 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 el Intercambio la aceptó por escrito.

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

NOTA: Un cónyuge dependiente, Pareja de hecho o hijo dependiente debe vivir en el Área de servicio, a menos que el hijo esté cubierto en virtud de una Orden calificada de beneficios médicos para la manutención de los hijos y viva fuera del Área de servicio. Un hijo que reúne los requisitos para ser inscrito como Dependiente en virtud de esta Póliza y que reside fuera del Área de servicio tiene derecho a recibir, mientras se encuentra fuera del Área de servicio, solamente beneficios de emergencia fuera del área en virtud de la disposición "Servicios de emergencia" de la sección "Servicios y beneficios". Sin embargo, cuando ese hijo se encuentra dentro del Área de servicio, cumple con los requisitos para obtener beneficios por los Servicios cubiertos de Proveedores de la red, según se detalla en esta Póliza.

- Su cónyuge legal o Pareja de hecho que vive en el Área de servicio.
- Sus hijos o cualquier persona que dependa de Usted que vivan en el Área de servicio y todavía no hayan cumplido los 26 años.
- Sus hijastros que vivan en el Área de servicio y todavía no hayan cumplido los 26 años.
- Sus hijos, o los de Su cónyuge legal o Pareja de hecho, cualquiera sea su edad, inscritos antes de los 26 años, que vivan en el Área de servicio y 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. Cigna requiere 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. En lo sucesivo, Cigna podrá exigir un comprobante por escrito de dicha incapacidad o dependencia periódicamente, pero no más de una vez al año.
- Sus hijos Recién nacidos o los hijos Recién nacidos de Su cónyuge o Pareja de hecho 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. Esto también se aplica a un hijo Recién nacido con respecto al cual:

- se haya dictado una sentencia de adopción por parte de Usted dentro de los 31 días siguientes al nacimiento del niño; o
 - usted haya iniciado procedimientos de adopción dentro de los 31 días siguientes a la fecha de nacimiento del niño, que está bajo Su custodia provisoria; o
 - se hayan completado los procedimientos de adopción y se haya dictado una sentencia de adopción dentro del año siguiente al inicio de los procedimientos, a menos que el plazo se haya prorrogado por orden judicial teniendo en cuenta las necesidades especiales del niño.
 - un hijo adoptado cumple con los requisitos para tener cobertura desde la fecha de la adopción y tutela parental por parte de una Persona asegurada, y si la adopción se produjo dentro de los 31 días siguientes al nacimiento, el niño se considerará un Recién nacido de la Persona asegurada a partir de la fecha de la tutela. Esto continuará, a menos que la tutela se interrumpa antes de la sentencia final de adopción y el niño sea retirado de la tutela.
- Los hijos adoptados, incluidos los que se encuentren en tutela para la adopción, estarán automáticamente cubiertos durante 31 días a partir de la fecha de la tutela para la adopción del hijo adoptado o del inicio de un juicio de adopción. Para que el niño continúe teniendo cobertura después de ese plazo, Usted debe inscribirlo como un Miembro asegurado de Su familia solicitando su inscripción como Dependiente en el término de 60 días a partir de la fecha de adopción y pagando las Primas adicionales necesarias. La cobertura de un hijo dependiente adoptado inscrito dentro de los 60 días a partir de la adopción será retroactiva a la fecha en que el niño haya sido otorgado en tutela para la adopción o se haya iniciado un juicio de adopción.
 - Un niño que Usted haya recibido en guarda estará automáticamente cubierto durante 31 días a partir de la fecha en que lo haya recibido en guarda. Para que el niño continúe teniendo cobertura después de ese plazo, Usted debe inscribirlo como un Miembro asegurado de Su familia solicitando su inscripción como Dependiente en el término de 60 días a partir de la fecha en que lo reciba en guarda y pagando las Primas adicionales necesarias. La cobertura para un niño recibido en guarda inscrito en el término de 60 días de que Usted lo haya recibido será retroactiva a la fecha en que Usted lo haya recibido en guarda.
 - Si un juez resuelve que una Persona asegurada debe brindar cobertura a un hijo que cumple con los requisitos (según se definió anteriormente), la cobertura será automática durante los primeros 31 días a partir de la fecha en que se dicte dicha orden judicial. Para que el niño continúe teniendo cobertura después de ese plazo, Usted debe inscribirlo como Miembro asegurado de Su familia solicitando su inscripción como Dependiente en el término de 60 días a partir de la fecha de la orden judicial y pagando las Primas adicionales necesarias. La cobertura ordenada judicialmente de un hijo dependiente inscrito dentro de los 60 días a partir de la orden judicial será retroactiva a la fecha de dicha orden. Si un juez ha ordenado que una Persona asegurada obtenga cobertura para un hijo, y ese padre no obtiene cobertura según lo ordenado, el otro padre del niño o el Departamento de Servicios Sociales de Virginia podrán inscribir al niño para que tenga cobertura como Dependiente de la Persona asegurada.

¿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 el Intercambio debe 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 son los siguientes:

- Una persona que cumple con los requisitos, y Su(s) dependiente(s), si lo(s) tuviera, pierden su cobertura esencial mínima, cobertura de Medicare/Medicaid relacionada con el embarazo o cobertura Médicamente necesaria (solamente una vez por año calendario), o la persona o el Dependiente que cumple con los requisitos se inscribe en cualquier cobertura de seguro de salud individual o colectivo que no se rige por el año calendario (incluso si tiene la opción de renovar dicha cobertura). La fecha de la pérdida de la cobertura esencial mínima, la cobertura relacionada con el embarazo o la cobertura Médicamente necesaria es el último día en que la persona tendría cobertura en virtud del plan. La fecha de la pérdida del seguro que no se rige por el año calendario es el último día del año del plan o la Póliza; o
- Una persona que cumple con los requisitos y su(s) dependiente(s) pierden la cobertura de un plan de salud patrocinado por el empleador debido a la finalización de la relación laboral en forma 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 un Dependiente por matrimonio, (NOTA: La inscripción especial por matrimonio se aplica solo si al menos uno de los cónyuges estuvo inscrito en un plan del intercambio al menos 1 día de los 60 días anteriores al matrimonio; o vivió en el exterior 1 o más días de los 60 días anteriores al matrimonio; o es amerindio o nativo de Alaska), nacimiento, adopción o tutela para la adopción, tutela para la guarda, o a través de una orden para manutención de los hijos u otra orden judicial; o
- Un cónyuge, Pareja de hecho 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 una persona fue liberada de la cárcel; 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
- Una persona que cumple con los requisitos o su dependiente 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 que ya no será asequible o no brindará valor mínimo para el próximo año del plan de su empleador tengan acceso a este período de inscripción especial antes de que finalice su cobertura a través de dicho plan patrocinado por el empleador que cumple con los requisitos; o
- Una persona que cumple con los requisitos o una persona inscrita 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 en un territorio de los Estados Unidos al momento de la mudanza. Además, la persona que cumple con los requisitos podrá acceder al período de inscripción especial 60 días antes de la mudanza; o
- La persona que cumple con los requisitos y que adquiere o mantiene la condición de persona indígena, según se define en el artículo 4 de la Ley de Mejoramiento del Cuidado de la Salud de la Población Indígena (o su dependiente), puede inscribirse en un plan de salud calificado o cambiarse de un plan de salud calificado a otro una vez al mes; o
- Una persona que cumple con los requisitos o una persona inscrita demuestra al Mercado, de acuerdo con pautas emitidas por el HHS, que cumple con otras condiciones excepcionales que pueda establecer el Mercado; o Una persona que cumple con los requisitos (o su dependiente) y que está inscrita en la cobertura esencial mínima, y es víctima de violencia familiar o abandono conyugal procura inscribirse en una cobertura separada de la del autor del hecho;

- Una persona que cumple con los requisitos (o su dependiente) presenta una solicitud para una cobertura del Mercado o Medicaid o del Plan de Acceso Familiar a la Garantía de Seguro Médico (FAMIS, 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 Medicaid o FAMIS después de que finaliza el período de inscripción abierta del Intercambio o más de 60 días después del acontecimiento de la vida habilitante;
- La persona o persona inscrita que cumple con los requisitos (o su dependiente) demuestra en forma adecuada al Mercado que un error sustancial relacionado con los beneficios del plan, el Área de servicio o la Prima influyó en su decisión de contratar un QHP, o que un QHP violó disposiciones esenciales de su contrato;
- 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 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:

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

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 la Pareja de hecho: cuando la Pareja de hecho se disuelva o deje de existir por otro motivo.
- 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 el Titular de la póliza deje de vivir o trabajar en el Área de servicio.

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

Continuación

Si un cónyuge o Pareja de hecho dejaría de cumplir con los requisitos en virtud de esta Póliza debido al fallecimiento de la Persona asegurada, salvo en el caso de que la Persona asegurada incumpla con el pago de la Prima, ese cónyuge o Pareja de hecho tiene derecho a continuar con su seguro. La cobertura continuará a nombre del cónyuge o la Pareja de hecho. En dicho caso, la cobertura continuará sin evidencia de asegurabilidad.

Si una Persona asegurada dejaría de cumplir con los requisitos en virtud de esta Póliza debido a 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 este plan, 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 a nombre de ese miembro si el Miembro de la familia que ejerce el derecho de continuación notifica a Cigna y paga la Prima mensual correspondiente en el término de 60 días a partir de la fecha en que, de lo contrario, esta Póliza se extinguiría. En dicho caso, la cobertura continuará sin evidencia de asegurabilidad.

Cómo funciona la Póliza

Los servicios para los cuales Usted no tenga una Referencia de un PCP no estarán cubiertos, salvo según se indica en la sección “Introducción” de esta Póliza en “Excepciones al proceso de Referencia”. Los servicios brindados por un Proveedor no participante (Fuera de la red) no están cubiertos por este plan, salvo los Servicios de emergencia, y según lo indicado en las disposiciones “Circunstancias especiales” y “Excepciones a la red” de esta Póliza.

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, según lo indicado debajo en la sección “Circunstancias especiales”.

Hospitales participantes, Médicos participantes y otros Proveedores participantes

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

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

Circunstancias especiales

Los Gastos cubiertos por los servicios y suministros de un Proveedor no participante se pagarán conforme al Programa de beneficios de Proveedores participantes en determinadas circunstancias que se establecen a continuación:

- **Servicios de emergencia hospitalarios**

Los Servicios de emergencia por una Afección médica de emergencia se pagarán al nivel de beneficios estipulado para un Proveedor participante en el Programa de beneficios. Una vez que el paciente haya sido Estabilizado y su afección permita trasladarlo a un Hospital participante, ya no se cubrirán los servicios de un Hospital no participante.

- **Servicios de emergencia de Médicos u otros Proveedores**

Para el cuidado inicial de una Afección médica de emergencia, los Gastos cubiertos se pagarán al nivel de beneficios estipulado para un Proveedor participante en el Programa de beneficios.

- **Cuidados especializados no disponibles a través de un Proveedor Dentro de la red**

Cuando no se puedan obtener cuidados especializados Médicamente necesarios de un Proveedor Dentro de la red, el Gasto cubierto por los Servicios cubiertos se pagará al nivel de beneficios estipulado para un Proveedor participante en el Programa de beneficios.

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

Los servicios para un Problema de salud urgente brindados en un consultorio, un centro de Cuidado de urgencia u otro centro para pacientes ambulatorios se pagarán al nivel de beneficios estipulado

para un Proveedor participante en el Programa de beneficios hasta que el paciente esté Estabilizado y su estado permita darle el alta a su hogar o trasladarlo a un centro Participante, y los servicios de un Centro no participante dejarán de estar cubiertos.

- **Servicios de Médicos u otros proveedores para un Problema de salud urgente**

Para el cuidado inicial de un Problema de salud urgente, los Gastos cubiertos se pagarán al nivel de beneficios estipulado para un Proveedor participante en el Programa de beneficios.

Nota: Los cargos para Proveedores no participantes se reembolsan según el Cargo máximo reembolsable como se define en esta Póliza. Si los Cargos del Proveedor no participante superan el Cargo máximo reembolsable permitido para el servicio que Usted recibió, Usted será responsable de pagarle al Proveedor cualquier cantidad que supere el Cargo máximo reembolsable.

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 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 individual es una acumulación de Gastos cubiertos. Incluye Deducibles, Copagos y Coseguros pagados por Usted o en Su nombre por Servicios cubiertos, tanto médicos como 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 cubiertos médicos o de Medicamentos con receta correspondientes a Gastos cubiertos incurridos durante el resto de ese Año. 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 pagados por Usted o en Su nombre 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.

Límites especiales

Es posible que se apliquen límites a determinados Servicios cubiertos en forma de un máximo Anual sobre la cantidad de visitas, días o eventos que la Póliza cubrirá para un tipo específico de servicio. Los gastos en los que Usted incurra que superen los máximos específicos descritos en esta Póliza serán Su responsabilidad. Los Límites especiales aplicables a los beneficios de esta Póliza se describen en el Programa de beneficios.

Los gastos en los que Usted incurra que superen los máximos específicos descritos en esta Póliza serán Su responsabilidad.

Beneficios integrales: cobertura de la Póliza

Consulte Su 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, 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 de un Proveedor no participante (Fuera de la red) no están cubiertos, salvo los Servicios de emergencia, según se describe en la sección “Circunstancias especiales” de esta Póliza.

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, incluidos los Cargos por habitaciones privadas que superen la tarifa de la habitación doble vigente en el centro cuando una habitación privada sea Médicamente necesaria.
- 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. 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.

Los Servicios cubiertos en Otros centros de cuidado de la salud incluyen:

- servicios de rehabilitación; y
- medicamentos, productos biológicos y suministros proporcionados para su uso en el Otro centro de cuidado de la salud y otros servicios y suministros Medicamente necesarios.

Esta Póliza brinda beneficios para los Gastos cubiertos por el Cargo de una habitación privada si Usted necesita una habitación privada porque tiene una afección altamente contagiosa o tiene mayor riesgo de contraer una enfermedad infecciosa debido a Su afección médica. De lo contrario, Sus beneficios como paciente internado cubrirían los Cargos correspondientes a una tarifa de habitación semiprivada en el centro. Si Usted elige ocupar una habitación privada, deberá pagar las diferencias diarias entre la tarifa de habitación semiprivada y la tarifa de habitación privada vigentes, además de Su Copago y Coseguro (si los hubiera).

Nota: No se brindarán beneficios por:

- Artículos personales, por ejemplo, televisión, radio, bandejas para acompañantes, etcétera.
- Admisiones en Otros centros de cuidado de la salud que superen el máximo de días cubiertos por Año.

Servicios de 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 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.

Los servicios y suministros mencionados a continuación son Servicios cubiertos cuando son brindados por un Centro para enfermos terminales para el cuidado paliativo del dolor y otros síntomas que forman parte de una Enfermedad terminal. A los fines de este beneficio, cuidado paliativo significa el cuidado que controla el dolor y alivia los síntomas, pero no tiene por objeto curar una Enfermedad terminal. Los Servicios cubiertos incluyen:

- Cuidados de un equipo interdisciplinario con el desarrollo y mantenimiento de un plan de cuidados apropiado.
- Atención hospitalaria como paciente internado a corto plazo cuando sea necesaria en períodos de crisis o como cuidado de relevo.
- La cobertura incluye servicios de cuidado de la salud para pacientes internados a corto plazo, que incluye el cuidado de relevo y los procedimientos necesarios para el control del dolor y el manejo de los síntomas crónicos agudos. A los fines de este beneficio, cuidado de relevo significa servicios de cuidado de la salud para pacientes internados no agudos para la Persona asegurada con el fin de darle al principal cuidador de la Persona asegurada un descanso temporal de las responsabilidades de cuidado.
- Servicios de cuidados especiales, servicios de asistentes de salud en el hogar y servicios domésticos brindados por una enfermera registrada o bajo su supervisión. Servicios sociales y servicios de asesoría de un trabajador social con licencia. Soporte nutricional, como alimentación intravenosa y sondas de alimentación. Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia respiratoria brindada por un terapeuta con licencia.
- Productos farmacéuticos, equipos médicos y suministros necesarios para el control del dolor y el cuidado paliativo de la afección de la Persona asegurada, incluido el oxígeno y los suministros relacionados para terapia respiratoria.
- Servicios de duelo, incluida una revisión de las necesidades de la familia que atraviesa el duelo y el desarrollo de un plan de cuidados para satisfacer esas necesidades, tanto antes como después de la muerte de la Persona asegurada. Los servicios de duelo están disponibles para los miembros sobrevivientes de la familia inmediata durante un año después de la muerte de la Persona asegurada. A los fines de este beneficio, familia inmediata significa todos los Miembros de la familia cubiertos por esta Póliza.

