

**Cigna Health and Life Insurance Company (“Cigna”)
Cigna Connect Flex Bronze 6900
Native American/Alaska Native Over 300% Plan**

PROGRAMA DE BENEFICIOS (QUIÉN PAGA QUÉ)

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

NOTA: Los beneficios incluidos en la siguiente tabla muestran el pago de los Gastos cubiertos. Usted será responsable de las cantidades de Coseguro que se indican a continuación una vez que se haya alcanzado cualquier Deducible o Copago aplicable, a menos que se especifique lo contrario. Usted también será responsable de las cantidades de Copago indicadas.

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 Condición médica de emergencia. Para obtener más detalles, consulte la sección “Pagos a cargos del Miembro” de Su Póliza.

PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS	PROVEEDOR PARTICIPANTE
Nota:	(En función de la Tarifa negociada) por Gastos cubiertos
Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.	USTED PAGA:
Beneficios médicos	
Deducible	
Individual	\$6,900
Grupo familiar	\$13,800
Desembolso máximo	
Individual	\$8,550
Grupo familiar	\$17,100
Coseguro	50%

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**Nota:**

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

PROVEEDOR PARTICIPANTE

(En función de la Tarifa negociada) por Gastos cubiertos

USTED PAGA:**Programa de Autorización previa**

Autorización previa – Servicios para pacientes internados

Autorización previa – Servicios para pacientes ambulatorios

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

Su Proveedor participante debe obtener la aprobación para las admisiones de pacientes internados. Si no lo hace, es posible que deba pagar una multa o que se le deniegue el pago por los servicios proporcionados.

Su Proveedor participante debe obtener la aprobación para determinados procedimientos y servicios para pacientes ambulatorios. Si no lo hace, es posible que deba pagar una multa o que se le deniegue el pago por los servicios proporcionados.

Todos los servicios de cuidado preventivo para pacientes sanos

Consulte la sección “Beneficios/Cobertura (Lo que está cubierto)” de esta Póliza para obtener más detalles.

0%, no se aplica el Deducible

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

Tenga en cuenta que la red de 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%, no se aplica el Deducible

Anteojos para niños
Limitado a un par cada dos Años

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

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**PROVEEDOR PARTICIPANTE****Nota:****(En función de la Tarifa negociada) por Gastos cubiertos****Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.****USTED PAGA:**

<p>Lentes de contacto para niños Limitado a un par o suministro cada dos Años</p> <p>Opcionales</p> <p>Terapéuticos</p> <p>Servicios para personas con poca visión Se aplican límites semestrales</p> <p>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.</p>	<p>0% por par, no se aplica el Deducible</p> <p>0% por par, no se aplica el Deducible</p> <p>0%, no se aplica el Deducible</p>
<p>Servicios del Médico</p> <p>Visita al consultorio o a domicilio</p> <p>Médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)</p> <p>Médico especialista (incluidos servicios de consulta y segunda opinión)</p>	<p>Copago de \$50 por Visita al consultorio, no se aplica el Deducible</p> <p>50%</p>
<p>Otros servicios del Médico</p> <p>Cirugía en el consultorio del Médico</p> <p>Honorarios profesionales para pacientes ambulatorios (incluye cirugía, anestesia, procedimientos de diagnóstico, diálisis, radioterapia)</p> <p>Cirugía, anestesia, radioterapia y quimioterapia para pacientes internados</p> <p>Visitas hospitalarias</p> <p>Pruebas y tratamiento/inyecciones para alergias</p>	<p>50%</p> <p>50%</p> <p>50%</p> <p>50%</p> <p>50%</p>
<p>Atención virtual</p> <p>Servicio de Médicos de atención virtual exclusivos para condiciones médicas agudas menores</p> <p>Servicio de atención virtual de Médicos participantes que no sean Médicos de atención virtual exclusivos. (Este beneficio excluye los servicios prestados por teléfono únicamente)</p> <p>Nota: Las Recetas expedidas durante una visita virtual están sujetas a todos los beneficios, limitaciones y exclusiones de los Medicamentos con receta.</p>	<p>Copago de \$0 por Visita al consultorio, no se aplica el Deducible</p> <p>El mismo beneficio que cuando el servicio se proporciona en persona</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**PROVEEDOR PARTICIPANTE****Nota:****(En función de la Tarifa negociada) por Gastos cubiertos****Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.****USTED PAGA:****Servicios de un Programa de salud para indígenas/Programa de salud tribal***

Cualquier Servicio cubierto proporcionado por un Programa de salud para indígenas o Programa de salud tribal

Nota: Estos beneficios se aplican solamente para una Persona asegurada que sea miembro de una tribu de amerindios reconocida a nivel federal o que sea nativa de Alaska y que esté inscrita en un plan adquirido a través del Mercado.

* Consulte la sección Definiciones de la Póliza para obtener información adicional sobre el "Programa de salud para indígenas" y el "Programa de salud tribal".

0%, no se aplica el Deducible

Servicios hospitalarios**Servicios hospitalarios para pacientes internados**

Cargos del centro

50%

Honorarios profesionales

50%

Admisiones de emergencia

Cargos del centro

Honorarios profesionales

Consulte el programa de beneficios de Servicios de emergencia para conocer los beneficios para servicios específicos.

Tratamiento para pacientes internados en un programa de rehabilitación multidisciplinario

50%

Máximo de 60 días por condición, por Año calendario

Servicios de anticonceptivos para mujeres, planificación familiar y esterilización

0%, no se aplica el Deducible

Esterilización masculina

Se aplica un Copago o Coseguro por el beneficio específico proporcionado

Maternidad (embarazo y parto)/complicaciones del embarazo

Visita inicial para confirmar el embarazo y visitas prenatales subsiguientes facturadas por separado de la tarifa "total"

Se aplica el beneficio de Visita al consultorio del PCP o Especialista

Servicios prenatales, posnatales y parto facturados como una tarifa "total"

50%

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>Parto en el Hospital</p> <p>Pruebas o tratamientos prenatales facturados por separado de la tarifa "total"</p> <p>Visita o tratamiento posnatales facturados por separado de la tarifa "total"</p>	<p>Se aplica el beneficio de servicios hospitalarios para pacientes internados</p> <p>Se aplica un Copago o Coseguro por el servicio específico proporcionado</p> <p>Se aplica un Copago o Coseguro por el servicio específico proporcionado</p>
<p>Servicios en centros para pacientes ambulatorios Incluye centros de diagnóstico y Centros quirúrgicos independientes para pacientes ambulatorios, y centros hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	<p>50%</p>
<p>Imágenes radiológicas avanzadas (incluye resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés), angiografías por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), tomografías axiales computarizadas (CAT, por sus siglas en inglés), tomografías por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés) y medicina nuclear) Cargos del centro y por la interpretación</p>	<p>50%</p>
<p>Todos los demás servicios de laboratorio y radiología Cargos del centro y por la interpretación</p> <p>Consultorio del Médico</p> <p>Centro de radiografías o laboratorio independiente</p> <p>Servicios de laboratorio o radiografías en un Hospital para pacientes ambulatorios</p>	<p>50%</p> <p>50%</p> <p>50%</p>
<p>Servicios de rehabilitación Fisioterapia, Terapia ocupacional y terapia del habla</p> <p>Máximo de 20 visitas para cada terapia por Persona asegurada, por Año calendario</p> <p><u>Nota: El máximo no se aplica a los servicios por el tratamiento de Trastornos del espectro autista.</u></p>	<p>50%</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**PROVEEDOR PARTICIPANTE****Nota:****(En función de la Tarifa negociada) por Gastos cubiertos****Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.****USTED PAGA:**

Terapias de rehabilitación para Personas aseguradas con defectos congénitos y anomalías de nacimiento Fisioterapia, Terapia ocupacional y terapia del habla Máximo de 20 visitas para cada terapia por Persona asegurada, por Año calendario.	50%
Servicios de habilitación Máximo de 20 visitas para cada terapia por Persona asegurada, por Año calendario. <u>Nota: El máximo no se aplica a los servicios por el tratamiento de Trastornos del espectro autista.</u>	50%
Servicios de audición Exámenes y pruebas de audición Servicios y suministros para la audición Aparatos auditivos (límite de 1 par por hijo hasta los 18 años cada 3 Años)	50%
Cuidado dental (que no sea pediátrico) Limitada al tratamiento de lesiones accidentales de los dientes naturales en el término de 6 meses de producida la lesión accidental Anestesia para procedimientos dentales	50%
Rehabilitación cardíaca y pulmonar	50%
Servicios quiroprácticos Máximo de 20 visitas por Persona asegurada, por Año calendario	50%
Tratamiento de la Disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ/TMD, por sus siglas en inglés)	50%
Alimentos médicos para tratar trastornos metabólicos hereditarios	50%
Fórmula basada en aminoácidos para tratar el trastorno gastrointestinal eosinofílico	50%

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**PROVEEDOR PARTICIPANTE****Nota:****(En función de la Tarifa negociada) por Gastos cubiertos****Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.****USTED PAGA:**

Trastornos del espectro autista Diagnóstico del Trastorno del espectro autista Visita al consultorio Pruebas de diagnóstico Tratamiento del Trastorno del espectro autista (consulte la sección “ Beneficios/Cobertura (Lo que está cubierto) ” para obtener información específica sobre cuáles son los servicios cubiertos)	Se aplica el beneficio de Visita al consultorio del PCP o Especialista 50% Se aplica un Copago o Coseguro por el beneficio específico proporcionado
Servicios para pacientes internados en Otros centros de cuidado de la salud Incluye Centros de cuidados especiales, Hospitales de rehabilitación y Centros de cuidados subagudos Máximo de 100 días por Persona asegurada, por Año calendario para Centro de cuidados especiales.	50%
Servicios de cuidado de la salud en el hogar Máximo de 28 horas por semana	50%
Equipo médico duradero	50%
Dispositivos ortopédicos	50%
Equipos y suministros para la lactancia Nota: Incluye el alquiler de un sacaleches por nacimiento según lo indique o recete un Médico. Incluye los Suministros relacionados.	0%, no se aplica el Deducible
Dispositivos protésicos externos	20%, no se aplica el Deducible
Aparatos ortopédicos	50%
Atención de enfermos terminales Cuidado de rutina en el hogar Paciente internado Paciente ambulatorio	50% 50% 50%
Diálisis Paciente internado Paciente ambulatorio	Se aplica el beneficio de servicios hospitalarios para pacientes internados 50%

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**PROVEEDOR PARTICIPANTE****Nota:**

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

(En función de la Tarifa negociada) por Gastos cubiertos

USTED PAGA:

Trastorno de salud mental (incluye Trastornos de salud mental relacionados con el comportamiento)

Pacientes internados (incluye el tratamiento residencial y agudo)

Pacientes ambulatorios (incluye tratamiento individual, grupal, intensivo para pacientes ambulatorios y hospitalización parcial)