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 anestesiólogo 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).
- Servicios para la reversión de la esterilización no voluntaria resultante de una Enfermedad o Lesión.
- 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.

Corrección de la vista después de una cirugía o accidente

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

El primer par de lentes de contacto o el primer par de anteojos, cuando se requieran como resultado de una Lesión o cirugía ocular, y el reemplazo de los lentes de contacto o anteojos, y el examen relacionado, cuando el cambio de receta requerido esté relacionado con la Lesión o cirugía.

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

- Anteojos estenopeicos recetados después de una cirugía por desprendimiento de la retina; o
- Lentes recetados en lugar de una cirugía por los lentes de contacto utilizados para el tratamiento del glaucoma infantil; y
- Lentes esclerales recetados para mantener la humedad cuando el lagrimeo normal no es posible o es inadecuado; o
- Lentes corneales o esclerales según se requiera para reducir una irregularidad de la córnea que no sea astigmatismo.

Cirugía

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

Esta Póliza brinda beneficios para servicios quirúrgicos como paciente internado y ambulatorio, incluidas las cirugías en el consultorio. Los Servicios cubiertos incluyen:

- Procedimientos operatorios y con incisión aceptados;
- Cirugías y procedimientos para corregir anomalías congénitas que provocan un deterioro funcional y anomalías congénitas en niños recién nacidos;
- Otros procedimientos invasivos, como angiograma, arteriograma, amniocentesis o punción del cerebro o la columna vertebral;
- Exámenes endoscópicos, como artroscopia, broncoscopia, colonoscopia, laparoscopia;

- Tratamiento de fracturas y dislocaciones;
- Anestesia y soporte quirúrgico cuando son Médicamente necesarios;
- Agujas hipodérmicas, jeringas, vendajes quirúrgicos, Férulas;
- Cuidados preoperatorios y posoperatorios Médicamente necesarios.

Cirugía reconstructiva

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

Esta Póliza brinda beneficios de Cirugía reconstructiva para corregir deformidades significativas causadas por anomalías congénitas o del desarrollo, una Enfermedad, Lesión o tratamiento anterior para crear una apariencia más normal. Los Servicios cubiertos incluyen una cirugía realizada para restablecer la simetría después de una mastectomía. Los servicios reconstructivos necesarios como resultado de un tratamiento anterior están cubiertos solo si el primer tratamiento habría sido un Servicio cubierto en virtud de esta Póliza.

Nota: Esta sección no se aplica a la cirugía ortognática. Consulte la sección “Cirugía bucal” para ver ese beneficio.

Aviso sobre mastectomía

Una Persona asegurada que reciba servicios reconstructivos para una mastectomía o para cuidado de seguimiento por una mastectomía, y elija la reconstrucción del seno también tendrá cobertura para:

- Reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno a fin de lograr una apariencia simétrica; y
- Prótesis y tratamiento de los problemas físicos durante todas las etapas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.

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

Servicios de diagnóstico

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

Esta Póliza brinda beneficios para pruebas o procedimientos para detectar o controlar una afección cuando existen síntomas específicos, además de beneficios para la interpretación de pruebas de diagnóstico, como imágenes, informes patológicos y cardiología. Las pruebas deben ser indicadas por un Médico e incluir los servicios de diagnóstico indicados antes de una cirugía o admisión hospitalaria. Los beneficios incluyen los siguientes servicios:

Servicios de diagnóstico por imágenes y pruebas de diagnóstico electrónicas

- Radiografías/servicios de diagnóstico por imágenes regulares
- Radiología (incluidas las mamografías), ecografía o medicina nuclear
- Electrocardiogramas (ECG, por sus siglas en inglés)
- Electroencefalogramas (EEG, por sus siglas en inglés)
- Ecocardiogramas
- Exámenes de audición y de la vista por una afección médica o lesión (no para exámenes de detección o cuidado preventivo)
- Pruebas indicadas antes de una cirugía o admisión

Servicios de diagnóstico por imágenes avanzadas

También hay beneficios disponibles para servicios de diagnóstico por imágenes avanzadas, que incluyen a modo de ejemplo:

- Tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés)
- Angiografía por tomografía computarizada (CTA, por sus siglas en inglés)
- Resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés)
- Angiografía por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés)
- Espectroscopia por resonancia magnética (MRS, por sus siglas en inglés)
- Cardiología nuclear
- Tomografías por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés)
- Fusión de imágenes de PET/CT
- Densitometría ósea por QTC
- Colonografía por CT de diagnóstico
- Tomografías computarizadas por emisión de fotón único (SPECT, por sus siglas en inglés)

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

Nota: Es posible que algunos servicios requieran Autorización previa.

Radioterapia

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

Esta Póliza brinda beneficios para el tratamiento de una enfermedad mediante radiografías, radio o radioisótopos. Los Servicios cubiertos incluyen el tratamiento (teleterapia, braquiterapia y radiación intraoperatoria, fuentes de fotones o partículas de alta energía), los materiales y suministros necesarios, la administración y la planificación del tratamiento. La radioterapia de protones no se someterá a un estándar de evidencia clínica más alto que otros tipos de radioterapia para el tratamiento del cáncer.

Terapia Respiratoria

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

Esta Póliza brinda beneficios para el uso de gases secos o húmedos en los pulmones, tratamiento por inhalación sin presurización; tratamiento respiratorio con presión positiva intermitente, aire u oxígeno, con o sin medicación nebulizada; ventilación con presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP, por sus siglas en inglés); ventilación con presión negativa continua (CNP, por sus siglas en inglés); percusión del tórax; uso terapéutico de gases médicos o medicamentos en forma de aerosoles, y equipos como reanimadores, carpas de oxígeno y espirómetros incentivadores; drenaje broncopulmonar y ejercicios de respiración.

Terapia de infusión

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

Esta Póliza brinda beneficios para servicios de enfermería, Equipos médicos duraderos y medicamentos que se le proporcionan y administran a través de una vía intravenosa en Su hogar. Los servicios también incluyen la nutrición parenteral total (TPN, por sus siglas en inglés), terapia de nutrición enteral, tratamiento con antibióticos, cuidado del dolor y quimioterapia como tratamiento de una Enfermedad con agentes antineoplásicos químicos o biológicos. Los servicios pueden incluir inyecciones (intramusculares, subcutáneas, subcutáneas continuas). Consulte la sección “Medicamentos con receta y Medicamentos de especialidad cubiertos como médicos” para conocer más detalles.

Diálisis

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

Esta Póliza brinda beneficios para insuficiencia renal aguda y enfermedad renal crónica (etapa terminal), incluida la hemodiálisis, la diálisis peritoneal intermitente (IPD, por sus siglas en inglés) a domicilio, la diálisis peritoneal cíclica continua (CCPD, por sus siglas en inglés) a domicilio y la diálisis peritoneal ambulatoria continua (CAPD, por sus siglas en inglés) a domicilio. Los Servicios cubiertos incluyen tratamientos de diálisis en un centro de diálisis para pacientes ambulatorios o el consultorio del médico. Los Servicios cubiertos también incluyen diálisis a domicilio y capacitación para Usted y la persona que le ayudará con la autodiálisis a domicilio.

Equipo médico duradero

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

Esta Póliza brinda beneficios para Equipos médicos duraderos y dispositivos médicos cuando los equipos cumplen con los siguientes criterios:

- Están diseñados para su uso reiterado y no son desechables.
- Se usan con un fin médico, y su uso finalizará cuando deje de existir la necesidad médica.
- Están diseñados para usarse fuera de un centro médico.
- Son únicamente para uso por parte del paciente.
- Están hechos para tener un uso médico.
- Están indicados por un Médico.

Los beneficios incluyen equipos y dispositivos disponibles solo para la compra (p. ej., muletas y equipos a medida), equipos y dispositivos disponibles para la compra o alquiler con opción de compra (p. ej., camas hospitalarias y sillas de ruedas) y equipos y dispositivos para alquiler continuo (p. ej., concentrador de oxígeno, ventilador y dispositivos de terapia de presión negativa para tratar las heridas). Los equipos para alquiler continuo deben ser aprobados por Cigna. Cigna puede limitar la cantidad de cobertura para el alquiler permanente de los equipos. Es posible que Cigna no cubra costos de alquiler superiores al costo de simplemente comprar el equipo.

Los beneficios incluyen los costos de reparación y reemplazo, además de los suministros y equipos necesarios para el uso del equipo o dispositivo, por ejemplo, una batería para una silla de ruedas eléctrica.

El oxígeno y los equipos para su administración también son Servicios cubiertos. También hay beneficios disponibles para implantes cocleares.

Nota: Los equipos y suministros médicos deben cumplir con todas las pautas anteriores para poder recibir beneficios en virtud de esta Póliza. El hecho de que un Médico indique la necesidad del equipo o suministro no necesariamente implica que se pagará por dicho equipo o suministro. 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. Las Personas aseguradas pueden apelar la determinación de Cigna. Consulte la sección de la Póliza titulada “Qué hacer cuando tenga alguna queja o apelación”.

Suministros médicos y quirúrgicos

Esta Póliza incluye la cobertura de suministros médicos y quirúrgicos que son Médicamente 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 apósitos adhesivos, termómetros y vaselina, cremas o lociones.

Aparatos y dispositivos protésicos

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

Esta Póliza también incluye beneficios para prótesis y sus componentes cuando son Médicamente necesarios para las actividades de la vida cotidiana. Un dispositivo protésico es un sustituto artificial para reemplazar, en forma total o parcial, una extremidad o una parte del cuerpo, como un brazo, una pierna, un pie o un ojo. También se incluye cobertura para la reparación, la adaptación, los ajustes y el reemplazo de un dispositivo protésico. Además, los componentes para miembros artificiales están cubiertos. Los componentes son los materiales y equipos necesarios para garantizar la comodidad y el funcionamiento del dispositivo protésico.

Los Servicios cubiertos pueden incluir, a modo de ejemplo:

- 1) Miembros artificiales y sus componentes (los materiales y equipos necesarios para garantizar la comodidad y el funcionamiento del dispositivo protésico).
- 2) Prótesis de senos (tanto internas como externas) después de una mastectomía, según lo exigido por la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer.
- 3) Suministros de colostomía y otros suministros para estomas (construcción quirúrgica de una abertura artificial) directamente relacionados con el cuidado de estomas.
- 4) Prótesis de restauración (prótesis facial de composite).
- 5) Pelucas necesarias después del tratamiento del cáncer.

Los siguientes aparatos y dispositivos protésicos externos se encuentran específicamente **excluidos**:

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

Dispositivos ortopédicos

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

Esta Póliza brinda beneficios para determinados tipos de aparatos ortopédicos (soportes, botas, Férulas). Los Servicios cubiertos incluyen la compra inicial, adaptación y reparación de un dispositivo rígido o semirrígido hecho a medida para sostener, alinear, prevenir o corregir deformidades, para mejorar la función de las partes del cuerpo movibles o que limita o impide el movimiento de una parte del cuerpo débil o enferma.

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, aéreo o marítimo de transporte de ida y vuelta a un Hospital o un Centro de cuidados especiales.
- Monitoreo, electrocardiogramas (ECG), desfibrilación cardíaca, reanimación cardiopulmonar (RCP) y administración de oxígeno y soluciones intravenosas (IV, por sus siglas en inglés) 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 o traslados Médicamente necesarios de un centro médico a otro únicamente.

Cuando se Nos presente una cesión de beneficios de un Proveedor de servicios de ambulancia, proporcionaremos el reembolso de los beneficios directamente al Proveedor de servicios.

Servicios de habilitación y rehabilitación

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

Esta Póliza brinda beneficios para los servicios de terapia descritos a continuación. Estos Servicios cubiertos se definen en la sección “Definiciones” de esta Póliza en “Servicios de rehabilitación” y “Servicios de habilitación”. Los Servicios cubiertos incluyen:

Fisioterapia: Es el tratamiento por medios físicos para aliviar el dolor, restablecer la salud y evitar una incapacidad después de una enfermedad, una lesión o la pérdida de un brazo o una pierna. Incluye hidroterapia, calor, agentes físicos, principios y dispositivos biomecánicos y neurofisiológicos.

Servicios de terapia del habla y patología del habla-lenguaje (SLP): Servicios para identificar, evaluar y tratar los trastornos del habla, del lenguaje y de la deglución en niños y adultos. La terapia apunta a desarrollar o tratar las habilidades de la comunicación o la deglución para corregir un impedimento del habla.

Terapia ocupacional: Tratamiento para restablecer la capacidad de una persona incapacitada físicamente para realizar actividades de la vida cotidiana, como caminar, comer, beber, vestirse, usar el baño, moverse desde la silla de ruedas hasta la cama y bañarse. También incluye la terapia para las tareas necesarias para el trabajo de esa persona. La terapia ocupacional no incluye las terapias recreativas o vocacionales, como pasatiempos, arte y artesanías.

Terapia quiropráctica/osteopática/de manipulación: Es una terapia para tratar los problemas de los huesos, las articulaciones y la espalda. Las dos terapias son similares, pero la terapia quiropráctica se concentra en la articulaciones de la columna vertebral y el sistema nervioso, mientras que la terapia osteopática también se concentra en las articulaciones y los músculos, tendones y ligamentos circundantes.

Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar

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

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos incurridos por rehabilitación pulmonar y por rehabilitación cardíaca de Fase II, en forma ambulatoria, después de que el paciente reciba un diagnóstico de una afección cardíaca que cumple con los requisitos, cuando sea Médicamente necesario. Fase II es un programa hospitalario para pacientes 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.

El programa de Fase II debe estar dirigido por un Médico con tratamiento activo e incluye una evaluación médica, capacitación, ejercicio supervisado, monitoreo mediante electrocardiograma y apoyo psicosocial. No se brindarán servicios para programas en el hogar (que no sean servicios de cuidado de la salud en el hogar), acondicionamiento continuo y cuidado de mantenimiento.

Nota: La rehabilitación cardíaca de Fase III y Fase IV no está cubierta. La Fase III sigue a la Fase II y, en general, se lleva a cabo en un 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 de Salud mental (incluidos los trastornos alimentarios) y para Trastornos de consumo de sustancias

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

Esta Póliza brinda beneficios, al mismo nivel que para un tratamiento similar de cualquier otra Enfermedad o Lesión, para lo siguiente:

Servicios para pacientes internados: La cobertura incluye la psicoterapia individual, la psicoterapia grupal, las pruebas psicológicas y la asesoría con Miembros de la familia para ayudar con el diagnóstico y tratamiento del paciente, y terapia convulsiva, desintoxicación y tratamiento de rehabilitación; cargos de profesionales hospitalarios y para pacientes internados en cualquier Hospital o centro requerido por la ley estatal.

Servicios para pacientes ambulatorios: La cobertura incluye el diagnóstico y tratamiento de afecciones psiquiátricas, psicoterapia individual y grupal, pruebas psicológicas, visitas al consultorio, cargos de Médicos y centros para pacientes ambulatorios, y controles de la administración de medicamentos.