Visita al consultorio

Telesalud/terapia virtual

Todos los demás servicios para pacientes ambulatorios

Se aplica el beneficio de servicios hospitalarios para pacientes internados

Se aplica el beneficio de Visita al consultorio del especialista

El mismo beneficio que cuando el servicio se proporciona en persona

50%

Trastorno de consumo de sustancias

Rehabilitación para pacientes internados (incluye tratamiento residencial y agudo)

Desintoxicación para pacientes internados

Paciente ambulatorio (incluye tratamiento individual, grupal, intensivo para pacientes ambulatorios y hospitalización parcial)

Visita al consultorio

Todos los demás servicios para pacientes ambulatorios

Se aplica el beneficio de servicios hospitalarios para pacientes internados

Se aplica el beneficio de servicios hospitalarios para pacientes internados

Se aplica el beneficio de Visita al consultorio del especialista

50%

Trasplantes de órganos y tejidos

Centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network®

Beneficio de viaje (disponible únicamente a través de un Centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network®)

Pago máximo de por vida de \$10,000 para beneficio de viaje

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

0%

Se aplica el beneficio de servicios hospitalarios para pacientes internados

Sin cobertura

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**PROVEEDOR PARTICIPANTE****Nota:**

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

(En función de la Tarifa negociada) por Gastos cubiertos

USTED PAGA:

<p>Servicios de dispositivo de asistencia ventricular</p> <p>Centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network®</p> <p>Centro participante que no sea de LifeSOURCE contratado específicamente para proporcionar servicios de dispositivo de asistencia ventricular</p> <p>Centro participante que NO sea contratado específicamente para proporcionar servicios de dispositivo de asistencia ventricular</p>	<p>0%</p> <p>Se aplica el beneficio de servicios hospitalarios para pacientes internados</p> <p>Sin cobertura</p>
<p>Infertilidad (Consulte la sección “Beneficios/Cobertura (Lo que está cubierto)” para obtener información específica sobre qué servicios están cubiertos y límites a los beneficios que puedan aplicarse)</p> <p>Paciente internado</p> <p>Paciente ambulatorio</p>	<p>Se aplica el beneficio de servicios hospitalarios para pacientes internados</p> <p>50%</p>
<p>Cirugía bariátrica (Con sujeción a la necesidad médica)</p> <p>Paciente internado</p> <p>Paciente ambulatorio</p>	<p>Se aplica el beneficio de servicios hospitalarios para pacientes internados</p> <p>50%</p>
<p>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.</p>	<p>50%</p>
<p>Servicios y suministros específicos para diabéticos</p>	<p>0%, no se aplica el Deducible</p>

PROGRAMA DE BENEFICIOS DE SERVICIOS DE EMERGENCIA

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS	Lo que paga Usted por Proveedores participantes en función de la Tarifa negociada por Gastos cubiertos	Lo que paga Usted por Proveedores no participantes en función del Cargo máximo reembolsable por Gastos cubiertos
Servicios de emergencia Esta Póliza cubre los Servicios de emergencia de Proveedores participantes y no participantes; los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.		
Sala de emergencias del Hospital		
Condición médica de emergencia	50%	Se aplica el Costo compartido Dentro de la red
Condición médica que no es de emergencia	Sin cobertura (Usted paga el 100% de los cargos)	Sin cobertura (Usted paga el 100% de los cargos)
Centro de cuidado de urgencia		
Condición médica de emergencia	Copago de \$60, no se aplica el Deducible	Se aplica el Costo compartido Dentro de la red
Condición médica que no es de emergencia	Copago de \$60, no se aplica el Deducible	Sin cobertura (Usted paga el 100% de los cargos)
Servicios de ambulancia Nota: cobertura para transporte Médico necesario: al centro más cercano capaz de tratar la Condición médica de emergencia		
Transporte de emergencia	50%	50%
Servicios hospitalarios para pacientes internados (para admisión de emergencia en un Hospital de cuidados agudos) Cargos del centro hospitalario (Los Servicios de emergencia prestados por un Proveedor no participante se cubren al nivel de beneficios Dentro de la red hasta que el paciente pueda ser trasladado a un centro participante. Los beneficios de centros no participantes no se cubren desde el momento en que el paciente puede ser trasladado, ya sea que se traslade o no).	50%	El Costo compartido Dentro de la red se aplica hasta que pueda trasladarse a un Hospital Dentro de la red; si no se traslada, no tiene cobertura (Usted paga el 100% de los Cargos)
Servicios profesionales	50%	El Costo compartido Dentro de la red se aplica hasta que pueda trasladarse a un Hospital Dentro de la red; si no se traslada, no tiene cobertura (Usted paga el 100% de los Cargos)

PROGRAMA DE BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS	FARMACIA MINORISTA USTED PAGA		EXPRESS SCRIPTS PHARMACY, LA FARMACIA DE ENTREGA A DOMICILIO DE CIGNA USTED PAGA
USTED DEBERÁ PAGAR LAS CANTIDADES QUE SE MUESTRAN A CONTINUACIÓN 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.</p> <p>Puede obtener un suministro para hasta 90 días de cualquier Medicamento con receta o Suministro relacionado cubierto en una Farmacia minorista con despacho para 90 días o a través de Express Scripts Pharmacy, la Farmacia de entrega a domicilio de Cigna.</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> <p>Para todos los medicamentos de insulina cubiertos por esta Póliza, la cantidad de Su Costo compartido tendrá un tope de modo que la cantidad que deba pagar por un medicamento de insulina con receta cubierto no supere los \$100 dólares por suministro para 30 días. No se aplicará el Deducible.</p>			
<u>Deducible para Medicamentos con receta</u>	Los Deducibles individual y familiar que se muestran en el programa de beneficios se aplican a los Medicamentos con receta y Suministros relacionados.		
	Programa de medicamentos para Farmacias minoristas de Cigna USTED PAGA POR RECETA O RENOVACIÓN:	Express Scripts Pharmacy, la Farmacia de entrega a domicilio de Cigna 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.	50% por Receta o renovación Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista con despacho para 90 días.	50% por Receta o renovación Suministro máximo para hasta 90 días	

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS	FARMACIA MINORISTA USTED PAGA	EXPRESS SCRIPTS PHARMACY, LA FARMACIA DE ENTREGA A DOMICILIO DE CIGNA USTED PAGA
USTED DEBERÁ PAGAR LAS CANTIDADES QUE SE MUESTRAN A CONTINUACIÓN DESPUÉS DE ALCANZAR CUALQUIER DEDUCIBLE APLICABLE		
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.	50% por Receta o renovación Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista con despacho para 90 días.	50% por Receta o renovación Suministro máximo para hasta 90 días
Nivel 3: Este nivel generalmente incluye Medicamentos de marca preferida y algunos Medicamentos genéricos de alto costo.	50% por Receta o renovación Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista con despacho para 90 días.	50% por Receta o renovación Suministro máximo para hasta 90 días
Nivel 4: Este nivel generalmente incluye Medicamentos de marca no preferida y algunos Medicamentos genéricos de alto costo.	50% por Receta o renovación Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista con despacho para 90 días.	50% por Receta o renovación Suministro máximo para hasta 90 días
Nivel 5: Este nivel generalmente incluye Medicamentos de especialidad y Medicamentos genéricos y de marca de alto costo.	50% por Receta o renovación Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 30 días en una Farmacia minorista para 90 días	40% por Receta o renovación Suministro máximo para hasta 30 días

**INFORMACIÓN SOBRE LOS
BENEFICIOS**

**FARMACIA MINORISTA
USTED PAGA**

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

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

**Medicamentos preventivos
independientemente del Nivel**

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

- anticonceptivos femeninos recetados por un Médico y que son Genéricos o De marca sin una alternativa Genérica disponible; y
- productos para dejar de fumar, con un límite máximo de 2 regímenes de tratamiento de 90 días

0%, no se aplica el Deducible por Receta o renovación Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante
o
Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista para 90 días

0%, no se aplica el Deducible por Receta o renovación Suministro máximo para hasta 90 días

PORTADA (CARÁTULA)

Cigna Health and Life Insurance Company puede modificar las Primas de esta Póliza mediante notificación cursada por escrito a la Persona asegurada con 60 días de anticipación. No obstante, no modificaremos la tabla de Primas de esta Póliza en forma individual, sino para todas las Personas aseguradas de la misma clase que estén cubiertas en virtud del mismo plan que Usted.

**Cigna Health and Life Insurance Company (“Cigna”)
Cigna Connect Flex Bronze 6900
Native American/Alaska Native Over 300% Plan**

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, escribanos a:

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

Incluya Su número de ID de Cigna en la correspondencia. Este número se encuentra en Su tarjeta de ID de Cigna. También puede llamar al número que aparece en la parte de atrás de Su tarjeta de ID para obtener información.

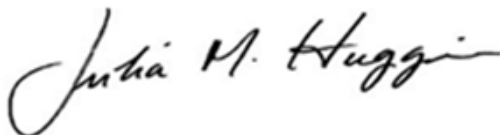
¡ES POSIBLE QUE ESTA PÓLIZA NO SE APLIQUE CUANDO TENGA UN RECLAMO! ¡LEA ESTE AVISO! Cigna Health and Life Insurance Company (en este documento denominada Cigna) le emitió esta Póliza sobre la base de la información que Usted proporcionó en Su solicitud. Si tiene conocimiento de que Su solicitud contiene información incorrecta, debe avisar a la Compañía de inmediato acerca de la información incorrecta; de lo contrario, es posible que Su Póliza no sea un contrato válido.

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

Renovación garantizada

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

Firmado en nombre de Cigna por:



Julia M. Huggins, presidenta



Anna Krishtul, secretaria corporativa

CONTACTO

Puede comunicarse con Cigna llamando al número de teléfono que aparece en Su tarjeta de ID o al 1-800-Cigna24.

También puede comunicarse con Cigna en:

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

Además, puede obtener información en www.mycigna.com, que incluye:

- Buscar Proveedores participantes en Su área
- Consultar los saldos de Su Deducible y Desembolsos máximos
- Imprimir una tarjeta de ID
- Ver Su historial de reclamos

AVISOS IMPORTANTES

Acceso directo a obstetras y ginecólogos

No se necesita Autorización previa del plan ni de ninguna otra persona (como Su Médico 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 ID.

Selección de un Médico de cuidado primario

Este plan puede requerir o permitir que se designe a un Médico de cuidado primario. Usted tiene derecho a designar a cualquier Médico 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 Médico de cuidado primario, Cigna podrá designarle uno hasta tanto Usted haga Su elección. Para obtener información sobre cómo seleccionar un Médico de cuidado primario y acceder a una lista de los Médicos 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 ID.

Para Sus hijos, puede designar a un pediatra como Médico de cuidado primario.

Índice

PROGRAMA DE BENEFICIOS (QUIÉN PAGA QUÉ)	1
PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS	1
PROGRAMA DE BENEFICIOS DE SERVICIOS DE EMERGENCIA	10
PROGRAMA DE BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	11
PORTADA (CARÁTULA)	14
CONTACTO	15
ÍNDICE	17
ELEGIBILIDAD	19
REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD	19
¿CUÁNDO PUEDO PRESENTAR UNA SOLICITUD?	20
CÓMO ACCEDER A SUS SERVICIOS Y OBTENER LA APROBACIÓN DE LOS BENEFICIOS	24
ACERCA DE ESTA PÓLIZA	24
ESTA ES UNA PÓLIZA DE PROVEEDORES EXCLUSIVOS	24
ELECCIÓN DE UN MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO	25
SI NECESITA UN ESPECIALISTA	25
CAMBIO DE MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO	25
SI SU MÉDICO ABANDONA LA RED	25
CONTINUIDAD DEL CUIDADO DE LA SALUD	25
SI ESTÁ INTERNADO EN UN HOSPITAL	26
NOTA SOBRE LAS CUENTAS DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)	26
PROGRAMA DE AUTORIZACIÓN PREVIA	26
PROCESO DE AUTORIZACIÓN, EXCEPCIÓN Y APELACIÓN PARA MEDICAMENTOS CON RECETA Y SUMINISTROS RELACIONADOS	27
DEDUCIBLES	30
DESEMBOLSO MÁXIMO	30
MULTAS	31
BENEFICIOS/COBERTURA (LO QUE ESTÁ CUBIERTO)	32
BENEFICIOS MÉDICOS	32
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	48
BENEFICIOS DE LA VISTA PEDIÁTRICOS	50
LIMITACIONES/EXCLUSIONES (LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO)	52
SERVICIOS EXCLUIDOS	52
EXCLUSIONES DE BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	56
LIMITACIONES DE BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	57
EXCLUSIONES DE BENEFICIOS DE CUIDADO DE LA VISTA PEDIÁTRICO	58
PAGOS A CARGO DEL MIEMBRO	59
PROGRAMA DE BENEFICIOS	59
HOSPITALES PARTICIPANTES, MÉDICOS PARTICIPANTES Y OTROS PROVEEDORES PARTICIPANTES	59
CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES	59
DISPOSICIONES GENERALES	60
PAGOS DE FARMACIA	61
ADMINISTRACIÓN DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CON RECETA	62
PROCEDIMIENTO DE RECLAMO (CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO)	63
RECLAMOS MÉDICOS	63
PROCEDIMIENTOS PARA LA DETERMINACIÓN DE RECLAMOS EN VIRTUD DE LA LEY FEDERAL (ES POSIBLE QUE LAS DISPOSICIONES DE LAS LEYES DE COLORADO LOS REEMPLACEN)	64

RECLAMOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA.....	66
RECLAMOS DE BENEFICIOS DE CUIDADO DE LA VISTA PEDIÁTRICO	67
DISPOSICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.....	68
RESPONSABILIDAD DE TERCEROS.....	68
DISPOSICIÓN SOBRE ALTERNATIVA DE CONTENCIÓN DE COSTOS	68
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	69
OTROS SEGUROS CON ESTA ASEGURADORA	71
INSCRIPCIÓN EN MEDICARE	71
TÉRMINOS DE LA PÓLIZA	71
FINALIZACIÓN/NO RENOVACIÓN/CONTINUACIÓN	76
CAUSAS ESPECÍFICAS QUE IMPIDEN CUMPLIR CON LOS REQUISITOS PARA RECIBIR COBERTURA:.....	76
CANCELACIÓN.....	76
CONTINUACIÓN	77
APELACIONES Y QUEJAS	78
SI TIENE UNA QUEJA O APELACIÓN POR DETERMINACIÓN ADVERSA	78
PROCEDIMIENTO DE APELACIÓN.....	78
PROCESO DE REVISIÓN EXTERNA ESTÁNDAR PARA DECISIONES ADVERSAS RESPECTO DE LA NECESIDAD MÉDICA	79
PROCESO DE REVISIÓN EXTERNA ACELERADA PARA DECISIONES ADVERSAS RESPECTO DE LA NECESIDAD MÉDICA.....	81
APELACIÓN ANTE EL ESTADO DE COLORADO.....	82
NOTIFICACIÓN DE DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS EN CASO DE APELACIÓN.....	82
INFORMACIÓN RELEVANTE	82
INFORMACIÓN SOBRE CAMBIOS EN LA PÓLIZA Y LAS TARIFAS	83
PRIMAS	83
DEFINICIONES	84

ELEGIBILIDAD

Requisitos de elegibilidad

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 CO; y
- Vive en el Área de inscripción para la cual solicita la inscripción y tiene la intención de seguir viviendo en ese lugar durante todo el período por el cual solicita la inscripción; y
- No está encarcelado, salvo que la determinación respecto de las acusaciones se encuentre pendiente; y
- No vive en una Institución; y
- Presentó una solicitud de cobertura completada y firmada, y Nosotros la aceptamos por escrito.

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.

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

- Su cónyuge legal, incluida una pareja de unión civil, que viva en el Área de inscripción.
- Sus hijos que vivan en el Área de inscripción y todavía no hayan cumplido los 26 años.
- Sus hijastros que vivan en el Área de inscripción y todavía no hayan cumplido los 26 años.
- Sus hijos o los de Su cónyuge, independientemente de la edad, inscritos antes de cumplir los 26 años, que vivan en el Área de inscripción y dependan de la Persona asegurada para su sustento y mantenimiento debido a una incapacidad física o intelectual continua y médicamente certificada. Es posible que Cigna exija que se presente un comprobante por escrito de dicha incapacidad y dependencia en el término de 31 días después del cumpleaños número 26 del hijo en cuestión.
- Sus hijos Recién nacidos o los hijos Recién nacidos de Su cónyuge estarán automáticamente cubiertos durante los primeros 31 días de vida. Para que el niño continúe teniendo cobertura después de ese plazo, Usted debe inscribirlo como Miembro de Su familia solicitando su inscripción como dependiente en el término de 60 días a partir de la fecha de nacimiento y pagando las Primas adicionales necesarias. La cobertura de un hijo dependiente Recién nacido inscrito dentro de los 60 días a partir del nacimiento será retroactiva a la fecha de nacimiento del niño.
- Los hijos adoptados, incluidos los que se encuentren en tutela para la adopción, estarán automáticamente cubiertos 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 Miembro de Su familia solicitando su inscripción como dependiente dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha de adopción y pagando las Primas adicionales necesarias. La cobertura de un hijo dependiente adoptado inscrito dentro de los 60 días a partir de la adopción será retroactiva a la fecha en que haya sido otorgado en tutela para la adopción, se haya iniciado un juicio de adopción o después de la fecha en que el niño sea otorgado en tutela para la adopción y se paguen las Primas adicionales necesarias.
- 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 inicialmente en guarda y se paguen las Primas adicionales necesarias.
- Si un juez resuelve que el Titular de una póliza debe brindar cobertura a un hijo que cumple con los requisitos (según se definió anteriormente), la cobertura será automática durante los primeros 31 días a partir de la fecha

en que se dicte dicha orden judicial. Para que el niño continúe teniendo cobertura después de ese plazo, Usted debe inscribirlo como Miembro 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.

NOTA: Un hijo inscrito como Miembro de Su Familia en virtud de esta Póliza que resida fuera del Área de servicio tiene derecho a recibir, mientras se encuentra fuera del Área de servicio, solamente Servicios de emergencia para Condiciones médicas de emergencia.

¿Cuándo puedo presentar una solicitud?

Solicitud para inscribirse o cambiar de cobertura

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

A continuación, se explican el Período de inscripción abierta anual y el Período de inscripción especial.

Período de inscripción abierta anual

El Período de inscripción abierta anual es un período específico de cada Año, especificado por la legislación federal y de Colorado, 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, 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 Nosotros debemos recibir esa solicitud durante el Período de inscripción abierta anual.

Su cobertura en virtud de esta Póliza entrará en vigor el primer día permitido en virtud de las normas federales para el Período de inscripción abierta anual 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.

Período de inscripción especial por estabilización del mercado anual de Colorado

El período de inscripción especial por estabilización del mercado anual comienza el 16 de diciembre de cada año y se extiende hasta el 15 de enero. Los planes de beneficios de salud individuales adquiridos durante el período de inscripción especial por estabilización del mercado anual deben entrar en vigor, a más tardar, el 1 de febrero. El objetivo es garantizar que las personas tengan la oportunidad de inscribirse en un plan de beneficios de salud después de finalizado el período de inscripción abierta anual y garantizar la estabilidad y salud continua del mercado de seguros de salud de Colorado. La verificación de la elegibilidad para el período de inscripción especial y los requisitos de cobertura anterior no se aplican al período de inscripción especial por estabilización del mercado anual.

Períodos de inscripción especiales

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

Cuando le notifiquen o tome conocimiento de un evento habilitante que se producirá en el futuro, puede solicitar la inscripción en un nuevo plan de beneficios de salud durante los sesenta (60) días calendario anteriores a la fecha de entrada en vigor del evento habilitante, a fin de que la cobertura comience a partir del día del evento habilitante para evitar la interrupción de la cobertura. Debe poder proporcionar documentación escrita que respalde la fecha de entrada en vigor del evento habilitante al solicitar la inscripción.