Servicios de hospitalización parcial o servicios diurnos parciales: Incluye los servicios brindados por un programa de tratamiento diurno o nocturno con licencia o aprobado que incluye las principales modalidades de diagnóstico y tratamiento médico, psiquiátrico y de rehabilitación psicosocial diseñado para los pacientes con trastornos mentales, emocionales o nerviosos, y dependencia del alcohol u otras drogas que requieren un tratamiento coordinado, intensivo, integral y multidisciplinario. Dicho programa brindará tratamiento durante un período de seis o más horas continuas por día para las personas o grupos de personas que no sean admitidas como pacientes internados. Dicho plazo incluirá también programas intensivos para pacientes ambulatorios para el tratamiento de la dependencia del alcohol u otras drogas durante un período de tres o más horas continuas por día para las personas o grupos de personas que no sean admitidas como pacientes internados.

Tratamiento residencial para la Salud mental y los Trastornos de consumo de sustancias que se brinda en un Hospital o Centro de tratamiento residencial con licencia para brindar un programa continuo y estructurado de tratamiento y rehabilitación, que incluye cuidados especiales las 24 horas del día. El tratamiento personalizado e intensivo incluye la observación y evaluación por parte de un psiquiatra al menos una vez por semana, y rehabilitación, terapia, educación y actividades recreativas o sociales.

Cuidado para el embarazo y la maternidad

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

Su Póliza brinda beneficios de cuidado para el embarazo y después del parto, servicios de profesionales y centros para el parto, incluido el uso de la sala de partos, anestesia y cuidado para partos normales, en un

centro o en el hogar, incluidos los servicios de una enfermera partera con la debida licencia para Usted y los Miembros de Su familia.

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. 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.

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 previa para recetar una estadía que no supere los períodos mencionados. Sin embargo, podemos brindar beneficios para una estadía más corta si el Proveedor a cargo (p. ej., el Médico o la enfermera partera), después de consultarlo con la madre, da de alta antes a la madre o al Recién nacido.

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”.

Los cargos por suministros para la lactancia, incluido un sacaleches por embarazo, apoyo y asesoría, están cubiertos sin Copagos/Coseguro ni Deducibles mientras dure la lactancia. Dichos servicios deberán cumplir con los protocolos y las pautas desarrollados por los Proveedores a cargo, o por las organizaciones profesionales pediátricas, obstétricas y de enfermería nacionales correspondientes a estos servicios, y serán brindados por personal de cuidado de la salud calificado, con capacitación en cuidado materno y pediátrico del Recién nacido después del parto.

Los servicios posnatales para el bebé incluyen el examen de detección de hemoglobinopatías; medicación profiláctica para prevenir la gonorrea; examen de detección de hipotiroidismo, examen de detección de fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) y prueba de incompatibilidad de Rh; y exámenes de detección fetales, que son pruebas genéticas o cromosómicas del feto.

También se brindan beneficios para una o más visitas al hogar a un Recién nacido que se realizarán de acuerdo con los criterios médicos establecidos en la versión más actualizada de las “Pautas de cuidado perinatal” (Guidelines for Perinatal Care) preparadas por la Academia Estadounidense de Pediatría y el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos o las “Normas para servicios obstétricos-ginecológicos” (Standards for Obstetric-Gynecologic Services) preparadas por el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, o una actualización oficial de estas publicaciones. Dicha cobertura se brindará incorporando cualquier cambio en las Pautas o Normas dentro de los seis meses siguientes a la publicación de dichas Pautas o Normas, o cualquier modificación oficial de estas publicaciones.

También se brindan beneficios para los servicios de un aborto terapéutico, recomendado por un Médico en las siguientes situaciones: cuando la vida de la madre está en peligro por un trastorno físico, una enfermedad física o una lesión física, incluida una afección física que pone en riesgo la vida provocada por el embarazo mismo o como resultado de él, o cuando el embarazo es el resultado de un supuesto acto de violación o incesto).

Tratamiento de la infertilidad

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

Esta Póliza brinda beneficios para los Gastos cubiertos que incluyen servicios para diagnosticar y tratar afecciones que provocan infertilidad. Tenga en cuenta que: el tratamiento para la Infertilidad, como la fertilización *in vitro* y otros tipos de medios artificiales o quirúrgicos de concepción, los procedimientos asociados y los medicamentos relacionados no están cubiertos.

Hospitalización por histerectomía

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

Esta Póliza brinda beneficios para una histerectomía vaginal laparoscópica e histerectomía vaginal. La cobertura incluye beneficios para una estadía mínima en el hospital de al menos 23 horas para una histerectomía vaginal laparoscópica y 48 horas para una histerectomía vaginal, según se detalla en las pautas reconocidas a nivel nacional de Milliman y Robertson. Una estadía más corta es aceptable, siempre que el Médico a cargo, en consulta con la Persona asegurada, determine que una hospitalización más corta es apropiada.

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 sin que tenga que pagar ninguna parte del costo. 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 asesoría sobre dieta saludable/nutrición.
- 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.
- Mamografía, examen de Papanicolaou y prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) anuales.
- 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.
- Vacunas antigripales (incluida la administración).
- Para bebés, niños y adolescentes, exámenes de evaluación de cuidado preventivo basados en evidencias y cobertura para suplementos de flúor, quimioprevención y hierro, contemplados en las pautas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud, que incluyen:
 - historia clínica;
 - mediciones del índice de masa corporal (IMC, por sus siglas en inglés);
 - riesgo para la salud bucal;
 - exámenes de detección de autismo (18 y 24 meses);
 - desarrollo;

- presión arterial;
 - evaluaciones del consumo de alcohol y drogas;
 - exámenes del comportamiento;
 - examen de detección de depresión;
 - displasia del cuello uterino;
 - dislipidemia;
 - hematocrito o hemoglobina;
 - exámenes de detección de hepatitis, hepatitis B, VIH y plomo;
 - examen de detección de obesidad y asesoría sobre el tema;
 - examen de detección de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) y asesoría sobre el tema;
 - examen de detección de tuberculina.
- El cuidado posnatal para los Recién nacidos incluirá:
 - exámenes de audición y todos los exámenes audiológicos indicados por el Médico a cargo. Esto incluye los exámenes audiológicos de seguimiento recomendados por el Médico para confirmar la pérdida de la audición;
 - evaluaciones y mediciones del comportamiento;
 - exámenes de detección de presión arterial, hemoglobinopatías, hipotiroidismo y fenilcetonuria (PKU), y medicación profiláctica para prevenir la gonorrea; y
 - servicios dentales y aparatos dentales suministrados a un Recién nacido cuando sea necesario para tratar casos de labio o paladar leporino, o displasia ectodérmica diagnosticados médicamente.

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.

Cuidado preventivo para mujeres

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

Se pagarán los Gastos cubiertos por los siguientes servicios de cuidado de la salud preventivo:

- Servicios obstétricos y ginecológicos prestados por Proveedores calificados para el cuidado del aparato reproductor femenino o los senos, o relacionados con estos, y para los exámenes de detección anuales, servicios de asesoría y vacunas para trastornos y enfermedades de conformidad con las recomendaciones más actualizadas del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos. Los servicios ginecológicos incluyen la cobertura para la detección del cáncer de cuello uterino y las pruebas de control para el cáncer de ovario.
- La detección del cáncer de cuello uterino incluye exámenes y análisis de laboratorio para la detección temprana del cáncer de cuello uterino. Los exámenes y análisis de laboratorio incluyen el examen de Papanicolaou convencional, la citología líquida y los métodos de detección del virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés) para las mujeres con resultados ambiguos en el análisis citológico de cuello uterino aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos. Las pruebas de control son para las mujeres en riesgo de desarrollar cáncer de ovario. “En riesgo de desarrollar cáncer de ovario” significa:
 - tener antecedentes familiares con al menos un familiar de primer grado con cáncer de ovario; y un segundo familiar, de primero o segundo grado, con cáncer de seno, de ovario o cáncer colorrectal no poliposo; o

- haber obtenido un resultado positivo en la detección del síndrome de cáncer de ovario hereditario.

A los fines de este beneficio, “Pruebas de control” significa un examen de detección anual mediante una ecografía transvaginal y un examen pélvico rectovaginal.

- Cargos por mamografías, incluidas: (a) una mamografía de referencia (b) una mamografía cada dos años, (c) una mamografía todos los años si fuera Médicamente necesario y (d) la interpretación de los resultados de laboratorio por parte del Médico. Las mamografías pueden hacerse más seguido si un Médico lo recomienda porque la mujer tiene antecedentes personales de cáncer de seno o una enfermedad de los senos benigna comprobada mediante biopsia; si una Miembro de la familia ha tenido cáncer de seno o la mujer no ha dado a luz antes de los 30 años.
- Para las mujeres, servicios de cuidado preventivo y exámenes de detección adicionales, como por ejemplo:
 - medicamentos y dispositivos anticonceptivos, incluidos los DIU;
 - tratamientos de esterilización voluntaria o la reversión de la esterilización resultante de una Enfermedad o Lesión, según lo dispuesto en las pautas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud;
 - evaluación de riesgo de cáncer de seno y pruebas genéticas (BRCA, por sus siglas en inglés);
 - asesoría para pruebas genéticas relacionadas con el cáncer de seno (BRCA), quimioprevención del cáncer de seno, violencia familiar e interpersonal, y STI;
 - exámenes de detección de violencia familiar e interpersonal;
 - exámenes de detección de HPV, infecciones de transmisión sexual (STI) y VIH;
 - examen de detección de osteoporosis;
 - examen de detección de incontinencia urinaria si la mujer experimenta incontinencia urinaria y si esto afecta sus actividades y su calidad de vida. Las mujeres deben ser referidas para evaluación y tratamiento adicionales si se indica.
- Exámenes de detección fetales prenatales para mujeres embarazadas para analizar la condición genética y/o cromosómica del feto. También incluye pruebas anatómicas, bioquímicas o biofísicas para definir la probabilidad de anomalías genéticas y/o cromosómicas. Cubre la detección de la anemia, la diabetes gestacional, la hepatitis B, la incompatibilidad de Rh, infecciones urinarias y de otro tipo. También cubre los suplementos de ácido fólico e intervención y asesoría ampliada para el consumo de tabaco.
- Examen de detección de diabetes mellitus posnatal para las mujeres con antecedentes de diabetes mellitus gestacional que no están embarazadas actualmente y que no han recibido un diagnóstico previo de diabetes tipo 2. Las pruebas iniciales deben realizarse dentro del primer año posterior al parto y pueden hacerse a partir de 4-6 semanas después del parto. Las mujeres que obtengan un resultado negativo en la prueba de detección posparto inicial deben volver a hacerse el examen al menos cada tres años durante un mínimo de diez años después del embarazo. Para las mujeres con un resultado positivo en la prueba de detección posparto, se indica hacer otra prueba para confirmar el diagnóstico de diabetes, independientemente de la prueba inicial (p. ej., prueba oral de tolerancia a la glucosa, glucosa en plasma en ayunas o hemoglobina A1c). Se indica repetir la prueba en las mujeres que se realizaron una prueba de hemoglobina A1c en los seis primeros meses después del parto, independientemente del resultado.

Podrá encontrar información detallada en: <https://www.hrsa.gov/womensguidelines/>.

Cuidado preventivo para adultos

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

Se pagarán los Gastos cubiertos por los siguientes servicios y exámenes de cuidado de la salud preventivo:

- Pruebas de antígeno prostático específico (PSA) o pruebas equivalentes para detectar la presencia de cáncer de próstata, y la Visita al consultorio y el examen físico asociados con esta prueba cuando los indique el Médico o la enfermera practicante de la Persona asegurada. A los fines de esta sección, “Prueba de PSA” significa el análisis de una muestra de sangre para determinar el nivel de antígeno prostático específico.
- Los cargos por exámenes de detección del cáncer colorrectal, específicamente a través de un análisis anual de sangre oculta en las heces, una sigmoidoscopia flexible o una colonoscopia o, en circunstancias apropiadas, imágenes radiológicas, se proporcionarán según las recomendaciones publicadas más recientemente por el Colegio Estadounidense de Gastroenterología (American College of Gastroenterology), en consulta con la Sociedad Estadounidense de Lucha contra el Cáncer (American Cancer Society), según las edades, los antecedentes familiares y las frecuencias a las que se haga referencia en tales recomendaciones.
- También se cubren los servicios preventivos para lo siguiente:
 - examen de detección de aneurisma aórtico abdominal;
 - examen de detección de consumo indebido de alcohol y asesoría sobre el tema;
 - examen de detección de presión arterial alta;
 - examen de detección de diabetes tipo 2;
 - examen de detección de colesterol;
 - examen de detección de depresión y asesoría sobre el tema;
 - examen de detección de hepatitis B y C;
 - examen de detección de obesidad y asesoría sobre el tema;
 - examen de detección de nutrición y asesoría sobre el tema;
 - examen de detección de cáncer de pulmón y asesoría sobre el tema;
 - examen de detección de VIH;
 - examen de detección de sífilis y otras infecciones de transmisión sexual, y asesoría sobre la prevención de estas enfermedades;
 - examen de detección del consumo de tabaco y asesoría sobre el tema, productos para dejar de fumar y consumir tabaco, incluidos los parches y la goma de mascar de nicotina cuando se obtienen con una Receta (consulte la sección Beneficios de Medicamentos con receta de esta Póliza);
 - uso de aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares.

Pruebas genéticas

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

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

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

La asesoría genética cuenta con cobertura si las pruebas genéticas son planificadas o si una Persona asegurada se encuentra en riesgo de tener una enfermedad hereditaria o ser portadora de una. La asesoría genética se limita a 3 visitas por Año calendario antes y después de las pruebas genéticas.

Servicios del programa de intervención temprana

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

Esta Póliza brinda cobertura para los servicios de intervención temprana Médicamente necesarios, como terapia del habla y del lenguaje, terapia ocupacional, fisioterapia y servicios y dispositivos de tecnología de asistencia para los Dependientes que el Departamento de Servicios de Salud del Comportamiento y del Desarrollo certifique que cumplen con los requisitos para recibir servicios en virtud de la Parte H de la Ley de Educación para Personas con Incapacidades (Individuals with Disabilities Education Act) (artículo 1471 y siguientes del Título 20 del Código de los Estados Unidos). Servicios de intervención temprana Médicamente necesarios para la población certificada por el Departamento de Servicios de Salud del Comportamiento y del Desarrollo significará los servicios diseñados para ayudar a una persona a alcanzar o mantener la capacidad de desempeñarse de un modo apropiado para su edad dentro de su entorno, e incluirá servicios que mejoran la capacidad funcional sin lograr una cura. Este beneficio no está sujeto a ningún límite en dólares. La fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla proporcionadas como parte de los servicios de intervención temprana no están sujetos a los límites para visitas de rehabilitación a corto plazo.

Circuncisión

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

La circuncisión de una Persona asegurada de sexo masculino está cubierta del mismo modo que cualquier otro beneficio médico.

Defectos congénitos y anomalías de nacimiento para Recién nacidos

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

Esta Póliza describe los beneficios para Gastos cubiertos por el cuidado y tratamiento necesario de defectos congénitos y anomalías de nacimiento diagnosticados médicamente para Recién nacidos.

Los beneficios incluyen, a modo de ejemplo, servicios dentales, quirúrgicos bucales y ortodóncicos para pacientes internados y ambulatorios que sean Médicamente necesarios para el tratamiento de casos de labio o paladar leporino, o de displasia ectodérmica diagnosticados médicamente.

Diagnóstico y tratamiento del linfedema

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

Los cargos para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento del linfedema se pagan como si se tratara de cualquier otra afección médica. La cobertura incluirá beneficios para equipos, suministros, terapia descongestiva compleja, prendas de compresión por gradiente, que requieren una receta y se ajustan a la medida de la Persona asegurada, capacitación y educación para el autocontrol si se determina que el tratamiento es Médicamente necesario y es brindado por un terapeuta ocupacional o fisioterapeuta con licencia, o una enfermera con licencia que tiene experiencia en la realización de este tratamiento, u otro profesional de cuidado de la salud con licencia si el tratamiento del linfedema está dentro del alcance del ejercicio del profesional.