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 o su dependiente que pierde involuntariamente su cobertura acreditable existente por algún motivo que no sea haber cometido fraude, haber tergiversado información o no haber pagado la Prima puede solicitar la inscripción en un nuevo plan de beneficios de salud durante los 60 días calendario anteriores a la fecha de pérdida de la cobertura;
- Una persona o su dependiente que pierde la cobertura de Medicaid relacionada con el embarazo. La fecha de la pérdida de cobertura es el último día en que la consumidora tendría cobertura relacionada con el embarazo; o
- Cuando una persona inscrita en el Mercado pierde un dependiente o deja de ser considerada un dependiente a través de un divorcio o una separación legal según lo definido por la ley estatal del estado en el que se produzca el divorcio o la separación legal, o si muere la persona inscrita en el Mercado o su dependiente.
- Una persona o su dependiente que pierde la cobertura Médicamente necesaria según lo descrito en el artículo 1902(a)(10)(C) de la Ley de Seguro Social puede solicitar, una vez durante un Año calendario, la inscripción en un nuevo plan de beneficios de salud durante los 60 días calendario anteriores a la fecha de entrada en vigor de la pérdida de la cobertura;
- Agregar un dependiente o convertirse 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), unión civil, 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 celebrar un contrato de beneficiario designado si la aseguradora ofrece cobertura a beneficiarios designados;
- La inscripción o no inscripción de una persona en un plan de beneficios de salud no es intencional, es involuntaria o es errónea, y es el resultado de un error, la tergiversación o la omisión de la aseguradora, el vendedor o el Mercado;
- Demostrar al Comisionado que el plan de beneficios de salud en el que está inscrito la persona violó sustancialmente una disposición esencial de su contrato en relación con dicha persona;
- Una persona calificada que:
 1. Ha empezado a cumplir o ha dejado de cumplir recientemente con los requisitos para recibir pagos adelantados del crédito fiscal federal o ha experimentado un cambio en el cumplimiento de los requisitos para las reducciones en los costos compartidos que están disponibles a través del Intercambio;
 2. Tiene un dependiente inscrito en el mismo plan de salud calificado que se determina que ha empezado a cumplir o ha dejado de cumplir recientemente con los requisitos para recibir pagos adelantados del crédito fiscal federal o ha experimentado un cambio en el cumplimiento de los requisitos para las reducciones en los costos compartidos que están disponibles a través del Intercambio;
 3. Empieza a cumplir con los requisitos, o su dependiente empieza a cumplir con los requisitos, para inscribirse en un QHP a través del Intercambio porque fue liberado de la cárcel;
 4. Anteriormente no cumplía con los requisitos para un crédito fiscal por las Primas únicamente debido a que tenía ingresos familiares de menos del ciento por ciento (100%) del Nivel de pobreza federal y que, durante el mismo período, no cumplía con los requisitos para Medicaid porque vivía en un estado que no cuenta con la expansión de Medicaid, que experimenta un cambio en los ingresos o se muda a otro estado, lo que hace que la persona empiece a cumplir con los requisitos para recibir pagos adelantados del crédito fiscal por las Primas; o
 5. Está inscrita, o tiene un dependiente inscrito, en un plan patrocinado por el empleador que cumple con los requisitos y que se determina que ha empezado a cumplir recientemente con los requisitos para recibir pagos adelantados del crédito fiscal federal debido, en parte, a una determinación de que dicha persona no cumple con los requisitos para recibir una cobertura en un plan patrocinado

por el empleador que cumple con los requisitos que proporciona cobertura mínima acreditable, incluso como resultado del hecho de que su empleador haya interrumpido o cambiado la cobertura disponible dentro de los siguientes 60 días, siempre que la persona inscrita tenga permitido cancelar la cobertura existente. Esta persona inscrita puede solicitar la inscripción en un nuevo plan de beneficios de salud durante los 60 días calendario anteriores a la fecha de entrada en vigor de la pérdida de la cobertura.

- Obtener acceso a otra cobertura acreditable como resultado de un cambio permanente de residencia;
- Un padre o tutor legal cancela la inscripción de un dependiente, o un dependiente deja de reunir los requisitos para el plan Child Health Plan Plus (CHP+);
- Una persona deja de cumplir con los requisitos en virtud de la Ley de Asistencia Médica de Colorado;
- Una persona que anteriormente no era ciudadana, no tenía la nacionalidad o no era una persona con presencia legal adquirió dicho estado;
- Una persona indígena o nativa de Alaska, según se define en el artículo 4 de la Ley de Mejoramiento del Cuidado de la Salud de la Población Indígena, o su dependiente en la misma solicitud, puede inscribirse en un plan de salud calificado o cambiarse de un plan de salud calificado a otro una vez al mes;
- Una persona o su dependiente que esté inscrito actualmente en un plan de beneficios de salud individual o colectivo que no se rige por el Año calendario puede solicitar la inscripción en un nuevo plan de beneficios de salud durante los 60 días calendario anteriores a la fecha de entrada en vigor de la pérdida de la cobertura, que es el último día del año del plan o la póliza;
- Una persona o su dependiente que se inscriban en un plan de beneficios de salud pueden solicitar la inscripción en un nuevo plan de beneficios de salud durante el período de inscripción especial por estabilización de mercado;
- Una persona que es víctima de violencia familiar o abandono conyugal, según se define en el artículo 1.36B-2T, título 26 del CFR, incluso un dependiente o una víctima soltera dentro de un hogar, que está inscrita en una cobertura acreditable y procura inscribirse en una cobertura separada de la del autor de la violencia o el abandono;
- Una persona que es dependiente de una víctima de violencia familiar o abandono conyugal, en la misma solicitud que la víctima, puede inscribirse en la cobertura en el mismo momento que la víctima;
- Una persona o su dependiente que solicita cobertura durante el período de inscripción abierta anual o debido a un evento habilitante, y que se considera que podría cumplir con los requisitos para Medicaid o CHP+ después de que terminó la inscripción abierta o más de 60 días después del evento habilitante o estipulado como requisito, o que solicita la cobertura a través de la agencia estatal de Medicaid o CHP+ durante el período de inscripción abierta anual y que se determina que no cumple con los requisitos para Medicaid o CHP+ después de que finalizó la inscripción abierta;
- Una persona o su dependiente que contrató un plan fuera del Mercado y que demuestra adecuadamente al Comisionado que un error sustancial relacionado con los beneficios del plan, el Área de servicio o la Prima influenció la decisión de la persona calificada o la persona inscrita de adquirir un QHP;
- Una persona o su dependiente que contrató un plan del Mercado y que demuestra adecuadamente al Intercambio que un error sustancial relacionado con los beneficios del plan, el Área de servicio o la Prima influenció la decisión de la persona calificada o la persona inscrita de adquirir un QHP;
- Una persona o su dependiente que contrató un plan del Mercado y que demuestra adecuadamente al Intercambio que un error sustancial relacionado con los beneficios del plan, el Área de servicio o la Prima influenció la decisión de la persona calificada o la persona inscrita de adquirir un QHP;
- Una persona que contrató una póliza de seguro de salud de duración limitada a corto plazo experimenta una pérdida de cobertura involuntaria al final del plazo de su póliza si no puede contratar otra póliza a corto plazo porque la aseguradora de la póliza a corto plazo deja de vender todas las pólizas a corto plazo en Colorado a partir del 1 de abril de 2019. Dichas personas podrán solicitar la inscripción en un nuevo plan individual de beneficios de salud de conformidad con lo indicado en los puntos (1) y (2) anteriores, o durante los sesenta (60) días calendario siguientes al 1 de septiembre de 2019.
- Una persona o su dependiente que contrató un plan fuera del Mercado que experimenta una disminución en los ingresos familiares; que se determinó recientemente que cumple con los requisitos para recibir APTC; y tuvo cobertura esencial mínima durante uno o más días durante los 60 días precedentes a la fecha del cambio financiero.
- Una persona que cumple con los requisitos acaba de obtener acceso a una cuenta de reembolso de salud de una cobertura individual patrocinada por el empleador (ICHRA, por sus siglas en inglés); o
- Una persona que cumple con los requisitos acaba de obtener acceso a un acuerdo de reembolso de salud de un pequeño empleador calificado (QSEHRA, por sus siglas en inglés)

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. Cuando se notifique a una persona no calificada o esta tome conocimiento de un evento habilitante que se producirá en el futuro, esta persona puede solicitar la inscripción en un nuevo plan de beneficios de salud durante los 30 días calendario anteriores a la fecha de entrada en vigor del evento habilitante, a fin de que la cobertura comience a partir del día del evento habilitante para evitar la interrupción de la cobertura. Cuando se notifique a una persona calificada o esta tome conocimiento de un evento habilitante que se producirá en el futuro, esta persona puede solicitar la inscripción en un nuevo plan de beneficios de salud durante los 60 días calendario anteriores a la fecha del evento habilitante, a fin de que la cobertura comience a partir del día del evento habilitante para evitar la interrupción de la cobertura. "Persona calificada" se refiere a una persona que se determinó que cumple con los requisitos para inscribirse a través del Mercado en un Plan de salud calificado (QHP) en el mercado individual.

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 caso de nacimiento, adopción, tutela para la adopción o guarda, la fecha de entrada en vigor será la fecha del evento o el primer día del mes después del nacimiento, adopción, tutela para la adopción o guarda, si el Titular de la póliza lo solicita; o
- En caso de matrimonio, unión civil o cuando una persona que cumple con los requisitos pierda la cobertura esencial mínima, la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente;
- En caso de pérdida involuntaria de una cobertura acreditable existente, entrará en vigor: el primer día del mes después del evento habilitante si la selección del plan se realiza a más tardar el día del evento habilitante; o de acuerdo con las fechas de entrada en vigor establecidas en las reglamentaciones, o a entera discreción del Mercado, el primer día del mes después de la selección del plan cuando la selección del plan se realice después de un evento habilitante.
- En caso de que incorpore un dependiente o se convierta en dependiente a través de una orden judicial, la cobertura entrará en vigor: en la fecha en que entre en vigor la orden judicial; o cuando lo elija el Titular de la póliza individual primario, ya sea el día 1 y el día 15 del mes o el día 16 y el último día del mes según lo indicado a continuación.

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, a más tardar, 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, a más tardar, el primer día del segundo mes siguiente.

CÓMO ACCEDER A SUS SERVICIOS Y OBTENER LA APROBACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Acerca de esta Póliza

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

En virtud de esta Póliza, "Nosotros", "Nos" y "Nuestro" se refieren a Cigna. "Usted" o "Su" se refieren al Titular de la póliza cuya solicitud haya sido aceptada por Nosotros en virtud de la Póliza emitida. Cuando en esta Póliza utilicemos el término "Persona asegurada", Nos referiremos a Usted y a cualquier Miembro de Su familia que cumpla con los requisitos y se encuentre inscrito para tener cobertura 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 ID de Cigna si tiene alguna pregunta respecto de la cobertura de los servicios.

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

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

SI, DENTRO DE UN PLAZO DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE SU PARTICIPACIÓN EN LA PÓLIZA, DESCUBRIMOS UN ACTO FRAUDULENTO O LA TERGIVERSACIÓN INTENCIONAL DE INFORMACIÓN SUSTANCIAL, O INFORMACIÓN SUSTANCIAL QUE USTED O ALGUNO DE LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA CONOCÍAN, PERO NO DIVULGARON EN SU SOLICITUD, PODREMOS RESCINDIR ESTA COBERTURA A PARTIR DE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR ORIGINAL. ADEMÁS, SI EN EL TÉRMINO DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA INCORPORACIÓN DE NUEVOS MIEMBROS DE SU FAMILIA (SALVO HIJOS RECIÉN NACIDOS QUE HAYAN SIDO INCORPORADOS DENTRO DE LOS 31 DÍAS A PARTIR DEL NACIMIENTO), DESCUBRIMOS UN ACTO FRAUDULENTO O LA TERGIVERSACIÓN INTENCIONAL DE INFORMACIÓN SUSTANCIAL EN SU SOLICITUD, PODREMOS RESCINDIR LA COBERTURA PARA EL/LOS MIEMBRO(S) DE SU FAMILIA ADICIONAL(ES) DESDE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR ORIGINAL DE LA COBERTURA DE DICHA(S) PERSONA(S). EN CASO DE QUE RESCINDAMOS SU COBERTURA, SE LO NOTIFICAREMOS CON 60 DÍAS DE ANTICIPACIÓN Y LE REEMBOLSAREMOS TODAS LAS PRIMAS QUE USTED HAYA PAGADO POR SU PÓLIZA, MENOS LA CANTIDAD CORRESPONDIENTE A CUALQUIER RECLAMO PAGADO POR CIGNA. LA RESCISIÓN DE SU COBERTURA TENDRÁ COMO CONSECUENCIA LA DENEGACIÓN DE TODOS LOS RECLAMOS QUE SE ENCUENTREN PENDIENTES Y, EN EL CASO DE QUE LOS PAGOS DE RECLAMOS SUPEREN EL TOTAL DE LAS PRIMAS PAGADAS, LOS RECLAMOS PAGADOS ANTERIORMENTE POR CIGNA SE RECHAZARÁN EN FORMA RETROACTIVA, LO CUAL LE OBLIGARÁ A USTED A PAGAR AL PROVEEDOR LA TOTALIDAD DE LOS SERVICIOS BRINDADOS A LA TARIFA QUE FACTURA HABITUALMENTE EL PROVEEDOR, NO A LA TARIFA NEGOCIADA POR CIGNA.

ELECCIÓN DEL HOSPITAL Y EL MÉDICO: El contenido de esta Póliza no restringirá ni afectará en modo alguno el derecho de una Persona asegurada a seleccionar el Hospital o el Médico de Su preferencia. No obstante, este plan no cubre los Servicios que no son de emergencia prestados por Proveedores no participantes.

ESTA ES UNA PÓLIZA DE PROVEEDORES EXCLUSIVOS

Eso significa que este plan no incluye beneficios por servicios que Usted reciba de un Proveedor fuera de la red, excepto en los siguientes casos:

- Servicios para la Estabilización y el tratamiento inicial de una emergencia médica, o
- Servicios Médicamente necesarios que no están disponibles a través de un Proveedor dentro de la red

Los Proveedores dentro de la red incluyen Médicos, Hospitales y Otros centros de cuidado de la salud. Consulte el directorio de Proveedores, que está disponible en www.mycigna.com, o llame al número que aparece en Su tarjeta de ID para determinar si un Proveedor está Dentro de la Red.

Elección de un Médico de cuidado primario

Un Médico de cuidado primario puede cumplir un rol importante en lo que hace a satisfacer necesidades de cuidado de la salud brindando o coordinando la atención médica para cada 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 atención médica regular y le ayudará a coordinar Sus cuidados. Podrá elegir Su PCP llamando al número de teléfono de Servicio al Cliente que aparece en Su tarjeta de ID 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 para este plan y que pueda aceptarles a Usted o a los Miembros de Su familia.

Si necesita un especialista

Su PCP es importante para la coordinación de Sus cuidados. Si bien esta Póliza no exige referencias para visitar a especialistas, si necesita cuidados especializados, le recomendamos que trabaje con Su PCP, quien podrá coordinar Sus cuidados y ayudarlo a elegir un especialista apropiado para el tipo de cuidado que necesita.

El sistema de referencias puede usarse para mantener a Su PCP involucrado e informado acerca de todas Sus necesidades de cuidado de la salud. Si recibe Servicios cubiertos de un especialista en la red de la Póliza sin una referencia, no quedará sujeto a una multa, y los reclamos por esos Servicios cubiertos se procesarán de acuerdo con el nivel de beneficios dentro de la red aplicable.

Cambio de Médico de cuidado primario

Usted puede cambiar voluntariamente Su PCP, pero no más de una vez en cualquier mes calendario. Nos reservamos el derecho de determinar la cantidad de veces que podrá cambiar de PCP durante un Año del plan. Para solicitar un cambio de un Médico de cuidado primario a otro, ingrese en mycigna.com, haga clic en *Manage My Health Team* (Administrar mi equipo de salud), luego en *Additional info on PCP selection* (Información adicional sobre la selección del PCP) y siga las indicaciones que aparezcan, o comuníquese con Nosotros al número de Servicio al Cliente que aparece en Su tarjeta de ID.

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 Médico abandona la red

Si Su PCP o especialista deja de ser un Médico participante, le notificaremos por escrito 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 que continúe prestando los Servicios cubiertos. Si está recibiendo tratamiento de un Proveedor participante en el momento en que se extinga el acuerdo de Proveedor participante de dicho profesional, salvo que dicha extinción sea por incompetencia médica o falta de conducta profesional, es posible que Usted cumpla con los requisitos para seguir atendándose con ese Proveedor.

Continuidad del cuidado de la salud

Si Su PCP deja de ser un Médico participante, se lo notificaremos. En determinadas circunstancias médicas, es posible que sigamos reembolsando los Gastos cubiertos de Su PCP o un especialista al que Usted haya estado consultando al nivel de beneficios de Proveedores participantes, incluso si este ya no está afiliado a la red de Cigna. Si Usted se está realizando un tratamiento activo para una condición aguda o crónica, y es Médicamente necesario continuar el tratamiento, es posible que cumpla con los requisitos para recibir cuidados continuos del Proveedor no participante durante un período específico, con sujeción al contrato del Proveedor a cargo de Su tratamiento. Es posible que también cumpla con los requisitos para la continuidad del cuidado si ha entrado en Su segundo o tercer trimestre de embarazo. En este caso, es posible que los cuidados continúen hasta Su parto y que incluyan un período de cuidado posparto.

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

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

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

Si está internado en un Hospital

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

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

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). 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.

AVISO: 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.

Programa de Autorización previa

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

Autorización previa para servicios para pacientes internados

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

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 ID.

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 ID o
- consultar la sección *Coverage* (Cobertura) en www.mycigna.com y luego seleccionar *Medical* (Beneficios médicos).

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

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

Autorización previa para servicios para pacientes ambulatorios

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

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 ID. 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 ID 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, como 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, Cigna no cubrirá los Cargos de dicho servicio.

Proceso de autorización, 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 de Cigna antes de que se cubra el Medicamento con receta o el Suministro relacionado.

Autorización previa

Cuando Su Médico le recete determinados Medicamentos con receta o Suministros relacionados, incluidos medicamentos de alto costo y Medicamentos de especialidad, Cigna exigirá que Su Médico obtenga la autorización antes de que pueda despacharse el medicamento o suministro, salvo que el Medicamento con receta sea un medicamento para prevenir la infección por VIH. Para obtener la Autorización previa, Su Médico debe seguir el

proceso de solicitud de autorización y excepción para Medicamentos con receta y Suministros relacionados que se describe a continuación.

Tratamiento escalonado

Tratamiento escalonado es un tipo de Autorización previa. Es posible que Cigna requiera que una Persona asegurada siga determinados pasos antes de cubrir algunos Medicamentos con receta y Suministros relacionados, incluso a modo de ejemplo, Medicamentos de especialidad y más costosos. Si un Medicamento con receta o Suministro relacionado está sujeto a un requisito de Tratamiento escalonado, Usted debe probar uno o más Medicamentos con receta o Suministros relacionados similares antes de que la Póliza cubra el Medicamento con receta o Suministro relacionado, salvo que el Medicamento con receta sea un medicamento para prevenir la infección por VIH o un Medicamento con receta cubierto aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos u otro organismo reconocido para el tratamiento del cáncer metastásico avanzado en etapa cuatro. Los Medicamentos con receta y los Suministros relacionados que requieren Tratamiento escalonado pueden identificarse en la Lista de medicamentos con receta incluida en www.mycigna.com. Para obtener la autorización de Tratamiento escalonado, Su Médico debe seguir el proceso de solicitud de autorización y excepción para Medicamentos con receta y Suministros relacionados que se describe a continuación.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si Usted, una persona que actúe en Su nombre, el Médico que recetó el medicamento u otro proveedor no están de acuerdo con la decisión respecto de la cobertura, Usted, una persona que actúe en Su nombre, el Médico que recetó el medicamento u otro proveedor 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 ID.

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

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

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

Es posible que para algunos servicios o tratamientos deba 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.

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.

Cómo funciona el plan

Deducibles

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

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 inscritos para recibir cobertura en virtud de esta Póliza, se aplicará el Deducible familiar. Cada Persona asegurada puede aportar, como máximo, la cantidad del Deducible individual al Deducible familiar. Una vez que se cumpla con este Deducible familiar, no se requerirá ningún otro Deducible individual ni familiar durante el resto de ese Año.

Desembolso máximo

El Desembolso máximo es la cantidad máxima de Coseguro, Deducible y Copago en la que cada Miembro de la familia incurre en concepto de Gastos cubiertos por servicios recibidos de Proveedores participantes en un Año.

- El Desembolso máximo individual es una acumulación de Gastos cubiertos. Incluye Deducibles, Copagos y Coseguros por Servicios cubiertos médicos y de Medicamentos con receta. Una vez que se haya cumplido con el Desembolso máximo individual correspondiente al Año por Servicios cubiertos, Usted ya no será responsable de pagar ningún Coseguro ni Copago por los servicios médicos o de farmacia correspondientes a Gastos cubiertos incurridos durante el resto de ese Año. Las multas por falta de cumplimiento no se tienen en cuenta respecto del Desembolso máximo individual, y siempre las pagará Usted. La cantidad del Desembolso máximo individual se describe en la sección "Programa de beneficios" de esta Póliza.
- El Desembolso máximo familiar se aplica si Usted tiene un plan familiar y Usted y uno o más de los Miembros de Su familia están inscritos para recibir cobertura en virtud de esta Póliza. Es una acumulación de los Gastos cubiertos individuales, incluidos Deducibles, Copagos y Coseguros por Servicios cubiertos médicos y de Medicamentos con receta, pagados por cada Miembro de la familia por Gastos cubiertos durante un Año. Si Usted cubre a otro(s) Miembro(s) de Su familia, los Servicios cubiertos de cada Persona asegurada se acumulan para cumplir con el Desembolso máximo familiar. Cada Persona asegurada puede aportar, como máximo, la cantidad del Desembolso individual al Desembolso máximo familiar. Una vez que se haya alcanzado el Desembolso máximo, los Miembros de la familia ya no tendrán que pagar ningún Deducible, Coseguro ni Copago por Gastos cubiertos incurridos durante el resto de ese Año. Las cantidades del Desembolso máximo individual y familiar se describen en la sección "Programa de beneficios" de esta Póliza.

Multas

Una multa es una cantidad de Gastos cubiertos que:

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

Los siguientes servicios requieren Autorización previa. Las multas se le aplicarán a Su Proveedor si este no obtiene Autorización previa:

- Admisiones hospitalarias como paciente internado y admisiones en otros centros,
- Servicios de Centros quirúrgicos independientes para pacientes ambulatorios.
- Determinados procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico para pacientes ambulatorios.