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 para el receptor y donante de un trasplante cubierto en virtud del plan del receptor, incluidos los viajes y el alojamiento según lo estipulado en “Servicios de viaje para trasplantes”.

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.
- Trasplantes e infusiones de órganos, tejidos y células madre/médula ósea. También cubre los procedimientos de adquisición necesarios, la movilización, cosecha y almacenamiento, y la terapia mieloablativa preparatoria, quimioterapia preparatoria de intensidad reducida, radioterapia o una combinación de estas terapias.

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 o dos acompañantes cuando el receptor sea un menor. El término “acompañante” incluye a Su cónyuge, un miembro de Su familia, Su tutor legal o cualquier persona que no tenga relación con Usted, pero que participe activamente en Su cuidado y que tenga al menos dieciocho (18) años.

Los 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
- cargos 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 el donante o el receptor de un trasplante de órganos/tejidos. Los gastos de viaje del donante vivo designado para un receptor cubierto están cubiertos sujetos a las mismas condiciones y limitaciones mencionadas arriba. Los cargos por los gastos del acompañante de un donante no están cubiertos.

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

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

Los servicios médicos para la diabetes se cubren como si se tratara de cualquier otra afección médica. Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos, incluida la educación y capacitación para el autocontrol de la diabetes para pacientes ambulatorios, brindadas en persona, que incluyen terapia nutricional, 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 Beneficio de medicamentos con receta: 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

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

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos por servicios y suministros recibidos de Proveedores en país extranjero en caso de Afecciones médicas de emergencia 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

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

Cigna Telehealth Connection se refiere a un beneficio específico con valor agregado de este plan que le permite obtener servicios para determinadas afecciones médicas agudas menores a través de relaciones con proveedores accediendo al programa Cigna Telehealth Connection. Se brindan Servicios cubiertos para el tratamiento de afecciones médicas agudas menores, como resfríos, gripe, dolor de garganta, sarpullido, dolor de cabeza o dolor de oídos, a través de un grupo específico de Proveedores conocidos como Médicos de Cigna Telehealth Connection.

Si Usted tiene una afección médica aguda menor y no desea esperar hasta conseguir una cita con Su Médico regular o solicitar tratamiento de una clínica ambulatoria “Minute Clinic” o un centro de Cuidado de urgencia, Usted puede utilizar el beneficio de Cigna Telehealth Connection. Su plan ofrece esta opción en forma adicional al beneficio de Telemedicina, pero por separado.

Puede iniciar una visita por teléfono, correo electrónico o video en línea con un Proveedor de Cigna Telehealth Connection para el tratamiento sin 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.

Servicios de telemedicina

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

Puede obtener servicios de Telemedicina a través de cualquier Médico que desee brindar Servicios cubiertos apropiados a través de medios electrónicos y esté calificado para hacerlo. Nota: Este beneficio no incluye el servicio de Médicos de Cigna Telehealth Connection descrito arriba y NO incluye los servicios brindados únicamente por teléfono y/o correo electrónico.

Los servicios de Telemedicina, incluidos los Servicios de monitoreo remoto de pacientes, con el fin de diagnosticar o tratar a un paciente, o consultar a Otros proveedores de cuidado de la salud acerca del diagnóstico o tratamiento de un paciente, independientemente de la Enfermedad, afección o trastorno, están cubiertos en virtud de esta Póliza como si el servicio se brindara en persona. 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 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 servicios de 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.
- 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.

El Médico debe estar tratando la Enfermedad o Lesión que necesita cuidados de la salud en el hogar. **Los servicios de cuidado de la salud en el hogar están limitados al 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.

Dejar de fumar

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

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos por Intentos de dejar de fumar, según se define en la Póliza, hasta el máximo que se muestra en el Programa de beneficios. Los productos para dejar de consumir tabaco, incluidos los parches y la goma de mascar de nicotina cuando se obtengan con receta, están cubiertos en virtud del Cuidado preventivo sin costos compartidos.

Mastectomía y procedimientos relacionados

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

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
VAINDEPO042019-HIX

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 radical o una mastectomía radical modificada, y un mínimo de 24 horas después de una mastectomía total o una mastectomía parcial con disección de ganglios linfáticos para el tratamiento del cáncer de seno.

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

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

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

Cuidado dental

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

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 en el término de 12 meses a partir de la fecha de la Lesión;
- los aparatos dentales requeridos para diagnosticar o tratar una lesión accidental de los dientes, y la reparación de los aparatos dentales dañados como resultado de una lesión accidental de la mandíbula, la boca o la cara también están cubiertos;
- los daños a los dientes naturales causados por masticar o morder no se consideran una Lesión accidental en virtud de esta Póliza.

Cobertura dental para tratamientos médicos

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

Esta Póliza brinda beneficios para servicios dentales para preparar la boca para servicios y tratamientos médicos, como radioterapia para tratar el cáncer y hacer la preparación para trasplantes.

Los Servicios cubiertos incluyen:

Evaluación

Radiografías dentales

Extracciones, incluidas las extracciones quirúrgicas

Anestesia

Hospitalización y anestesia para procedimientos dentales

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

Se pagarán beneficios para anestesia general y hospitalización o los cargos de un centro con licencia para realizar procedimientos quirúrgicos para pacientes ambulatorios para el cuidado dental por parte de un

dentista con licencia en consulta con un Médico para requerir la anestesia general y la admisión en un Hospital o un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios para brindar cuidado dental en forma segura y eficaz para:

- una Persona asegurada;
- una Persona asegurada de cualquier edad que tenga una incapacidad grave; o
- cualquier Persona asegurada cuya salud esté comprometida y la anestesia general sea Médicamente necesaria.

Es posible que exijamos Autorización previa.

Tratamiento para la Disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ) y los trastornos craneomandibulares

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

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos para tratar los trastornos temporomandibulares y craneomandibulares. La articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés) conecta la mandíbula inferior con el hueso temporal ubicado al costado de la cabeza, y la articulación craneomandibular involucra a los músculos de la cabeza y el cuello.

Los Servicios cubiertos incluyen aparatos móviles para el reposicionamiento de la TMJ y la cirugía, la atención médica y los servicios de diagnóstico relacionados. Los Servicios cubiertos no incluyen los aparatos fijos o móviles que conllevan el movimiento o reposicionamiento de los dientes, la reparación de dientes (empastes) o prótesis (coronas, puentes, dentaduras postizas).

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

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

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos por el tratamiento de diagnóstico y quirúrgico que involucre cualquier hueso o articulación de la cabeza, el cuello, la cara o la mandíbula. Si el tratamiento es necesario debido a una afección médica o una lesión que impide el funcionamiento normal de la articulación o el hueso, y se considera Médicamente necesario para alcanzar la capacidad funcional de la parte afectada.

Cirugía bucal

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

Nota importante: Aunque este plan cubre determinadas cirugías bucales, muchas cirugías bucales (p. ej., la extracción de las muelas de juicio) no están cubiertas.

Los beneficios están limitados a determinadas cirugías bucales, que incluyen:

- Tratamiento de casos de labio o paladar leporino, o de displasia ectodérmica médicamente diagnosticados.
- Frenectomía superior o inferior cuando no está relacionada con un procedimiento dental.
- Alveolectomía cuando está relacionada con la extracción de piezas dentales.
- Cirugía ortognática debido a una afección médica o una lesión, o por una anomalía física que impide el funcionamiento normal de la articulación o el hueso, y se considera Médicamente necesaria para alcanzar la capacidad funcional de la parte afectada.
- Corrección bucal/quirúrgica de lesiones accidentales según se indica en la sección "Cuidado dental".

- Servicios quirúrgicos en el tejido duro o blando de la boca cuando el principal objetivo no es tratar o ayudar a las piezas dentales y sus estructuras de apoyo.
- Tratamiento de lesiones no dentales, como la extracción de tumores y biopsias.
- Incisión y drenaje de la infección de tejido blando sin incluir quistes odontogénicos o abscesos.

Aparatos y dispositivos protésicos externos

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

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

Los Aparatos y dispositivos protésicos externos 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:
 - a. Aparatos ortopédicos fabricados a medida, rígidos y semirrígidos;
 - b. Aparatos ortopédicos flexibles y prefabricados semirrígidos; y
 - c. Aparatos ortopédicos prefabricados rígidos, lo que incluye la preparación, el ajuste y los agregados básicos, tales como barras y conexiones.
- Los Aparatos ortopédicos fabricados a medida para pies solo se cubren cuando son médicamente necesarios de la siguiente forma:
 - a. para Personas aseguradas con sensación periférica disminuida y/o circulación periférica alterada (por ejemplo, la neuropatía diabética y la enfermedad vascular periférica);
 - b. cuando el Aparato ortopédico para pies es una parte integral de un soporte para extremidades inferiores y es necesario para el funcionamiento apropiado del soporte;
 - c. cuando el Aparato ortopédico para pies se utiliza para reemplazar o sustituir partes faltantes del pie (por ejemplo, amputación), y es necesario para el alivio o la corrección de una Enfermedad, Lesión o defecto congénito; y
 - d. para 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.

Fórmulas nutricionales: Fórmula elemental basada en aminoácidos o metabolismo de ácidos orgánicos, anomalía metabólica o alergia grave a la soja o a las proteínas
(Para conocer otras disposiciones sobre beneficios que podrían aplicarse, consulte Su Programa de beneficios).

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos incurridos para fórmulas elementales basadas en aminoácidos o metabolismo de ácidos orgánicos, anomalía metabólica o alergia grave a la soja o a las proteínas, y los servicios asociados con la administración de las fórmulas, cuando las recete el Médico a cargo del tratamiento, cualquiera sea el método de administración de la fórmula, que se usen para el diagnóstico y tratamiento de:

- alergias mediadas por inmunoglobulina E y no mediadas por inmunoglobulina E a múltiples proteínas alimentarias;
- síndrome grave de enterocolitis inducida por proteínas de los alimentos;
- trastornos eosinofílicos, según lo prueben los resultados de una biopsia; y
- dificultades en la absorción de nutrientes ocasionadas por trastornos que afectan la superficie de absorción, la longitud funcional y la motilidad del tubo digestivo.

Se podrán revisar las fórmulas elementales basadas en aminoácidos para determinar su Necesidad médica.

Pruebas y tratamientos relacionados con el sueño

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

Esta Póliza brinda beneficios para los Gastos cubiertos por dispositivos, suministros y tratamientos de diagnóstico realizados o indicados por un Médico para pruebas de diagnóstico y tratamientos relacionados con el sueño. Esta Póliza incluye la cobertura de dispositivos y suministros, tales como equipo de presión positiva automática en las vías respiratorias (APAP, por sus siglas en inglés), equipo de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP, por sus siglas en inglés), equipo de presión positiva continua en dos niveles (BPAP, por sus siglas en inglés) y dispositivos bucales para el tratamiento relacionado con el sueño. Estos servicios están sujetos a la Necesidad médica.

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 aprobado realizado por un Proveedor participante, incluso las Fases I a IV, para una Persona asegurada que cumpla con los siguientes requisitos:

- (1) cumpla con los requisitos para participar en un estudio clínico aprobado de acuerdo con el protocolo del estudio con respecto a la prevención, la detección y el tratamiento del cáncer u otra enfermedad o afección con riesgo de vida, y
- (2) cumpla con uno de los siguientes requisitos
 - (A) el profesional de 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 uno de los siguientes requisitos:

1. Contar con la aprobación o la financiación de alguna de las agencias o entidades autorizadas por la ley federal para llevar a cabo estudios clínicos:
 - i. un instituto o centro de los Institutos Nacionales de Salud,
 - ii. la Administración de Alimentos y Medicamentos,
 - iii. el Departamento de Asuntos de Veteranos,
 - iv. el Departamento de Defensa,
 - v. el Departamento de Energía,
 - vi. los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades,
 - vii. la Agencia para la Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud,
 - viii. los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid,
 - ix. un centro o grupo cooperativo de cualquiera de las entidades descritas en los puntos (i) a (vi) o del Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de Veteranos, o
 - x. una entidad de investigación no gubernamental calificada según lo identificado en las pautas expedidas por los Institutos Nacionales de Salud para subvenciones de apoyo a centros médicos.
2. Llevarse a cabo en virtud de una solicitud de medicamento nuevo en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos; o
3. Involucrar el estudio de un medicamento que esté exento del requisito de contar con dicha solicitud de medicamento nuevo en investigación.

Los costos de 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 suelen brindarse sin que haya un estudio clínico.
- Servicios que se requieren únicamente para suministrar el medicamento, artículo, dispositivo o servicio en investigación.
- Servicios que se requieren para efectuar un control clínicamente apropiado del medicamento, dispositivo, artículo o servicio en investigación.
- Servicios brindados para la prevención de complicaciones que puedan surgir al suministrar el medicamento, dispositivo, artículo o servicio en investigación.
- 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.

Para los estudios clínicos, los costos de rutina de los pacientes **no** incluyen lo siguiente:

1. el artículo, dispositivo o servicio en investigación en sí mismo;
2. artículos y servicios que se brinden únicamente para satisfacer necesidades de recopilación y análisis de datos, y que no se usen en el tratamiento clínico directo del paciente; o

3. un servicio que es claramente incongruente con los estándares de cuidado generalmente aceptados y establecidos para un diagnóstico en particular.

Hemofilia y trastorno hemorrágico congénito

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

Se proporcionarán beneficios para Gastos cubiertos por servicios recibidos en relación con el tratamiento de episodios de sangrado de rutina asociados con la hemofilia y otros trastornos hemorrágicos congénitos. Los beneficios incluyen la cobertura para la compra de derivados hematológicos, incluidos a modo de ejemplo, Factor VII, Factor VIII, Factor IX y crioprecipitado, y los equipos de infusión de sangre requeridos para el tratamiento en el hogar de episodios de sangrado de rutina asociados con la hemofilia y otros trastornos hemorrágicos congénitos cuando el programa de tratamiento en el hogar se realice bajo la supervisión del centro de tratamiento de la hemofilia aprobado por el estado.

Medicamentos utilizados en el tratamiento del cáncer

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

Se brindarán beneficios para Gastos cubiertos por los cargos de 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 (FDA). Dicho medicamento debe cubrirse, siempre y cuando: (a) esté reconocido para el tratamiento del tipo de cáncer específico para el cual se ha recetado el medicamento en uno de los siguientes compendios de referencia: The National Comprehensive Cancer Network's Drugs & Biologics Compendium; Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology, la Información sobre medicamentos de la Farmacopea de los Estados Unidos; las Evaluaciones de medicamentos de la Asociación Médica Estadounidense o la Información sobre medicamentos de American Hospital Formulary Service; o el medicamento sea recomendado por un artículo de reseña de una revista profesional nacional estadounidense revisada por colegas; (b) haya sido aprobado de algún otro modo por la FDA; y (c) su uso para el tratamiento del tipo de cáncer específico indicado no haya sido contraindicado por la FDA.

Medicamentos contra el cáncer de administración por vía oral

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

Se pagarán beneficios para medicamentos contra el cáncer (es decir, medicamentos que se usan para destruir las células cancerosas o retrasar su proliferación) de administración por vía oral recetados por un profesional, como si se tratara de beneficios para medicamentos contra el cáncer administrados por vía intravenosa.

Medicamentos no aprobados y medicamentos para el cáncer

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

Los Gastos cubiertos en virtud de este plan incluyen los cargos por un medicamento y los servicios Médicamente necesarios asociados con la administración del medicamento, que fue recetado para el tratamiento de un tipo de cáncer para el cual no ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Dicho medicamento debe haber sido aprobado por la FDA para otras indicaciones y estar reconocido, sin ninguna contraindicación de la FDA, para el tratamiento del tipo de cáncer específico para el cual el medicamento se recetó en uno de los siguientes compendios de referencia establecidos: las

Evaluaciones de medicamentos de la Asociación Médica Estadounidense; la Información sobre medicamentos de American Hospital Formulary Service; Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology; National Comprehensive Cancer Network Drugs & Biologics Compendium; Thomson Micromedex DrugDex; la información sobre medicamentos de la Farmacopea de los Estados Unidos; o cualquier otro compendio con autoridad reconocido periódicamente por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Las cantidades de cualquier medicamento utilizado deben ajustarse a la dosis diaria máxima y la duración recomendadas que establezca la FDA o cualquiera de los compendios de referencia estándar.

Se aplican dos excepciones cuando un medicamento ha recibido la aprobación de la FDA, pero no para la indicación o aplicación particular en cuestión:

- cuando el uso del medicamento está reconocido para el tratamiento de la indicación o aplicación: en cualquiera de los compendios de referencia indicados arriba; o
- en literatura médica revisada por colegas médicos con una aceptación significativa. Literatura médica revisada por colegas médicos significa un estudio científico publicado solo después de haber sido revisado críticamente por expertos independientes imparciales para garantizar su exactitud científica, validez y confiabilidad.

Nota: Aunque se den estas dos excepciones, no se cumplirá con este criterio si la FDA ha determinado que el uso del medicamento no está recomendado para el tratamiento de la indicación específica para la cual se ha recetado.

Pago al Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia

Este plan reembolsará directamente al Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia por los Servicios cubiertos, en la medida que el Departamento haya pagado dichos servicios, cuando reciba del Departamento una verificación del pago por dichos servicios.

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:

- Servicios para afecciones médicas que Su PCP no proporcionó, que no se proporcionaron mediante una Referencia de Su PCP o que Cigna no autorizó, excepto el tratamiento inmediato de una Afección médica de emergencia.
- **Servicios obtenidos de un Proveedor no participante/Proveedor fuera de la red**, excepto el tratamiento de una Afección médica de emergencia (incluidos los Servicios de emergencia brindados por un centro de Cuidado de urgencia), y cuidados especializados, si los servicios de especialistas Médicamente necesarios no están disponibles a través de un Proveedor dentro de la red, como se describe en la sección “Circunstancias especiales” de esta Póliza.
- **Cantidades que superen las limitaciones de beneficios máximos de los Gastos cubiertos** especificados en esta Póliza.
- Servicios **no incluidos específicamente como Servicios cubiertos** en esta Póliza en las secciones tituladas “Beneficios integrales: cobertura de la Póliza”, “Beneficios de medicamentos con receta”, “Beneficios de cuidado de la vista pediátrico” y el “Programa de beneficios”.
- Servicios para **el tratamiento de complicaciones de procedimientos o servicios no cubiertos**.
- Servicios y suministros que **no son Médicamente necesarios**, a excepción de los Servicios de cuidado preventivo según lo dispuesto en esta Póliza.
- Servicios o suministros que se considere que son para **Procedimientos Experimentales, Procedimientos En investigación o Procedimientos No comprobados**, salvo que se establezca lo contrario en esta Póliza en el título “Estudios clínicos”.
- Servicios **que se reciban antes de la Fecha de entrada en vigor de la cobertura**.
- Servicios **recibidos después de finalizada la cobertura en virtud de esta Póliza**.
- Servicios **que Usted no tiene la obligación legal de pagar** o por los cuales no se cobraría si Usted no tuviera un plan de salud o una cobertura de seguro.
- Cualquier afección por la cual se recuperen o puedan recuperarse beneficios, ya sea mediante una sentencia o laudo, un acuerdo o de otro modo, **en virtud de cualquier compensación del seguro de accidentes de trabajo, ley de responsabilidad del empleador o ley de enfermedades laborales**, excepto cobertura por cualquier afección médica de conformidad con dicha exclusión si (i) una resolución de la Comisión de Compensación del Seguro de Accidentes de Trabajo (Workers' Compensation Commission) niega beneficios de compensación en relación con dicha afección médica, y no se solicita la revisión de dicha decisión de conformidad con la legislación aplicable y dentro del plazo estipulado por ella; o (ii) una resolución de la Comisión de Compensación del Seguro de Accidentes de Trabajo, después de su revisión por parte de la Comisión completa, niega beneficios de compensación en relación con dicha afección médica. Luego del dictado de una resolución de compensación del seguro de accidentes de trabajo de conformidad con la cláusula (i) o (ii) que tenga el efecto de prohibir la aplicación de cualquiera de dichas exclusiones, Cigna proporcionará de inmediato cobertura para dicha afección médica en la medida en que se cubra de otra forma en virtud del contrato, el contrato de suscripción o el plan de servicios de salud. Si, luego de la apelación a la Cámara de Apelaciones o a la Corte Suprema, se dispone que dicha afección médica es indemnizable en virtud de la Ley de Seguro de Accidentes de Trabajo de Virginia (Título 65.2), Cigna podrá recuperar de la aseguradora de accidentes de trabajo o del empleador aplicable los costos de la cobertura por afecciones médicas que se determinó que eran indemnizables en virtud de la Ley.

- Afeciones 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; no obstante, es posible que no puedan proporcionarse beneficios o que estos se demoren en caso de un desastre grave; (c) la **participación de una Persona asegurada en el servicio militar de cualquier país** (Nota: Para obtener información sobre una Persona asegurada que se convierte en un miembro de las fuerzas armadas en servicio activo, consulte “Cancelación solicitada por Usted”, en “Términos de la Póliza” en la sección “Disposiciones generales”); (d) la **participación de una Persona asegurada en una insurrección, rebelión o motín**.
- Cualquier **servicio proporcionado por una agencia gubernamental local, estatal o federal** (a excepción de Medicaid), salvo cuando la ley federal o estatal exijan expresamente el pago en virtud de esta Póliza.
- Servicios que deben ser brindados por un sistema escolar público o un distrito escolar **según lo exigido por la ley estatal o federal**.
- Cualquier **servicio por el cual pueda obtenerse el pago de cualquier agencia gubernamental local, estatal o federal** (a excepción de Medicaid). Hospitales de la Administración de Veteranos y Centros militares de tratamiento, excepto servicios prestados en caso de emergencia donde existe una responsabilidad legal por los cargos cobrados a la Persona asegurada por dichos servicios.
- **Si la Persona asegurada cumple con los requisitos para recibir cobertura en virtud de la Parte A, B o D de Medicare**, Cigna proporcionará el pago del reclamo de acuerdo con esta Póliza menos cualquier cantidad pagada por Medicare. El pago efectuado por Cigna no podrá exceder la cantidad que habría pagado si hubiese sido la única aseguradora.
- **Tratamiento u hospitalización ordenados por un juez**, a menos que el tratamiento sea una internación involuntaria o sea indicado por un Médico y se encuentre en la lista de servicios cubiertos por esta Póliza.
- **Servicios profesionales** prestados por un familiar directo de la Persona asegurada y servicios que generalmente no se cobran si no se tiene cobertura de seguro.
- **Suministros recibidos o comprados directamente o en Su nombre** de cualquiera de las siguientes personas:
 - Usted o una compañía de la cual Usted sea propietario, en todo o en parte;
 - Una persona que sea Su cónyuge, Pareja de hecho, hijo, hijastro, padre, hermano o hermana.
 - 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.
- Servicios de la sala de emergencias de un Hospital **para cualquier afección que no sea una Afección médica de emergencia** según lo definido en esta Póliza.
- **Cuidados de custodia, que incluyen, a modo de ejemplo: curas de reposo, cuidado diurno de bebés, niños o adultos, incluido el cuidado diurno geriátrico**. Esta exclusión no se aplica a los Servicios de atención para enfermos terminales ni a la Terapia ocupacional para restaurar actividades como caminar, comer, beber, vestirse, usar el baño, moverse desde la silla de ruedas hasta la cama, bañarse y realizar actividades relacionadas con el trabajo.
- **Servicios de enfermería privada** en el entorno para pacientes internados, excepto cuando se brindan como parte del beneficio de Servicios para enfermos terminales de esta Póliza.
- Cargos de cuarto y comida para pacientes internados **en relación con una estadía en un Hospital, principalmente por un cambio de ambiente o fisioterapia**.
- Servicios recibidos durante **una estadía como paciente internado cuando la estadía esté relacionada principalmente con** la inadaptación social del comportamiento, la falta de disciplina u otras acciones antisociales que no sean específicamente el resultado de la Salud mental.

- **Servicios de medicina complementaria y alternativa**, entre los que se incluyen: terapia de masajes; terapia con animales, entre otras, a modo de ejemplo, equinoterapia o terapia con perros; arteterapia; meditación; visualización; acupuntura; acupresión; reflexología; *rolfing* (masaje de tejido conectivo); fototerapia; aromaterapia; musicoterapia o terapia del sonido; danzaterapia; terapia del sueño, salvo según lo indicado en esta Póliza en “Pruebas y tratamientos relacionados con el 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, por sus siglas en inglés) de los Institutos Nacionales de Salud. Los servicios específicamente indicados como cubiertos en “Terapia de rehabilitación” y “Terapia de habilitación” no están sujetos a esta exclusión.
- Los servicios o suministros brindados por o en un hogar de ancianos, un asilo de convalecencia o cualquier instalación en la que una parte significativa de las actividades incluyan **el descanso, la recreación, el tiempo libre** o cualquier otro servicio que no sea un Servicio cubierto.
- **Asistencia con las actividades cotidianas**, entre las que se incluyen, a modo de ejemplo, bañarse, comer, vestirse u otras actividades de Cuidados de custodia o de cuidado personal, servicios domésticos y servicios que sean principalmente para descanso, cuidado en el hogar o de convalecencia.
- **Servicios brindados por profesionales sin licencia** o servicios cuya realización no requiere una licencia, como por ejemplo, meditación, ejercicios de respiración, visualización guiada.
- Cargos de cuarto y comida de pacientes internados **en relación con una estadía en un Hospital, principalmente para pruebas de diagnóstico** que podrían haberse realizado en forma segura como paciente en consulta externa.
- **Servicios que son autodirigidos** a una instalación de diagnóstico independiente u Hospitalaria.
- Servicios indicados por un **Médico u otro Proveedor que sea empleado o representante** de una instalación de diagnóstico independiente u Hospitalaria, cuando ese Médico u otro Proveedor:
 - no ha participado activamente en Su atención médica antes de indicar el servicio, o
 - no participa activamente en Su atención médica después de que se recibe el servicio.
 Esta exclusión no se aplica a las mamografías.
- **Servicios dentales**, dentaduras postizas, puentes, coronas, fundas u otras Prótesis dentales, extracción de dientes o tratamiento de dientes o encías, salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza en “Cirugía bucal” y “Cuidado dental”.
- **Servicios de ortodoncia**, frenillos y otros aparatos ortodóncicos, incluidos los servicios de ortodoncia para la Disfunción de la articulación temporomandibular, a excepción de los servicios indicados en esta Póliza en “Defectos congénitos y anomalías de nacimiento para Recién nacidos”.
- **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.
- **Aparatos auditivos**, que incluyen, a modo de ejemplo, dispositivos semiimplantables para la audición, aparatos auditivos de implante óseo y aparatos auditivos implantados en el hueso (BAHA, por sus siglas en inglés). A los fines de esta exclusión, un aparato auditivo es cualquier dispositivo que amplifica el sonido. No se aplica a implantes cocleares.
- **Pruebas de audición de rutina**, salvo según lo dispuesto en Cuidado preventivo.
- **Exámenes genéticos**, a excepción de lo establecido en esta Póliza en “Cuidados para el embarazo y la maternidad” y “Cuidado preventivo de la mujer”, o exámenes genéticos de preimplantación: el diagnóstico genético general basado en la población es un método de prueba que se realiza cuando no

hay ningún síntoma o ningún factor de riesgo significativo comprobado de enfermedades hereditarias de transmisión genética.

- **Servicios de optometría**, ejercicios de los ojos, que incluyen ortóptica, anteojos, lentes de contacto, exámenes y refracciones de rutina de la vista, salvo según lo indicado específicamente en esta Póliza en “Cuidado de la vista pediátrico”.
- **Cirugía ocular únicamente con el propósito de corregir defectos de refracción** del ojo, como miopía, astigmatismo y/o presbicia.
- **Cirugía estética, terapia** u otros servicios para embellecerse, mejorar o alterar la apariencia o la autoestima. Esta exclusión no incluirá Cirugía reconstructiva cuando dicho servicio esté relacionado con una cirugía o se realice posteriormente a una cirugía debido a un traumatismo, una infección u otra enfermedad de la parte del cuerpo comprometida, y Cirugía reconstructiva debido a una enfermedad o anomalía congénita de un hijo dependiente cubierto que tuvo como resultado un defecto funcional.
- **Ayudas o dispositivos que ayudan en la comunicación no verbal**, entre ellos, a modo de ejemplo, tableros de comunicación, dispositivos para hablar pregrabados, computadoras portátiles, computadoras de escritorio, asistentes digitales personales (PDA, por sus siglas en inglés), máquinas para escribir en Braille, sistemas de alerta visual para sordos y libros para la memoria.
- **Asesoría o servicios auxiliares no médicos**, que incluyen, a modo de ejemplo, educación, capacitación, rehabilitación vocacional, entrenamiento del comportamiento, biorretroalimentación, 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.
- **Servicios y procedimientos para cirugía para retirar piel sobrante**, que incluye cirugía de la pared abdominal/paniclectomía, extirpación de papilomas cutáneos, terapia cráneo-sacral/craneal, kinesiología aplicada, proloterapia y litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL, por sus siglas en inglés) para afecciones musculoesqueléticas y ortopédicas, macromastia o ginecomastia; rinoplastia y blefaroplastia, **sin importar las indicaciones clínicas**.
- 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.
- Cualquier tratamiento, medicamento con receta, servicio o suministro para tratar la **disfunción sexual**, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual.
- Todos los servicios relacionados con **la evaluación o el tratamiento de la 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 esterilización electiva, la fertilización *in vitro*, 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.
- La **criopreservación** de esperma u óvulos, o el almacenamiento de esperma para inseminación artificial (incluidos los pagos por servicios del donante).
- Pagos relacionados con la **obtención o donación de sangre o derivados hematológicos**, excepto para la donación autóloga cuando se prevén con anticipación ciertos servicios programados, cuando a criterio del Médico de revisión de la utilización la probabilidad de la pérdida de sangre en exceso es tal que se espera que la cirugía traiga aparejada una transfusión.
- Administración de sangre **con el propósito de mejorar el estado físico general**.

- **Calzado ortopédico** (salvo cuando esté unido a soportes), agregados al calzado y dispositivos ortopédicos.
- **Mejoras eléctricas internas y externas** o controles eléctricos para prótesis de extremidades y dispositivos protésicos terminales.
- Estimuladores de los nervios periféricos mediante **prótesis mioeléctricas**.
- **Las extremidades o los aparatos protésicos electrónicos**, a menos que sean Médicamente necesarios cuando una alternativa de menor costo no es suficiente.
- **Aparatos ortopédicos prefabricados para pies.**
- **Bandas ortopédicas craneales/aparatos ortopédicos craneales/otros dispositivos similares**, excepto cuando se los emplea en el postoperatorio para plagiocefalia sinostótica.
- **Calzado ortopédico**, agregados al calzado, procedimientos para calzado ortopédico, modificaciones al calzado y transferencias.
- **Aparatos ortopédicos** empleados principalmente por cuestiones de estética en lugar de motivos funcionales.
- **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:
 - a. Aparatos ortopédicos fabricados a medida, rígidos y semirrígidos;
 - b. Aparatos ortopédicos flexibles y prefabricados semirrígidos; y
 - c. Aparatos ortopédicos prefabricados rígidos, lo que incluye la preparación, el ajuste y los agregados básicos, tales como barras y conexiones.
- Servicios destinados principalmente a **bajar de peso o al tratamiento de la obesidad, incluida la obesidad patológica**, o cualquier cuidado que incluya la pérdida de peso como principal método de tratamiento. Esto incluye cualquier cirugía para la obesidad patológica, aunque la Persona asegurada tenga otras afecciones médicas que pudieran beneficiarse con una reducción de la obesidad o la pérdida de peso, o cualquier programa, producto o tratamiento médico para bajar de peso, o cualquier gasto de cualquier tipo para tratar la obesidad, controlar el peso o bajar de peso.
- **Exámenes físicos o pruebas de rutina** cuya finalidad no sea el tratamiento directo de una Enfermedad, Lesión o afección real, informes, evaluaciones o una hospitalización no requeridos por motivos de salud; incluidos los exámenes físicos requeridos para un empleo o por un empleador, por una institución educativa o para actividades deportivas, o para un seguro o una autoridad gubernamental, y evaluaciones ordenadas por un juez, forenses o de custodia, a menos que en esta Póliza se establezca específicamente lo contrario.
- Terapia o tratamiento **destinado principalmente a mejorar o mantener la condición física general** o con el propósito de mejorar el desempeño laboral, escolar, atlético o recreativo, que incluye, a modo de ejemplo, el cuidado de rutina, a largo plazo o de mantenimiento que se proporciona luego de la solución de un problema médico agudo y cuando no se espera una mejora terapéutica significativa. Esta exclusión no incluirá terapias o servicios de habilitación que brinde un terapeuta con licencia para conservar, aprender o mejorar habilidades necesarias para realizar actividades cotidianas.
- Cualquier terapia o tratamiento indicado por un juzgado; 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.
- Tratamiento de trastornos mentales que han sido diagnosticados como trastornos mentales orgánicos asociados con disfunciones permanentes del cerebro.
- Tratamiento de afecciones crónicas que no están sujetas a una modificación favorable de acuerdo con estándares generalmente aceptados de la práctica médica.