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

BENEFICIOS/COBERTURA (LO QUE ESTÁ CUBIERTO)

Beneficios médicos

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

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

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

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

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

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

Si Usted es un paciente internado en un Hospital u Otro centro de cuidado de la salud 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 de ambulancia

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

- Cargo básico, millaje y suministros no reutilizables de una compañía de ambulancias con licencia para 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) en relación con el servicio de ambulancia. Los servicios deben ser prestados por una persona idónea con licencia.

El transporte en ambulancia está cubierto solamente para situaciones de emergencia si la condición requiere el uso de servicios médicos que solo una ambulancia con licencia puede proporcionar.

Anestesia para procedimientos dentales

Los cargos por anestesia general y los cargos asociados del Hospital o el centro para el cuidado dental para Personas aseguradas están cubiertos si se aplican las siguientes condiciones: (a) la Persona asegurada tiene una condición peligrosa desde el punto de vista físico, mental o médico; (b) la anestesia local no es eficaz para la Persona asegurada porque tiene una infección aguda, variaciones anatómicas o alergia; (c) la Persona asegurada no colabora en absoluto, es imposible de manejar, está ansiosa o no comunica sus necesidades dentales, y se considera suficientemente importante que el cuidado dental no se postergue; o (d) la Persona asegurada ha sufrido un traumatismo dental y orofacial importante.

Trastornos del espectro autista

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

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

El tratamiento de los Trastornos del espectro autista incluirá los siguientes servicios de cuidado de la salud si se recetan, proporcionan o indican para una persona que recibió un diagnóstico de Trastorno del espectro autista de:

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

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

Los Servicios cubiertos incluyen:

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

Cirugía bariátrica

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

Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar

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 condición cardíaca que cumple con los requisitos, cuando sea Médicamente necesario. La Fase II es un programa hospitalario para pacientes ambulatorios, que se implementa después del alta hospitalaria de los pacientes internados. El programa de Fase II debe ser dirigido por un Médico, con monitoreo activo del tratamiento y del ECG.

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

Labio o paladar leporino

Esta Póliza brinda beneficios por Gastos cubiertos incurridos en relación con el labio/paladar leporino para Recién nacidos y, si corresponde, para niños mayores y adultos cuando se consideren Médicamente necesarios. Los beneficios incluirán: (a) cirugía bucal y facial, tratamiento quirúrgico y cuidado de seguimiento brindados por cirujanos plásticos y bucales; (b) tratamientos protésicos, como obturadores, dispositivos para el habla y dispositivos para la alimentación; (c) tratamiento ortodóncico Médicamente necesario; (d) tratamiento prostodóncico Médicamente necesario; (e) terapia de habilitación del habla; (f) tratamiento de otorrinolaringología; y (g) evaluaciones y tratamientos audiológicos.

Estudios clínicos

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 tratar el cáncer o condiciones discapacitantes, progresivas o con riesgo de vida 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 condición 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 la conclusión de que la participación de la persona en dicho estudio sería apropiada porque reúne las condiciones descritas en el párrafo (1); o bien
 - (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 condición con riesgo de vida” significa cualquier enfermedad o condición que probablemente provocaría la muerte, a menos que se interrumpa el avance de la enfermedad o condición.

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.
3. Costos por la administración de la investigación relacionada con el estudio clínico.
4. Cualquier parte del estudio clínico pagada por un gobierno o una industria biotécnica, farmacéutica o médica.
5. Cobertura de cualquier medicamento o dispositivo que pague el fabricante, distribuidor o Proveedor de dicho medicamento o dispositivo.
6. Gastos externos relacionados con la participación en el estudio clínico, que incluyen, a modo de ejemplo, viaje, alojamiento y otros gastos en los que pueda incurrir un participante o una persona que acompaña a un participante.

COVID-19

Esta Póliza brinda beneficios para pruebas y tratamiento de la COVID-19, según lo exigido en virtud de los boletines, las leyes o las reglamentaciones federales o de Colorado aplicables.

Cuidado dental

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

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

Diabetes

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

Equipo médico duradero

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos incurridos por la compra o el alquiler de Equipos médicos duraderos indicados y recetados por un Médico, y brindados por un proveedor aprobado por Cigna para su uso fuera de un Hospital u otros centros de cuidado de la salud.

A los fines de este beneficio, el Equipo médico duradero se define como los objetos diseñados para poder soportar el uso reiterado de más de una persona; que suelen tener un propósito médico; que generalmente no son útiles en ausencia de una Lesión o Enfermedad; que son adecuados para su uso en el hogar; y que no son desechables.

Los Equipos médicos duraderos incluyen, a modo de ejemplo, los siguientes:

- Objetos relacionados con las camas: bandejas para la cama, mesas para la cama, respaldares para camas, almohadas, equipamiento de recámara a medida y colchones.
- Objetos relacionados con el baño: elevadores para tina de baño, barandales para tina de baño, barandales para inodoro, asientos elevados para inodoros, bancos y taburetes para baño, duchadores de mano y tapetes de baño.
- Sillas, elevadores y dispositivos para mantenerse de pie: sistemas de movilidad computarizados o giroscópicos, sillas portátiles, sillas geriátricas, sillas de cadera, elevadores de asientos (mecánicos o motorizados), elevadores de pacientes (mecánicos o motorizados; los elevadores hidráulicos manuales están cubiertos si se requieren dos personas para movilizar al paciente) y sillas autorreclinables.
- Instalaciones permanentes en inmuebles: elevadores montados en el techo y rampas para sillas de ruedas.
- Modificaciones en vehículos y camionetas.
- Equipos relacionados con la hematología/inyecciones: brazaletes para medir la presión arterial, lapiceras de insulina e inyecciones sin agujas.
- Otros equipos: lámparas de calor, máquinas de crioterapia, unidades de terapia de control electrónico, cabinas de rayos ultravioleta, almohadillas y botas de piel de cordero, tablero para el drenaje postural, alarmas de enuresis, equipo magnético, balanzas (para bebés y adultos) y deslizadores para escaleras.
- Alquiler o compra de equipos y/o suministros médicos que cumplan con la totalidad de los requisitos incluidos a continuación:
 - están indicados por un Médico;
 - tienen un propósito médico y se espera que su uso finalice cuando deje de existir la necesidad médica;
 - no tienen como finalidad principal la comodidad ni la higiene;
 - no tienen como finalidad la protección ambiental;
 - no son para hacer ejercicio;
 - y han sido específicamente fabricados para uso médico.

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

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

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

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

Servicios de intervención temprana

Esta Póliza proporciona beneficios para Gastos cubiertos incurridos por servicios de intervención temprana Médicamente necesarios proporcionados por un Proveedor calificado de servicios de intervención temprana a una persona que cumpla con los requisitos. Los servicios de intervención temprana especificados en un IFSP calificarán como servicios de cuidado de la salud Médicamente necesarios según lo estipulado por los planes de seguro de salud privados. La persona debe residir dentro de Colorado para poder participar en este programa.

Un "IFSP" es un Plan individualizado de servicios familiares (por sus siglas en inglés) por escrito, que autoriza los servicios de intervención temprana para una persona que cumpla con los requisitos y su familia. Un "Proveedor calificado de servicios de intervención temprana" o "Proveedor calificado" es una persona o agencia que brinda servicios de intervención temprana y está incluida en el Registro de servicios de intervención temprana.

La cobertura estará disponible Anualmente para una persona que cumpla con los requisitos y tenga retrasos significativos en el desarrollo o tenga diagnosticada una condición física o mental con una alta probabilidad de provocar retrasos significativos en el desarrollo.

Los servicios de intervención temprana NO incluyen:

- Transporte médico que no es de emergencia;
- Cuidado de relevo;
- Coordinación de servicios que no sean servicios de administración de casos; y
- Tecnología de asistencia. No obstante, es posible que la tecnología de asistencia esté cubierta por las disposiciones de beneficios para Equipos médicos duraderos de la Póliza.

La cobertura no estará sujeta a Deducibles ni Copagos.

Aparatos y dispositivos protésicos externos

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

Los Aparatos y dispositivos protésicos externos incluirán 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 condiciones 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.

Proveedores en país extranjero

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

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

Servicios de habilitación

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos por servicios que ayuden a una persona a conservar, aprender o mejorar las habilidades y funciones para la vida cotidiana, proporcionados de manera semejante y adicional a cualquier servicio de rehabilitación ofrecido en el plan de beneficios de salud esenciales (EHB, por sus siglas en inglés) de referencia de Colorado. En este contexto, "semejante" significa del mismo tipo y sustancialmente equivalente en alcance, cantidad y duración. Definir los beneficios de habilitación de esta manera brinda beneficios de habilitación a la par con aquellos ofrecidos actualmente en la rehabilitación y refleja la utilización actual en el campo de la rehabilitación. Se pagarán beneficios según lo establecido en el programa de beneficios.

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

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

Los beneficios se proporcionan hasta alcanzar cualquier cantidad máxima de visitas que se indique en el programa de beneficios. A los fines de este beneficio, el término "visita" incluye cualquier visita de pacientes ambulatorios a un Médico durante la cual se brinden uno o más Servicios cubiertos.

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

Servicios de audición

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos en concepto de servicios de la audición, como se indica a continuación:

- Pruebas de audición y exámenes relacionados para determinar la necesidad de corregir la audición para todas las edades.
- Aparatos auditivos y servicios audiológicos hasta los dieciocho (18) años para niños que tengan una pérdida de audición que haya sido verificada por un Médico con licencia y un audiólogo con licencia.
- Se pagarán beneficios como si se tratara de cualquier otra condición médica. Los beneficios están sujetos a la Autorización previa y son beneficios cubiertos solamente si se consideran Médicamente necesarios.

Los aparatos auditivos para niños hasta los dieciocho (18) años serán médicamente apropiados para satisfacer las necesidades de la Persona asegurada según los estándares profesionales aceptados.

La cobertura incluirá la compra de lo siguiente:

- Un par inicial de aparatos auditivos y un par de reemplazo, no más de una vez cada 3 años.
- Un nuevo aparato auditivo cuando alterar el aparato auditivo existente no pueda satisfacer adecuadamente las necesidades del niño.
- Servicios y suministros, entre los que se incluyen, a modo de ejemplo, la evaluación inicial, la colocación, los ajustes y la capacitación auditiva proporcionada conforme a los estándares profesionales aceptados.

La cobertura NO incluye:

- Pruebas para determinar un modelo de aparato auditivo apropiado.
- Aparatos auditivos y pruebas para determinar su utilidad.