- 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.
- Asesoría para actividades de naturaleza educativa, funcionamiento intelectual límite, problemas ocupacionales, vocación y religión.
- Medición del coeficiente intelectual.
- Tratamiento residencial (salvo que se indique lo contrario en las disposiciones de “Servicios de Salud mental y para Trastornos de consumo de sustancias”).
- Pruebas psicológicas realizadas en niños solicitadas por o para un sistema escolar.
- Programas de terapia ocupacional y/o recreativa, aun cuando estén combinados con terapia de apoyo para el deterioro cognitivo relativo a la edad.
- **Servicios educativos**, salvo para el tratamiento del autismo o según lo establecido en esta Póliza en “Tratamiento de la diabetes”, “Aviso sobre mastectomía” con respecto al linfedema en “Cirugía reconstructiva” y “Tratamiento para pacientes internados” en “Salud mental y Trastornos de consumo de sustancias” o según lo dispuesto o coordinado específicamente por Cigna.
- **Asesoría en materia de nutrición** excepto cuando se proporciona como parte del Cuidado de la salud en el hogar, el tratamiento de un trastorno de la alimentación o según las subsecciones “Tratamiento de la diabetes” o “Servicios de cuidado preventivo”; o suplementos alimenticios, salvo según lo descrito en la sección “Fórmulas nutricionales: Fórmula elemental basada en aminoácidos o metabolismo de ácidos orgánicos, anomalía metabólica o alergia grave a la soja o a las proteínas” de esta Póliza.
- **Equipos para realizar ejercicios, artículos para hacer la vida más cómoda y otros equipos y suministros médicos** no incluidos específicamente como Servicios cubiertos en la sección “Servicios cubiertos” de esta Póliza. Los equipos médicos excluidos incluyen, a modo de ejemplo: 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 en la sección “Beneficios de medicamentos con receta”.
- Todos los **cargos de los Proveedores en país extranjero** están excluidos en virtud de esta Póliza, salvo según lo indicado específicamente en “Tratamiento recibido de Proveedores en país extranjero” en la sección de esta Póliza titulada “Beneficios integrales: cobertura de la Póliza”.
- **Cuidado de rutina de los pies**, a menos que sea Médicamente necesario. Esta Exclusión se aplica a cortar o eliminar callos y durezas; cortar las uñas; limpieza y cuidado preventivo de los pies, lo que incluye, a modo de ejemplo:
 - a) Limpiar los pies y ponerlos en remojo.
 - b) Aplicar cremas para la piel para cuidar el tono de la piel.
 - c) Otros servicios que se brinden cuando no haya una enfermedad, lesión o síntoma que comprometa los pies.

Esta Exclusión no se aplica al tratamiento de callos y durezas y el cuidado de las uñas de los pies para pacientes con diabetes o una enfermedad vascular.

- Cargos por los **servicios de un Médico de guardia**.
- Cargos por **trasplantes de órganos de animales a humanos**.
- **Reclamos recibidos por Cigna después de 90 días** desde la fecha en que se prestó el servicio, salvo (a) en caso de una incapacidad legal, que el plazo se extiende a 15 meses o (b) si Cigna recibe el reclamo después de transcurridos los 90 días, pero lo antes posible dentro de lo razonable.

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 si visita <http://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), con respecto a los beneficios de Medicamentos con receta de esta Póliza, significa el precio de venta minorista en efectivo establecido por la Farmacia.

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, que puede ser una farmacia de entrega a domicilio, 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 mycigna.com y
- ver la Lista de medicamentos con receta en <http://www.cigna.com/ifp-drug-list>, y
- elegir la Lista de medicamentos con receta de Cigna correspondiente a Su estado.

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

Medicamentos cubiertos en virtud de los beneficios médicos

Los Medicamentos para infusión e inyectables incluidos en la Lista de medicamentos 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 <http://www.cigna.com/ifp-drug-list> y
- elegir Su estado.

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

Administración de la Lista de medicamentos con receta

La Lista de medicamentos con receta es 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.

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, el 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, de otro modo aplicable a esos Medicamentos con receta cubiertos según lo establecido en el Programa de beneficios, se reducirá para que los descuentos del programa Patient Assurance Program obtenidos por Cigna se apliquen o acrediten al Copago o Coseguro, si lo hubiera, si el Copago o Coseguro de otro modo aplicable supera la cantidad a razón de la cual el programa Patient Assurance Program reducirá Sus gastos de desembolso para el Medicamento con receta.

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 generarán un crédito aplicable a Su Copago o Coseguro, si lo hubiera, que como se indicó, se reducirá respecto a la cantidad indicada en el Programa de beneficios para los medicamentos de insulina si el Copago o Coseguro de otro modo aplicable supera la cantidad a razón de la cual el programa Patient Assurance Program reducirá Sus gastos de desembolso para el Medicamento con receta. Además, los medicamentos de insulina cubiertos que cumplen con los requisitos para los descuentos del programa Patient Assurance Program no estarán 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 se aplican o acreditan 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.

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.

Acceso a Farmacias minoristas participantes

Los beneficios de Medicamentos con receta deben obtenerse a través de Farmacias minoristas participantes, a menos que: (i) el Medicamento esté sujeto a requisitos de distribución restringida impuestos por la FDA de los Estados Unidos; o que (ii) se requiera una manipulación especial, coordinación del Proveedor o educación del paciente para el medicamento que una farmacia minorista no pueda proporcionar.

Posibilidad de elegir una Farmacia

Este plan le permite elegir, sin limitación, la Farmacia minorista de Su elección para despachar Sus recetas. Este derecho de elección implica que puede obtener Medicamentos con receta cubiertos, incluidos los Medicamentos con receta despachados en suministros para una cantidad extendida de días, en cualquier Farmacia minorista con el Copago o Coseguro de otro modo aplicable a los Medicamentos con receta despachados por una Farmacia participante, siempre que la Farmacia haya notificado a Cigna o quien esta designe, por fax o por otro medio, acerca de su acuerdo para aceptar, como pago total, el reembolso por sus servicios a las tarifas aplicables a las Farmacias participantes, incluido cualquier Copago o Coseguro acorde a los beneficios de este plan. Cigna o quien esta designe deberá permitir la transmisión electrónica o telefónica inmediata del acuerdo de reembolso por parte de la Farmacia y garantizar una rápida verificación de los términos de reembolso a la Farmacia. Usted en ningún caso será responsable de las cantidades que pueda cobrar la Farmacia no participante que superen el Copago o Coseguro y el reembolso de Cigna aplicable a todas las Farmacias participantes cuando reciba un Medicamento con receta cubierto de una Farmacia minorista no participante, incluida una Farmacia minorista que no tiene contrato para despachar suministros para una cantidad extendida de días a través de la red, si esa Farmacia ha presentado un acuerdo de reembolso a Cigna o quien esta designe.

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.
- Productos o suplementos alimenticios especiales cuando los recete un Médico si aceptamos que son Médicamente necesarios.
- Los Medicamentos inyectables autoadministrados y las jeringas para la autoadministración de esos Medicamentos, incluida la Insulina (no se requiere receta); jeringas; adaptadores para inyecciones, monitores de glucosa en sangre, monitores de glucosa en sangre para personas legalmente ciegas; tiras reactivas para medir la glucosa; tiras de cetona para lectura visual; tiras reactivas para orina; lancetas; 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.
- Medicamentos con receta (o medicamentos para pacientes internados o para tratamiento intravenoso) utilizados en el tratamiento del dolor causado por el cáncer debido a que la dosis supera la dosis recomendada del agente para aliviar el dolor si se recetan en cumplimiento con leyes establecidas relativas a los pacientes con dolor intratable causado por el cáncer.

- No se denegarán beneficios para ningún medicamento aprobado por la FDA de los EE. UU. para tratar (i) el cáncer debido a que el medicamento no ha sido aprobado por la FDA de los EE. UU. para el tipo de cáncer específico para el que se recetó el medicamento, o (ii) una indicación cubierta si el medicamento ha sido aprobado por la FDA de los EE. UU. para al menos una indicación si el medicamento está reconocido en compendios de referencia estándares como seguro y eficaz para el tratamiento de ese tipo de cáncer específico o esa indicación cubierta, respectivamente.
- Todos los Medicamentos con receta compuestos que no se administren por infusión y que contengan al menos un ingrediente recetado aprobado por la FDA, preparados a base de un producto farmacéutico terminado aprobado por la FDA y que están cubiertos de otra manera en virtud de los beneficios de Medicamentos con receta, **sin incluir** los polvos incluidos en el compuesto.
- Medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA; se debe cubrir una receta para un suministro para 12 meses de anticonceptivos hormonales si se despachan o entregan en una sola vez.
- 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 recetado por escrito, excepto la insulina, por un Médico y administrado dentro del plazo de un Año a partir de haber sido recetado, con sujeción a las leyes federales o estatales.
- Contar con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos para su uso.
- Ser para 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 con receta de especialidad pueden requerir Autorización previa o precertificación.

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 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.
- Los medicamentos inyectables que requieran supervisión de un Médico y que normalmente no sean considerados un medicamento autoadministrado están cubiertos por los beneficios médicos de este plan y requieren Autorización previa. A continuación, se incluyen ejemplos de medicamentos supervisados por un Médico: medicamentos inyectables usados para tratar la hemofilia y el virus respiratorio sincitial (RSV, por sus siglas en inglés), medicamentos inyectables para quimioterapia, y medicamentos para trastornos endocrinos y metabólicos.
- Medicamentos 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;
- 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 “Medicamentos no aprobados”.
- Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) utilizados con fines diferentes de los aprobados por la FDA, a menos que el medicamento esté reconocido para el tratamiento de la indicación particular en uno de los compendios de referencia estándar (la base de datos American Hospital Formulary Service-Drug Information o AHFS, por sus siglas en inglés) 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, dispositivos y aparatos con receta y de venta 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 médicamente aceptable, como medicamentos para reducir las arrugas, para estimular el crecimiento del cabello, medicamentos para controlar la transpiración y cremas para reducir las manchas de la piel.
- 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;
- 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.
- 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.

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 30 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 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
- **Nota:** Los medicamentos con receta aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para su uso en el tratamiento del dolor causado por el cáncer están cubiertos, aunque superen la dosis recomendada o los límites de suministro en días indicados arriba si el Medicamento con receta tiene por objeto tratar a una Persona asegurada que tiene un dolor intratable causado por el cáncer.
- 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.

Sincronización de los medicamentos

- Cigna permitirá y aplicará una tarifa diaria prorrateada de Costo compartido a los Medicamentos con receta que sean despachados por una Farmacia participante para un suministro parcial si el Médico que recetó el medicamento o el farmacéutico determina que el despacho o la renovación es lo más

conveniente para la Persona asegurada, y esta solicita o acepta un suministro parcial con el fin de sincronizar sus medicamentos, siempre y cuando ese prorrateo para cualquier Medicamento con receta no se produzca más de una vez al Año.

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

Se necesita autorización previa de Cigna para determinados Medicamentos con receta y Suministros relacionados, lo que significa que Su Médico debe obtener la Autorización previa 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 previa antes de que pueda despacharse el medicamento o suministro. Para obtener la Autorización previa, Su Médico debe seguir el Proceso de solicitud de autorización previa 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 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 previa para el Tratamiento escalonado, Su Médico debe seguir el Proceso de solicitud de autorización previa 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 previa y excepción para Medicamentos con receta y Suministros relacionados que se describe a continuación.

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

Para obtener una excepción, Usted o Su Médico pueden 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, o
- Usted ha probado el Medicamento con receta exigido por el Tratamiento escalonado durante Su participación en Su plan de salud actual o anterior, y dejó de tomar el Medicamento con receta debido a la falta de eficacia o efectividad, la disminución del efecto o un evento adverso, o

- Si actualmente está teniendo un resultado terapéutico positivo con un Medicamento con receta recomendado por Su Médico para la afección médica en cuestión durante Su participación en el plan de salud actual o inmediatamente anterior, o
- Si un Medicamento con receta exigido por el Tratamiento escalonado está contraindicado.

Cuando Usted o Su Médico soliciten una excepción relativa a Medicamentos con receta, Suministros relacionados o el Tratamiento escalonado, la solicitud de excepción será revisada y completada por Cigna, a más tardar, 72 horas después de la recepción.

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

Usted o Su Médico pueden 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. Cuando Usted o Su Médico soliciten una excepción relativa a Medicamentos con receta, Suministros relacionados o el Tratamiento escalonado, la revisión acelerada será revisada y completada por Cigna, a más tardar, 24 horas después de la recepción.

Si se aprueba la solicitud de excepción, el medicamento se cubrirá sin costos compartidos adicionales por encima de los de un medicamento incluido en la Lista de medicamentos con receta de Cigna. Su Médico recibirá la confirmación. La Autorización previa/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 previa se otorgará hasta que Usted ya no use el Medicamento con receta o el Suministro relacionado para el cual se haya aprobado la Autorización previa 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 para obtener detalles 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.
Para pedir que los formularios se le envíen por correo, llame al número gratuito de Servicio al Cliente que aparece en la parte de atrás de Su tarjeta de identificación.**

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.

Los beneficios se aplicarán hasta el final del mes en el que se alcance la 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.

Definiciones

Colección de marcos pediátricos se refiere a marcos designados que son adecuados como soporte de lentes y que están cubiertos por completo en virtud de los Beneficios de salud esenciales según lo definido en esta Póliza.

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

Usual y habitual (U&C, por sus siglas en inglés), con respecto a los beneficios de Cuidado de la vista pediátrico en este plan, significa la cantidad que un Médico u otro Proveedor le cobraría a un paciente particular, sin seguro, por los servicios o materiales proporcionados. Para los materiales, esta cantidad incluye el costo del fabricante o mayorista más el margen de ganancia del minorista. El reembolso de los servicios de cuidado de la vista pediátrico basado en los cargos Usuales y habituales se aplica solo en los casos de servicios brindados por Proveedores no participantes debido a una insuficiencia de la red o en caso de emergencia, y no a los cargos por servicios brindados por Proveedores participantes.

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:** Una evaluación de la salud de la vista y de los ojos realizada por un Optometrista o un Oftalmólogo, que incluye, a modo de ejemplo, examen de la salud de los ojos, dilatación, refracción y recetas para anteojos.
- **Lentes de anteojos:** Incluye todos los lentes recetados, incluidos prismas, lentes monofocales estándares, bifocales con línea, trifocales con línea, lenticulares y progresivos estándares de policarbonato, vidrio o plástico, incluidos los siguientes accesorios adicionales:
 - lentes extragrandes;
 - todos los colores lisos y en degradé;
 - recubrimiento contra rayones;
 - recubrimiento ultravioleta (UV);

- mínimo del 20% de ahorro* en todas las mejoras adicionales de los lentes que Usted elija para Sus lentes, que incluyen, a modo de ejemplo: recubrimiento antirreflex; polarizado; lentes de alto índice y estilos de lentes, como bifocales sin línea, intermedios y lentes progresivos premium.