Cuidado de la salud en el hogar

Se proporcionarán beneficios cuando se necesiten Servicios de salud en el hogar como una alternativa a la hospitalización o en lugar de una hospitalización (no se requiere hospitalización previa). Los Servicios de salud en el hogar deben proporcionarse conforme a lo indicado por escrito por el Médico que brinde tratamiento para la Enfermedad o Lesión que necesite Servicios de salud en el hogar, y según un plan de cuidados establecido por el Médico en colaboración con un Proveedor de Servicios de salud en el hogar. Los servicios deben estar clínicamente indicados; no pueden superar las 28 horas por semana en total, independientemente de la cantidad de días por semana; y deben durar menos de 8 horas por día. Es posible que se apruebe, según el caso, tiempo adicional hasta un máximo de 35 horas por semana, pero menos de 8 horas por día.

Los siguientes servicios están cubiertos:

- Servicios de enfermería profesionales de una Enfermera titulada.
- Servicios de un asistente de enfermería certificado bajo la supervisión de una Enfermera titulada o un terapeuta calificado.
- Servicios de un terapeuta con licencia para Fisioterapia, Terapia ocupacional, terapia del habla y audiológica, o terapia respiratoria y de inhalación.
- Asesoría nutricional proporcionada por un nutricionista o dietista.
- Servicios sociales médicos.
- Suministros médicos necesarios proporcionados por la Agencia de salud en el hogar.
- Prótesis y aparatos ortopédicos.
- Alquiler o compra de Equipos médicos duraderos suministrados por la Agencia de salud en el hogar.
- Fármacos, medicamentos o insulina suministrados por la Agencia de salud en el hogar.

Exclusiones y limitaciones:

Los siguientes no son gastos cubiertos:

- Servicios o suministros para comodidad o conveniencia personal, incluidos los Servicios domésticos.
- Servicios relacionados con el cuidado de rutina para bebés.
- Servicios de alimentos o comidas, excepto la asesoría en materia de alimentación o la alimentación por sonda.

Programa de servicios especiales:

Si a una Persona asegurada le diagnostican una Enfermedad terminal con una esperanza de vida de 1 año o menos, pero no está lista para elegir la atención de enfermos terminales, la Persona asegurada podrá participar en el Programa de servicios especiales, que permite recibir hasta 15 visitas de cuidado de la salud en el hogar de por vida. La Persona asegurada estará cubierta por el Programa de servicios especiales hasta que elija la cobertura de atención de enfermos terminales. La Persona asegurada puede estar o no recluida en el hogar o puede tener o no

necesidades de cuidados especiales; o puede necesitar solamente cuidados espirituales o emocionales. Los servicios son proporcionados por profesionales con capacitación específica en cuestiones relacionadas con el final de la vida.

Servicios para enfermos terminales

Se proporcionarán beneficios para Servicios para enfermos terminales cuando dichos servicios se brinden bajo la supervisión activa de un Centro de atención de enfermos terminales que sea responsable de coordinar todos los servicios de atención de enfermos terminales, independientemente del lugar o el centro donde se proporcionen dichos servicios. Los beneficios se proporcionarán solamente para Personas aseguradas que tengan una Enfermedad terminal y una esperanza de vida de seis meses o menos. No obstante, si el paciente supera el pronóstico de esperanza de vida de seis meses, los beneficios continuarán del mismo modo por un Período de beneficios adicional, según lo definido en la Póliza. Una vez que se hayan agotado tres Períodos de beneficios, Nuestro equipo de administración de casos trabajará con el Médico adjunto del paciente y con el director médico del Centro de atención de enfermos terminales para determinar si corresponde continuar con la Atención de enfermos terminales.

Un Médico deberá certificar por escrito la Enfermedad de la Persona asegurada, el pronóstico de esperanza de vida y si es apropiado brindar Atención de enfermos terminales. También es posible que solicitemos una copia del plan de cuidados de la Persona asegurada y cualquier cambio realizado en el Nivel de atención de enfermos terminales o el plan de cuidados. Los servicios y cargos incurridos por una Enfermedad o Lesión que no esté relacionada se procesarán conforme a las disposiciones de la Póliza aplicables a todas las demás Enfermedades y Lesiones.

Servicios de cuidado en el hogar para enfermos terminales de rutina:

Se proporcionarán beneficios por cargos incurridos para los siguientes Servicios de cuidado en el hogar para enfermos terminales de rutina conforme al plan de cuidados para enfermos terminales:

- Servicios de enfermería profesionales intermitentes y de guardia las 24 horas proporcionados por una Enfermera titulada o bajo su supervisión.
- Servicios sociales y de psicoterapia intermitentes y de guardia las 24 horas.
- Servicios de un asistente de enfermería certificado o servicios de enfermería delegados a otras personas conforme al artículo 12-38-132 del C.R.S.

Todos los demás Servicios para enfermos terminales:

Se proporcionarán beneficios como para cualquier otra condición médica para los siguientes Servicios adicionales para enfermos terminales:

- Cuidado general como paciente internado (agudo) a corto plazo para enfermos terminales o cuidado en el hogar continuo que pueda requerirse durante un período de crisis para el control del dolor o el manejo de los síntomas. Se requiere Autorización previa, excepto para emergencias, los fines de semana o feriados, o cuando se necesite la transferencia a un nivel de cuidado más alto fuera de Nuestro horario de atención habitual, siempre que el Centro de atención de enfermos terminales obtenga autorización el primer día hábil posterior.
- Suministros médicos.
- Medicamentos y productos biológicos.
- Prótesis y aparatos ortopédicos.
- Oxígeno y suministros respiratorios.
- Pruebas de diagnóstico.
- Alquiler o compra de Equipos médicos duraderos.
- Transporte.
- Servicios de Médicos.
- Terapias, como Fisioterapia, Terapia ocupacional, terapia del habla y terapia respiratoria.
- Asesoría nutricional proporcionada por un nutricionista o dietista.

- Servicios de apoyo para el Duelo para la familia de la persona fallecida durante el período de 12 meses posterior a la muerte.
- Medicamentos paliativos de acuerdo con las pautas del formulario de medicamentos.
- Servicios de voluntarios.

Servicios de Infertilidad

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos incurridos para los siguientes servicios, que incluyen radiografías y procedimientos de laboratorio:

- servicios para el diagnóstico y tratamiento de la Infertilidad involuntaria; e
- inseminación artificial, excepto la donación de esperma, la donación de óvulos y los servicios relacionados con la obtención y el almacenamiento.

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

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

- Los servicios y suministros para pacientes internados proporcionados por el Hospital, excepto los cargos por habitaciones privadas que superen la tarifa de la habitación doble vigente en el centro.
- Servicios de enfermería privada como parte de la atención hospitalaria como paciente internado, cubiertos solamente si se determina que son Médicamente necesarios.
- La Fisioterapia, la Terapia ocupacional y la terapia del habla están cubiertas como parte de la atención hospitalaria como paciente internado si, a criterio de un Médico, puede lograrse una mejoría significativa dentro de un período de 2 meses.
- 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 de uso personal, por ejemplo, televisión, radio, bandejas para acompañantes, etcétera.

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

En el caso de cualquier condición que cumpla con los requisitos, esta Póliza brinda los beneficios indicados para Gastos cubiertos por los servicios y suministros para pacientes internados proporcionados por Otro centro de cuidado de la salud, excepto los Cargos por habitaciones privadas que superen la tarifa de una habitación doble vigente en el centro. La Fisioterapia, la Terapia ocupacional y la terapia del habla están cubiertas como parte de los cuidados especiales si, a criterio de un Médico, puede lograrse una mejoría significativa dentro de un período de 2 meses.

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.

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

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

Mastectomía y procedimientos relacionados

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

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

- Reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
- 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 "Medicamento necesario" incluida en la Póliza. Los beneficios se pagarán como si se tratara de cualquier otra Enfermedad o Lesión en virtud de la Póliza.

Alimentos médicos

Esta Póliza brinda beneficios por Gastos cubiertos incurridos en concepto de Alimentos médicos para tratar trastornos enzimáticos hereditarios, provocados por un defecto en un gen en particular involucrado en el metabolismo de aminoácidos, ácidos orgánicos, ácidos grasos y alergias graves a las proteínas en Recién nacidos, lo cual incluye, a modo de ejemplo, el diagnóstico de las siguientes condiciones: fenilcetonuria; fenilcetonuria materna; enfermedad urinaria del "jarabe de arce"; tirosinemia; homocistinuria; histidinemia; trastornos del ciclo de la urea; hiperlisinemia; acidemias glutáricas; acidemia metilmalónica; acidemia propiónica; alergias mediadas 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 función, la longitud y la motilidad del tubo digestivo. "Alimentos médicos" significa fórmulas metabólicas con receta y sus equivalentes modulares, obtenidas a través de una Farmacia, que estén específicamente designadas y fabricadas para el tratamiento de trastornos enzimáticos hereditarios, sin incluir la fibrosis quística ni los trastornos de intolerancia a la lactosa o la soja. La cobertura será la misma para los Alimentos médicos comprados dentro o fuera de la red.

Suministros médicos y quirúrgicos

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

Servicios de Salud mental y Trastorno de consumo de sustancias

Esta Póliza brinda beneficios para Servicios cubiertos como se indica a continuación para la evaluación y el tratamiento de la Salud mental y los Trastornos de consumo de sustancias de pacientes internados y ambulatorios. Los servicios de Salud mental y para Trastornos de consumo de sustancias que no están cubiertos por esta Póliza se detallan en la sección "LIMITACIONES/EXCLUSIONES (LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO)":

Servicios para pacientes internados

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

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

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

Servicios para pacientes ambulatorios

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

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

Servicios y suministros de Centros de servicios de rehabilitación multidisciplinarios

Cubriremos el tratamiento durante un máximo de dos (2) meses por condición, por Año, en un programa de servicios de rehabilitación multidisciplinarios organizados en un Centro de cuidados especiales o centro designado. Cubriremos los servicios de rehabilitación multidisciplinarios mientras Usted esté internado en un centro designado.

- 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 de rehabilitación multidisciplinario 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 de uso personal, por ejemplo, televisión, radio, bandejas para acompañantes, etcétera.

Trasplantes de órganos y tejidos y cuidados especializados relacionados

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

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

Se brindará cobertura para:

- Servicios cubiertos para pacientes internados y ambulatorios relacionados con la cirugía de trasplante. Los servicios de trasplante incluyen los servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios del receptor; los medicamentos inmunosupresores para pacientes internados; y los costos para la obtención de los órganos o de la médula ósea/células madre. Los servicios de trasplante están cubiertos solo si son necesarios para realizar alguno de los siguientes trasplantes de órganos o tejidos de un ser humano a otro: alogénico de médula ósea/células madre, autólogo de médula ósea/células madre, de córnea, corazón, corazón/pulmón, riñón, riñón/páncreas, hígado, pulmón, páncreas o intestino, que incluye el intestino delgado, el hígado o múltiples vísceras.
- 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 cadáver o de un donante vivo. Los costos de la obtención del órgano consisten en la intervención quirúrgica necesaria para la extirpación del órgano, el transporte del órgano y el transporte, la hospitalización y la cirugía del donante vivo. Los cargos por pruebas de compatibilidad realizadas antes de la obtención gozan de cobertura si resultan Médicamente necesarias. También están cubiertos los costos relacionados con la búsqueda y la identificación de un donante de médula ósea o células madre para un trasplante alogénico.