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

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

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

Exclusiones

- Entrenamiento ortóptico o visual y cualquier prueba complementaria asociada.
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos.
- Cualquier examen de la vista, o accesorio correctivo para la vista, requerido por un empleador como condición para el empleo.
- Cualquier Lesión o Enfermedad pagada o pagadera por la Ley de Seguro de Accidentes de Trabajo o una ley similar, o que se relacione con el trabajo, excepto cobertura por cualquier afección médica en virtud de dicha exclusión si (i) una resolución de la Comisión de Compensación del Seguro de Accidentes de Trabajo (Workers' Compensation Commission) deniega beneficios de compensación en relación con dicha afección médica, y no se solicita la revisión de dicha rescisión de conformidad con la legislación aplicable y dentro del plazo estipulado por ella; o (ii) una resolución de la Comisión de Compensación del Seguro de Accidentes de Trabajo, después de su revisión por parte de la Comisión completa, deniega beneficios de compensación en relación con dicha afección médica. Luego del dictado de una resolución de compensación del seguro de accidentes de trabajo de conformidad con la cláusula (i) o (ii) que tenga el efecto de prohibir la aplicación de cualquiera de dichas exclusiones, Cigna proporcionará de inmediato cobertura para dicha afección médica en la medida en que se cubra de otra forma en virtud del contrato, el contrato de suscripción o el plan de servicios de salud. Si, luego de la apelación a la Cámara de Apelaciones o a la Corte Suprema, se dispone que dicha afección médica es indemnizable en virtud de la Ley de Seguro de Accidentes de Trabajo de Virginia (Título 65.2), Cigna

podrá recuperar de la aseguradora de accidentes de trabajo o del empleador aplicable los costos de la cobertura por afecciones médicas que se determinó que eran indemnizables en virtud de la Ley.

- Cargos que superen el cargo Usual y habitual 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 no convencional Experimental, En investigación o No comprobado.
- 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, En Investigación o No comprobados no aprobados por la Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association) o la asociación oftalmológica especializada correspondiente, o en relación con dichos métodos.
- **Reclamos recibidos por Cigna después de 90 días** desde la fecha en que se prestó el servicio, salvo (a) en caso de una incapacidad legal, que el plazo se extiende a 15 meses o (b) si Cigna recibe el reclamo después de transcurridos los 90 días pero lo antes posible dentro de lo razonable.

Proveedores de Cigna Vision

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

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 está inscrita en Medicare por motivos distintos de la edad, 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.

Si una Persona asegurada cumple con los requisitos para recibir cobertura de Medicare debido a su edad, 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 debido a su edad, 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 “miembro” incluirá también a cualquier representante o Proveedor que Usted haya designado para actuar en Su nombre, a menos que se indique lo contrario.

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

Comience con Servicios a los Miembros.

Estamos para escucharlo y ayudarlo. Si tiene alguna inquietud con respecto a alguna persona, un servicio, la calidad de la atención, los beneficios contractuales, una denegación de elegibilidad inicial 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

Para iniciar una apelación, Usted debe enviar una solicitud de apelación por escrito dentro de los 180 días de haber recibido una notificación de denegación a la siguiente dirección:

Cigna
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 revisor Médico o Dentista.

Les comunicaremos Nuestra decisión por escrito o por medios electrónicos a Usted o a Su representante y al Proveedor registrado dentro de los 15 días calendario posteriores a que recibamos la apelación correspondiente a una determinación (decisión) requerida con respecto a la cobertura que sea anterior al servicio o simultánea. Les 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, le brindaremos esta información a Usted tan pronto como sea posible y con suficiente anticipación respecto de la decisión, para que Usted tenga la oportunidad de responder. Asimismo, si Cigna incorpora fundamentos nuevos o adicionales, se los notificaremos tan pronto como sea posible y con suficiente anticipación respecto de la decisión, para que Usted tenga la oportunidad de responder.

Apelaciones aceleradas

Podrá solicitar que se acelere el proceso de apelación si: (a) los plazos de este proceso pusieran en grave peligro Su vida, Su salud o Su capacidad para recuperar el funcionamiento pleno, o a criterio de Su Médico, le hicieran sentir un dolor intenso que no puede manejarse sin los servicios solicitados; o (b) Su apelación está relacionada con la no autorización de una admisión o estadía continua en un Hospital como paciente internado.

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

El Revisor médico de Cigna o el Médico a cargo de Su tratamiento decidirán si se aplican los criterios para una apelación acelerada. En caso de que se acelere una apelación, les comunicaremos la decisión en forma oral a Usted y Su representante o Proveedor lo antes posible, dentro de las 72 horas, teniendo en cuenta las exigencias médicas. Responderemos en forma oral a las apelaciones aceleradas relacionadas con Medicamentos con receta para el alivio del dolor causado por el cáncer dentro de las 24 horas de recibir toda la información necesaria. Haremos un seguimiento por escrito dentro de las 24 horas de la respuesta oral a una apelación acelerada.

Para cualquier revisión simultánea de una solicitud de cuidado de urgencia, la cobertura del tratamiento continuará sin responsabilidad adicional para Usted hasta tanto se le notifique la decisión respecto a la revisión.

Asistencia del estado de Virginia con quejas/apelaciones

Si Usted tiene alguna pregunta acerca de una apelación relativa a servicios de cuidado de la salud que se le brindaron, que no haya sido abordada satisfactoriamente, podrá comunicarse con la Oficina del Defensor de Derechos para la Atención Médica Administrada para recibir asistencia. La información de contacto de la Oficina del Defensor de Derechos para la Atención Médica Administrada del Departamento de Seguros (BOI, por sus siglas en inglés) de Virginia es la siguiente:

Office of the Managed Care Ombudsman
Bureau of Insurance (BOI)
P.O. Box 1157
Richmond, VA 23218
Teléfono gratuito: 1-877-310-6560
Área metropolitana de Richmond: 804-371-9032
Correo electrónico: ombudsman@scc.virginia.gov
Página web: Podrá encontrar información acerca del Defensor de Derechos en la página web de la Comisión de Sociedades Anónimas del Estado:
www.scc.virginia.gov

Si tiene inquietudes vinculadas con la calidad de la atención o el servicio, puede comunicarse con la Oficina de Licencias y Certificación en cualquier momento a:

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

Ningún asegurado que ejerza el derecho de presentar una queja o apelación quedará sujeto a la cancelación de la inscripción ni será penalizado de otro modo por presentar una queja o apelación.

Revisión externa

Si Usted no está completamente satisfecho con la decisión de la revisión de apelación de Cigna con respecto a alguno de los siguientes asuntos: la Necesidad médica, el carácter de servicio Experimental/En investigación, una afección preexistente, una determinación sobre la elegibilidad inicial, la rescisión de la cobertura de salud, una determinación respecto de si Usted tiene derecho a un estándar alternativo razonable para recibir una recompensa en virtud de un programa de bienestar, una determinación respecto de si Su Póliza cumple con las disposiciones sobre limitación del tratamiento no cuantitativo y paridad en la aplicación de técnicas de administración médica que cumplan con la Ley de Paridad de la Salud Mental y Equidad para las Adicciones (Mental Health Parity and Addiction Equity Act), Usted o Su representante autorizado podrán solicitar que Su apelación se transfiera a una Organización de Revisión Independiente. La Organización de Revisión Independiente está integrada por personas que no son empleadas de Cigna ni de ninguna de sus afiliadas. La decisión de usar el nivel voluntario de apelación no afectará los derechos de la persona que hace el reclamo a obtener los demás beneficios en virtud de la Póliza.

Se considerará que ha agotado el proceso de apelación interno si:

- ha completado el proceso de apelación de Cigna;
- ha presentado una apelación por la cual solicitó una revisión de una determinación adversa y, salvo en la medida que Usted haya aceptado una demora, no ha recibido una decisión por escrito de Cigna dentro de los 15 días para reclamos anteriores al servicio y de los 30 días para reclamos posteriores al servicio, después de la fecha en que presentó la apelación a Cigna; o
- ha presentado a Cigna una solicitud de apelación interna acelerada de una determinación adversa. Podrá presentar una solicitud de revisión externa acelerada de la determinación adversa al mismo tiempo. Al recibir una solicitud de revisión externa acelerada de una determinación adversa, la Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés) que lleve adelante la revisión externa determinará si Usted debe completar el proceso de apelación acelerada de Cigna antes de realizar la revisión externa acelerada. La IRO debe notificarle sin demora esta determinación y proceder con la revisión externa acelerada o esperar hasta que se complete el proceso interno de apelación acelerada.
- se podrá presentar una solicitud de revisión externa de una determinación adversa antes de que Usted haya agotado el proceso de apelación interno de Cigna si Cigna acepta no aplicar el requisito de agotar primero esta instancia previa. Si no se aplica este requisito, Usted podrá presentar una solicitud por escrito para una revisión externa estándar. Excepción: Si Su tratamiento está relacionado con el cáncer. Si el tratamiento en cuestión está relacionado con el cáncer, Usted no tiene que agotar el proceso de apelación interno antes de solicitar una revisión externa estándar.
- la solicitud de revisión externa debe presentarse dentro de los 120 días después de que Usted reciba una determinación adversa definitiva. Determinación adversa, en el contexto de la revisión externa, significa que, en función de la información proporcionada, se ha determinado que una admisión, disponibilidad de cuidado, estadía continua u otro servicio de cuidado de la salud no cumple con los requisitos de Necesidad médica, conveniencia, nivel de atención, entorno de cuidado de la salud o eficacia establecidos por Cigna, o se ha determinado que es Experimental o está En investigación.

Apelación externa estándar

Dentro de los 45 días siguientes a la fecha en que reciba una solicitud de revisión externa estándar, la IRO notificará por escrito su decisión de confirmar o revertir la determinación adversa.

Cuando se le notifique la decisión de revertir la determinación adversa o determinación adversa definitiva, Cigna deberá aprobar inmediatamente la cobertura del tratamiento o servicio de cuidado de la salud recomendado o solicitado.

La IRO deberá tener en cuenta los siguientes documentos e información para tomar una decisión, en la medida que estén disponibles:

1. sus registros médicos pertinentes;
2. la recomendación del profesional de cuidado de la salud a cargo;
3. informes de consultoría de los profesionales de cuidado de la salud que correspondan y otros documentos presentados por Cigna o por Usted;
4. los términos de cobertura en virtud de Su plan de beneficios de salud;
5. las pautas más apropiadas, que deberán ser estándares basados en evidencias y pueden incluir otras pautas de práctica desarrolladas por el gobierno federal o asociaciones, juntas y sociedades médicas profesionales o nacionales;
6. los criterios de revisión clínica aplicables desarrollados y utilizados por Cigna para tomar determinaciones adversas; y
7. la opinión del/de los revisor(es) clínico(s) de la IRO tras considerar la información y los documentos descritos en los puntos 1-6 anteriores, en la medida que la información y los documentos estén disponibles y que el/los revisor(es) lo consideren apropiado.

Para tomar una decisión, la IRO no está condicionada por ninguna decisión o conclusión alcanzada durante el proceso de revisión o el proceso de apelación interno de Cigna. Dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a recibir una solicitud de revisión externa, la IRO deberá notificarles por escrito su decisión de confirmar o revertir la determinación adversa o determinación adversa definitiva a Usted, a Cigna y al Departamento de Seguros de Virginia.

Tenga en cuenta que los requisitos de revisión y respuesta impuestos a la IRO pueden ser diferentes de los que se detallan arriba si la determinación adversa está relacionada con un tratamiento Experimental o En investigación. Si Usted desea solicitar una apelación externa de una determinación adversa basada en un tratamiento Experimental o En investigación, comuníquese con Servicio al Cliente al número que aparece en la parte de atrás de Su tarjeta de identificación de miembro o puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Virginia a la información de contacto que se muestra arriba.

Notificación de la IRO:

La IRO deberá incluir lo siguiente en la notificación:

1. Una descripción general del motivo por el cual se solicita la revisión externa;
2. La fecha en la cual concluyó la revisión externa;
3. La fecha de la decisión;
4. Los principales motivos de su decisión, incluso en qué estándares basados en evidencias aplicables, si los hubiera, se basó para tomar su decisión;
5. Los fundamentos de su decisión y referencias a evidencia o documentación, incluidos estándares basados en evidencias, que se tuvieron en cuenta para tomar la decisión.

Procesamiento de la reversión por parte de una IRO:

Al recibir una decisión de revertir la determinación adversa o determinación adversa definitiva, Cigna deberá aprobar inmediatamente la cobertura.

Notificación del derecho a una revisión externa:

1. Cigna deberá notificarle por escrito una determinación adversa o determinación adversa definitiva, y Su derecho a solicitar una revisión externa. La notificación debe incluir el siguiente texto o uno sustancialmente similar:
“Hemos denegado su solicitud para la prestación o el pago de servicios de cuidado de la salud o tratamiento. Es posible que tenga derecho a que profesionales de cuidado de la salud no relacionados con Nosotros revisen Nuestra decisión si esta implicó emitir un juicio sobre la necesidad médica, la conveniencia, el entorno de cuidado de la salud, el nivel de atención o la eficacia del tratamiento o servicio de cuidado de la salud que Usted solicitó, para lo cual deberá presentar una solicitud de revisión externa a la Comisión”.

2. Las determinaciones adversas definitivas también deben incluir la siguiente información relativa a Su derecho de solicitar una revisión externa:
 - a. Podrá solicitar una revisión externa acelerada si:
 - i. Tiene una afección médica a raíz de la cual el plazo para que se complete una revisión externa estándar pondría en grave peligro la vida o la salud de la persona cubierta o Su capacidad para recuperar el funcionamiento pleno.
 - ii. La determinación adversa definitiva involucró una admisión, disponibilidad de cuidado, estadía continua o servicio de cuidado de la salud por los cuales Usted haya recibido servicios de emergencia, pero no se le haya dado el alta del centro.
 - iii. El médico a cargo de Su tratamiento certifica por escrito que una demora en el servicio o tratamiento de cuidado de la salud recomendado o solicitado reduciría significativamente la eficacia del servicio o tratamiento.
 - b. Podrá presentar una solicitud de revisión externa estándar si la determinación adversa definitiva involucra una denegación de cobertura basada en la determinación de que el tratamiento o servicio de cuidado de la salud recomendado o solicitado es Experimental o está En investigación.
3. Cigna también debe incluir los procedimientos de revisión externa estándar y acelerada, y cualquier formulario correspondiente con la notificación del derecho a una revisión externa.

Apelación externa acelerada: Plazos y procesamiento

Usted tiene derecho a solicitar una revisión externa acelerada si tiene cáncer o una afección médica a raíz de la cual el plazo para que se complete una apelación interna acelerada pondría en grave peligro Su vida, Su salud o Su capacidad para recuperar el funcionamiento pleno; y Usted ha presentado una solicitud de apelación interna acelerada de la determinación adversa.

Una revisión externa acelerada debe completarse dentro de las setenta y dos (72) horas.

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

- una afección médica a raíz de la cual el plazo para que se complete la revisión interna acelerada de Cigna pondría en grave peligro Su vida, Su salud o Su capacidad para recuperar el funcionamiento pleno.
- si la cobertura se denegó debido a que Cigna determinó que el servicio de cuidado de la salud solicitado es Experimental o está En investigación, y el Médico a cargo de Su tratamiento certifica por escrito, y respalda la certificación con evidencia, que el servicio o tratamiento de cuidado de la salud recomendado o solicitado sería significativamente menos eficaz si no se iniciara de inmediato; o
- el proveedor de cuidado de la salud que trata al paciente certifica que cumplir con el plazo para la revisión externa estándar pondría en grave peligro la vida o la salud de la persona cubierta, o pondría en peligro su capacidad para recuperar el funcionamiento pleno.

Las determinaciones adversas retrospectivas no cumplen con los requisitos para una revisión acelerada. Si se aprueba Su solicitud de apelación acelerada, la IRO asignada por el BOI tomará una decisión, con la rapidez que exijan Su afección médica o Sus circunstancias, pero en ningún caso más de 72 horas después de la fecha de recibir la solicitud, y mantendrá o revertirá la determinación adversa. Usted, Cigna y el BOI recibirán una notificación por escrito dentro de las 48 horas siguientes a la fecha en que se comunicó la determinación inicial.

Cuando se le notifique la decisión de revertir la determinación adversa o determinación adversa definitiva, Cigna deberá aprobar inmediatamente la cobertura del tratamiento o servicio de cuidado de la salud recomendado o solicitado.

Tenga en cuenta que los requisitos de revisión y respuesta impuestos a la IRO pueden ser diferentes de los que se detallan arriba si la determinación adversa está relacionada con un tratamiento Experimental o En investigación. Si Usted desea solicitar una apelación externa de una determinación adversa basada en un tratamiento Experimental o En investigación, comuníquese con Servicio al Cliente al número que aparece en la parte de atrás de Su tarjeta de identificación de miembro o puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Virginia a la información de contacto que se muestra arriba.

Notificación de determinación de beneficios en caso de apelación

La notificación de una decisión en caso de apelación se proporcionará por escrito o por medios electrónicos, y, si se trata de una determinación adversa, incluirá: (1) las calificaciones profesionales y la licencia de la(s) persona(s) encargada(s) de revisar la apelación; (2) una declaración del motivo de Su apelación, según lo entendido por los revisores; (3) (1) información suficiente para identificar el reclamo; (2) el (los) motivo(s) específico(s) de la decisión de denegar, incluida la decisión de los revisores en términos claros y el fundamento médico lo suficientemente detallado para que Usted pueda responder con respecto a la posición de Cigna; (3) una referencia a las disposiciones específicas de la Póliza sobre las que se basó la decisión; (4) una declaración que indique que la persona que hizo el reclamo tiene derecho a recibir, a solicitud y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, registros y otra Información relevante, según la definición, así como copias de esta documentación; (5) a solicitud y sin cargo, una copia de cualquier norma, pauta o protocolo interno, u otro criterio similar, en los que se haya basado la determinación adversa con respecto a Su apelación, y una explicación del criterio científico o clínico si la determinación se basa en una exclusión o limitación por Necesidad médica, tratamiento Experimental u otra exclusión o limitación similar; e (6) información e información de contacto del Programa de Asistencia para Pacientes con Atención Médica Administrada. 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 a la Póliza 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.

Términos de la Póliza

- **Totalidad del contrato:** Esta Póliza, que incluye la página de especificaciones, los endosos 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.
- **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, 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 del período de gracia.

Si Usted adquirió Su Póliza en un Mercado y decidió recibir el crédito fiscal por las Primas por adelantado, tendrá un período de gracia de noventa (90) días consecutivos durante los que pueden pagarse las Primas sin perder la cobertura. La cobertura continuará durante el período de gracia; sin embargo, los reclamos por servicios prestados después de los primeros 31 días del período de gracia quedarán pendientes (servicios médicos) o se denegarán (Medicamentos con receta) hasta que se pague Su Prima. Cuando

pague Sus Primas, Sus reclamos médicos se procesarán para la cobertura, y Usted tendrá que presentar el formulario de reclamo del miembro y los recibos correspondientes a Sus reclamos de Medicamentos con receta para recibir un reembolso. Consulte la sección Farmacia de esta Póliza para obtener información sobre cómo presentar reclamos de Medicamentos con receta. 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, con sujeción al período de gracia.

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

1. Si Usted no paga Sus Primas en la fecha de vencimiento con sujeción al período de gracia de 31 días para planes no contratados a través de un Mercado o el período de gracia de 90 días para planes contratados a través de un Mercado.
2. Si Usted incurrió en algún acto o práctica que constituye fraude, o hizo una tergiversación intencional de un dato sustancial conforme a los términos de esta Póliza o la cobertura.
3. Si dejamos de ofrecer pólizas de este tipo a todas las personas de Su clase. En este caso, la ley de Virginia exige que cumplamos con los siguientes requisitos: (1) cursar notificación por escrito a cada Persona asegurada respecto de la interrupción de la cobertura al menos 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.
4. Si dejamos de ofrecer algún plan en el mercado de cobertura individual de Virginia, le notificaremos la extinción inminente de Su cobertura al menos 180 días antes de Su cancelación.
5. Cuando la Persona asegurada deje de vivir o trabajar en el Área de servicio.
6. En caso de dictado de una sentencia definitiva por parte de un juez 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.

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

▪ **Cancelación solicitada por Usted. Usted podrá cancelar esta Póliza:**

Usted podrá cancelar Su Póliza en cualquier momento mediante notificación por escrito entregada o enviada por correo a Cigna. Su cancelación entrará en vigor cuando recibamos Su notificación o en la fecha posterior que Usted especifique en la notificación. En caso de cancelación, Cigna reembolsará la parte no devengada de cualquier Prima pagada. La Prima devengada se computará en forma prorrateada. La cancelación se realizará sin perjuicio de los reclamos que se originen antes de la Fecha de entrada en vigor de la cancelación.

Si Usted se convierte en un miembro de las fuerzas armadas en servicio activo, cancelaremos Su Póliza y le reembolsaremos la Prima en forma prorrateada cuando recibamos una notificación por escrito del servicio militar. Nota: Si un Dependiente cubierto por Su Póliza se convierte en un miembro de las

fuerzas armadas en servicio activo, la cancelación de la cobertura se aplicará solo a ese Dependiente y no a toda la Póliza.

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. Le enviaremos una notificación por escrito de la intención de aumentar la Prima anual o cualquier deducible 75 días antes de la renovación de la cobertura. Esta Póliza individual se renueva el 1 de enero de cada Año.

▪ **Rehabilitación:**

Si esta Póliza se cancela porque Usted no pagó Su Prima dentro del período de gracia, y si Nosotros, o un agente a quien hemos autorizado para aceptar la Prima, luego acepta un pago retrasado de la Prima de Su parte sin pedirle una solicitud de rehabilitación, restableceremos esta Póliza a partir de esa fecha.

Si se requiere una solicitud y esta se acepta, la Póliza se restablecerá a partir de la fecha de la aprobación. Sin embargo, si requerimos una solicitud de rehabilitación y le emitimos un recibo condicional por el pago atrasado de Su Prima, solo restableceremos esta Póliza si aprobamos Su solicitud de rehabilitación o, a falta de dicha aprobación, el día número cuarenta y cinco luego de la fecha de Nuestro recibo condicional si para esa fecha no le hemos notificado por escrito Nuestra desaprobación de Su solicitud.

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 vencida, 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 incurrió en algún acto o práctica que constituye fraude, o hizo una tergiversación intencional de un dato sustancial en virtud de los términos de esta cobertura, 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, salvo el pago de las primas por parte de los Miembros de Su familia o un Tercero responsable del pago aceptable.

▪ **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 3 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 resida la Persona asegurada en dicha fecha o a una ley federal, será modificada para que cumpla con los requisitos mínimos de dichas leyes.

- **Disposición para casos de nulidad parcial:** Si alguna disposición o alguna palabra, término, cláusula o parte de alguna disposición de esta Póliza resultara nula, por cualquier motivo, quedará sin efecto, pero el resto de esta Póliza y de la disposición no se verá afectado y permanecerá en plena vigencia y efecto.
- **Las Personas aseguradas son las únicas personas con derecho a recibir beneficios en virtud de esta Póliza.** CUALQUIER ACTO, PRÁCTICA U OMISIÓN QUE CONSTITUYA UN USO FRAUDULENTO DE DICHOS BENEFICIOS PROVOCARÁ LA RESCISIÓN DE ESTA PÓLIZA.
- 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**

- **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.
- **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,** a menos que la Persona asegurada haya pagado el reclamo en su totalidad, en cuyo caso le otorgaremos un reembolso a la Persona asegurada. 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, podremos, 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, a menos que los beneficios se cedan a proveedores de servicios de transporte vehicular para servicios médicos de emergencia, dentistas o cirujanos bucales, de conformidad con las secciones 38.2-3407.9 y 38.2-3407.13 del Código de Virginia. Cuando los beneficios se les paguen a Usted o a 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 recibimos un reclamo de un Proveedor en país extranjero por una Afección médica de emergencia,** cualquier pago que pudiera corresponder se enviará a la Persona asegurada. La Persona asegurada es responsable de pagarle al Proveedor en país extranjero. Mediante estos pagos, cumpliremos Nuestra obligación para con la Persona asegurada respecto de dichos servicios.

- **El pago de beneficios para reembolsar Gastos cubiertos pagados por un hijo que cumple con los requisitos, o por el padre que ejerce la custodia de ese hijo o por su tutor legal**, se efectuará al hijo, al padre que ejerce la custodia o a su tutor legal, o bien a un funcionario estatal cuyo nombre y dirección figuren en lugar del nombre y dirección del hijo que cumple con los requisitos.
- **Cigna le cursará notificación por escrito** en un plazo razonable si se extingue la relación con cualquier Proveedor de cuidado primario de la Persona asegurada que le estaba brindando servicios de cuidado de la salud a la Persona asegurada, si este incurre en incumplimiento o no puede cumplir con sus obligaciones en virtud del contrato del Proveedor; o si se extingue la relación con cualquier otro Proveedor participante, si este incurre en incumplimiento o no puede cumplir con sus obligaciones en virtud del contrato del Proveedor.
- **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.
 - Salvo cuando el contrato del Proveedor se haya rescindido con causa, el tratamiento continuo de una Persona asegurada que al momento de la rescisión ha recibido un diagnóstico de una enfermedad terminal, siempre que dicho tratamiento esté directamente relacionado con la Enfermedad terminal. A entera discreción de la Persona asegurada, el tratamiento continuará durante el resto de la vida de la Persona asegurada.
- **Le proporcionaremos a la Persona asegurada una lista actualizada de Proveedores participantes locales cuando la 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, 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.
- **Si Cigna no exigiera el cumplimiento de alguna disposición de esta Póliza,** esto no significará que anularemos, modificaremos o declararemos inaplicable dicha disposición en algún otro momento, independientemente de que las circunstancias sean las mismas o no.
- **Si las Personas aseguradas estaban cubiertas por una Póliza individual de Cigna anterior que se reemplaza por esta Póliza sin interrupción de la cobertura:**
 - Los beneficios utilizados en virtud de la Póliza anterior se imputarán a los beneficios pagaderos en virtud de esta Póliza.
- **En caso de dictado de una sentencia definitiva por parte de un juez 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 se regirá por todas las leyes federales y estatales de aplicación continua, incluidas las leyes que rigen la modificación o cancelación de dicha cobertura.

▪ **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

Los seguros de la Persona asegurada vigentes en cualquier momento en virtud de una o más Pólizas similares a las de Cigna se limitan a una única Póliza elegida por la Persona asegurada, su beneficiario o sus herederos, según el caso, y Cigna devolverá todas las Primas pagadas por todas esas otras Pólizas.

Cómo presentar un reclamo de beneficios

Notificación del reclamo: Se deberá proporcionar una notificación por escrito del reclamo dentro de los 20 días siguientes al comienzo de una pérdida cubierta o tan pronto como sea razonablemente posible. La notificación puede enviarse a Cigna a P.O. Box 188061 Chattanooga, TN 37422. La notificación debe incluir el nombre de la Persona asegurada y la persona que hace el reclamo, si fuera diferente de la Persona asegurada, y el número de identificación de miembro.

Primas impagas: Cuando se pague un reclamo, las primas adeudadas e impagas podrán deducirse del pago del reclamo.

Formularios de reclamo: Cuando Cigna reciba la notificación del reclamo, le enviaremos a la persona que lo presente los formularios para que proporcione una prueba de pérdida. Si estos formularios no se proporcionan a la persona que haga el reclamo en el término de 15 días a partir de que se curse dicha notificación, la persona cumplirá con los requisitos de prueba de pérdida mediante la presentación a Cigna de una declaración por escrito acerca de la naturaleza y el alcance de la pérdida dentro de los plazos establecidos en la sección "Pruebas de pérdida". También puede obtener los formularios de reclamo necesarios en www.cigna.com, en *HealthCare Providers, Coverage and Claims, Claims* (Proveedores de cuidado de la salud, cobertura y reclamos, Reclamos), o llamando a Servicios a los Miembros al número gratuito que aparece en Su tarjeta de identificación.

Recordatorios sobre los reclamos:

- ASEGÚRESE DE USAR SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO Y SU NÚMERO DE CUENTA CUANDO PRESENTE FORMULARIOS DE RECLAMO O CUANDO LLAME A SU OFICINA DE RECLAMOS DE Cigna.
 - SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO 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: Si la Póliza establece el pago periódico por una pérdida continua, se debe proporcionar a Cigna una prueba de pérdida por escrito dentro de los 90 días siguientes al fin de cada período por el cual Cigna sea responsable. Para cualquier otra pérdida, la prueba por escrito deberá proporcionarse dentro de los 90 días siguientes a dicha pérdida. Si no fue razonablemente posible dar una prueba por escrito en el plazo requerido, Cigna no reducirá ni denegará el reclamo por este motivo si la prueba se presenta tan pronto como es razonablemente posible. En cualquier caso, salvo en ausencia de capacidad legal, la prueba requerida debe proporcionarse a más tardar un Año después de la fecha especificada.

Cesión de pagos de reclamos:

El pago por los beneficios médicos puede cederse al Proveedor; cuando Usted cede beneficios a un Proveedor, cede la cantidad total del reembolso por 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.

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.

Pago de reclamos: Los beneficios se pagarán a la Persona asegurada. Cigna podrá pagar la totalidad o una parte de las indemnidades proporcionadas por servicios de cuidado de la salud al Proveedor de servicios de cuidado de la salud, a menos que la Persona asegurada indique lo contrario por escrito antes de la presentación de las pruebas de pérdida. Cigna no puede exigir que los servicios sean brindados por un Proveedor de servicios de cuidado de la salud en particular.

Procedimientos de determinación de reclamos

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 2 días hábiles a partir de la recepción de la solicitud si no se requiere información adicional. 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 dos días hábiles 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 su funcionalidad plena, o (b) a criterio de un Médico con conocimiento de la afección médica de la Persona asegurada, le hicieran sentir un dolor intenso que no puede controlarse sin los servicios solicitados, Cigna realizará la determinación previa al servicio en forma acelerada. El revisor Médico de Cigna, previa consulta con el Médico a cargo del tratamiento, decidirá si es necesaria una determinación acelerada. Cigna notificará a la Persona asegurada o a su representante acerca de una determinación acelerada en el término de un día calendario, 24 horas, a partir de la recepción de la solicitud. Las determinaciones relacionadas con los Medicamentos con receta para el cáncer se harán dentro de las 24 horas. No obstante, si en la solicitud acelerada falta información, Cigna notificará a la Persona asegurada o a su representante en el término de un día calendario 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 podrán emitirse en forma oral, seguidas de una notificación escrita o electrónica dentro del plazo de 3 días calendario.

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 dos días hábiles 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 dos días hábiles 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 reanuda 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 reanuda 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 de la Póliza 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):

- a. La eliminación o incorporación de una nueva Persona asegurada que cumple con los requisitos correspondientes;
- b. Un cambio en la edad de cualquier Persona asegurada que implique una Prima más alta;
- c. Un cambio de domicilio;
- d. La aplicación de cargos adicionales como resultado de un pago retrasado o devuelto.

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

Cigna también se reserva el derecho a modificar la Prima mediante notificación cursada por escrito 75 días antes de la fecha de renovación propuesta. 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.

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 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.