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

NOTA: La mayoría de los centros de Proveedores dentro de la red NO tienen un contrato con Cigna para brindar servicios de trasplante. Si Usted opta por recibir servicios de trasplante en un centro Dentro de la red que no tenga un contrato con Cigna para brindar servicios de trasplante, dichos servicios no estarían cubiertos. Para averiguar si un centro Dentro de la red tiene un contrato con Cigna para brindar servicios de trasplante, comuníquese con Su administrador de casos de Cigna o llame al 1-800-287-0539.

Servicios de viaje para trasplantes

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

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

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

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

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

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

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

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

Aparatos ortopédicos

Un aparato ortopédico es un dispositivo rígido o semirrígido utilizado para sostener, alinear, prevenir o ayudar a aumentar el uso de una extremidad o parte del cuerpo que funciona mal, que limita o impide el movimiento de una parte del cuerpo débil o que funciona mal. Un ejemplo de un aparato ortopédico es una rodillera. Se proporcionan beneficios para la compra y los accesorios necesarios para aparatos ortopédicos. La cobertura también incluye ajustes y reparaciones, siempre que los ajustes o las reparaciones no resulten necesarios porque la persona realizó un uso indebido de los aparatos o los perdió. La cobertura de los beneficios se limita al modelo más apropiado que satisfaga adecuadamente las necesidades médicas del miembro.

Cuidado para el embarazo y la maternidad

Su Póliza de Proveedores participantes brinda beneficios de cuidado para el embarazo y después del parto 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 “Elegibilidad”.

La madre y su hijo Recién nacido tendrán derecho a recibir cobertura hospitalaria para pacientes internados durante un período de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones (si las 48 horas después de un parto caen después de las 8:00 p.m., la cobertura continuará hasta las 8:00 a.m. de la mañana siguiente); y de 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones (si las 96 horas después de una cesárea caen después de las 8:00 p.m., la cobertura continuará hasta las 8:00 a.m. de la mañana siguiente). No restringiremos los beneficios de ninguna estadía en un Hospital en relación con el nacimiento, para la madre o el hijo Recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea; ni exigiremos que un Proveedor obtenga autorización para recetar una estadía que no supere los períodos mencionados. La decisión de acortar el período de servicios de cuidado como paciente internado de la madre o el Recién nacido debe ser tomada por el Médico adjunto, previa consulta con la madre. Si entre la madre y el Médico toman la decisión de dar el alta hospitalaria a la madre o al niño Recién nacido antes de transcurrido dicho período de 48 o 96 horas, dispondrán de cobertura para el cuidado posterior al parto que resulte oportuno, lo cual incluye una visita al hogar del Recién nacido durante la primera semana de vida si el Recién nacido recibe el alta hospitalaria menos de 48 horas después del parto.

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".

Servicios de cuidado preventivo

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

- Exámenes físicos de rutina, que incluyen: orientación y asesoría para el Trastorno de consumo de sustancias, consumo indebido de alcohol, consumo de tabaco, obesidad, ejercicio y dieta saludable/asesoría nutricional.
- Servicios para dejar de fumar, que incluyen exámenes de detección, servicios de intervención, intervenciones del comportamiento y Medicamentos con receta. Nota: Se cubre un máximo de dos intentos de dejar de fumar, consulte la definición en la sección 'Definiciones' de esta Póliza.
 - Cuatro sesiones de asesoría para dejar de fumar de, al menos, 10 minutos cada una por intento (que incluyen asesoría telefónica, asesoría grupal y asesoría individual);
 - Se cubren dos intentos de dejar de fumar en virtud del beneficio de Medicamentos con receta;
 - Productos para dejar de fumar con receta, con un límite máximo de 2 regímenes de tratamiento de 90 días; incluyen Medicamentos con receta y medicamentos de venta libre con la receta de un Médico; consulte la Lista de medicamentos preventivos sin costo en myCigna.com para conocer los detalles.
 - 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.

Los medicamentos para dejar de consumir tabaco aprobados por la FDA están cubiertos a \$0:

- clorhidrato de bupropión 150 mg, comprimidos de liberación prolongada (genérico de Zyban)
- goma de mascar de nicotina (OTC)
- pastilla de nicotina (OTC)
- parche de nicotina (OTC)

Si se solicita por necesidad médica y el cliente no puede usar productos para dejar de fumar con receta genéricos u OTC, está cubierto a \$0:

- Chantix
- Nicotrol, inhalador
- Nicotrol, rociador nasal

Nota: Los residentes de Colorado de 15 años o más que deseen dejar de fumar también pueden llamar a la Línea para dejar de fumar de Colorado al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669).

- Un examen Anual de detección del cáncer de seno con mamografía, examen de Papanicolaou Anual, examen Anual de detección del cáncer de próstata, que incluye un análisis de sangre para la detección del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés), examen de detección colorrectal para todas las personas de alto riesgo y el costo total de la vacuna para el cáncer de cuello uterino.
- Vacunas antigripal y antineumocócica.
- Artículos o servicios que tengan una calificación A o B en las recomendaciones vigentes del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés).

- Inmunizaciones recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
- Para bebés, niños y adolescentes, cuidado preventivo y exámenes de detección basados en evidencias contemplados en las pautas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud.
- Para las mujeres, el cuidado preventivo y los exámenes de detección adicionales que estén contemplados en las pautas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud.

Encontrará información detallada en: www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits.

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.

Servicios profesionales y otros servicios

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

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

Terapia de rehabilitación para Personas aseguradas con defectos congénitos y anomalías de nacimiento

Se pagarán beneficios para el cuidado y el tratamiento de defectos congénitos y anomalías de nacimiento. La Fisioterapia, la Terapia ocupacional y la terapia del habla Médicamente necesarias estarán cubiertas para las Personas aseguradas con defectos congénitos y anomalías de nacimiento. Se proporcionará terapia independientemente de que una condición sea aguda o crónica, e independientemente de que el objetivo de la terapia sea mantener o mejorar la capacidad funcional.

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

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

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

Los beneficios se proporcionan hasta alcanzar cualquier cantidad máxima de visitas que se indique en el programa de beneficios. A los fines de este beneficio, el término "visita" incluye cualquier visita de pacientes ambulatorios a un Médico durante la cual se brinden uno o más Servicios cubiertos.

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

Telesalud/telemedicina

Los beneficios para telemedicina se pagarán como si se tratara de cualquier otra condición médica.

La telemedicina incluye la prestación de servicios médicos y cualquier diagnóstico, consulta o tratamiento a través de la comunicación interactiva por audio y video. Para obtener una descripción completa de los servicios, consulte la sección “Definiciones” de esta Póliza.

Nota: Este beneficio no incluye los servicios prestados por Médicos de atención virtual exclusivos.

Tratamiento de la Disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ)

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

Servicios para personas transgénero

Esta Póliza brinda beneficios por Gastos cubiertos incurridos para el tratamiento de la disforia de género, el trastorno de identidad de género, procedimientos, cirugía o tratamientos para cambiar características del cuerpo por las del sexo opuesto cuando dichos servicios se consideren Médicamente necesarios o cumplan de otra forma con los requisitos de cobertura aplicables.

Beneficios de Medicamentos con receta

Gastos cubiertos

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

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

Patient Assurance Program

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

Por ejemplo, determinados medicamentos de insulina cubiertos por el beneficio de Medicamentos con receta por los cuales Cigna obtiene, directa o indirectamente, un descuento en relación con el programa Patient Assurance Program pueden generar un crédito aplicable a una parte o la totalidad de Su Copago o Coseguro, si lo hubiera, que como se indicó, puede reducirse respecto a la cantidad indicada en el programa de beneficios para los

medicamentos de insulina. Además, es posible que los medicamentos de insulina cubiertos que cumplen con los requisitos para los descuentos del programa Patient Assurance Program no estén sujetos a ningún Deducible aplicable, si lo hubiera.

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

Tenga en cuenta que los descuentos del programa Patient Assurance Program que Cigna podría obtener por Medicamentos con receta, y que podría aplicar o acreditar a Su Copago o Coseguro, si lo hubiera, en relación con el programa, no están relacionados con ningún reembolso u otros pagos que Cigna pueda obtener de un fabricante de productos farmacéuticos por los mismos u otros Medicamentos con receta. Salvo según se indique en otras secciones de esta Póliza, Usted no tiene derecho a recibir un beneficio por esos reembolsos u otros pagos obtenidos por Cigna porque no están relacionados con el programa Patient Assurance Program. Por otra parte, la disponibilidad del programa Patient Assurance Program, así como de los Medicamentos con receta incluidos en el programa y/o Su Copago o Coseguro, si lo hubiera, para esos Medicamentos con receta que cumplen con los requisitos, podrá cambiar de tanto en tanto según factores que incluyen, a modo de ejemplo, que los descuentos del programa Patient Assurance Program sigan estando disponibles para Cigna en relación con este programa. Puede obtener más información sobre el programa Patient Assurance Program, inclusive los Medicamentos con receta incluidos en el programa, en el sitio web que aparece en Su tarjeta de ID o llamando a Servicios a los Miembros al número de teléfono impreso en Su tarjeta de ID.

Lo que está cubierto

- Medicamentos para pacientes ambulatorios y medicamentos que, conforme a las leyes federales y/o del estado de Colorado 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.
- Un suministro para 5 días, sin Autorización previa, para al menos 1 de los medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para el tratamiento de la dependencia de los opioides, limitado a una vez por período de 12 meses;
- 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; bombas de insulina, dispositivos y accesorios para infusión, agentes hipoglucémicos orales; botiquines de emergencia de glucagón y paños con alcohol.
- Medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA. En la actualidad, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) tiene 18 métodos anticonceptivos aprobados diferentes. Todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA están cubiertos por esta Póliza sin ningún Costo compartido, conforme a lo exigido por la legislación federal y estatal.
- Los medicamentos contra el cáncer de administración por vía oral recetados en relación con tratamientos de quimioterapia contra el cáncer no deberán superar la cantidad del Copago o Coseguro que se aplicaría a un medicamento contra el cáncer administrado por vía intravenosa o inyectable recetado con el mismo fin.
- Uso no aprobado de un medicamento para el cáncer si a) el medicamento está reconocido para el tratamiento de ese tipo de cáncer en los compendios de referencia con autoridad según lo identificado por la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; y b) el tratamiento es para una condición cubierta.
- Las gotas para los ojos con receta podrán renovarse antes si la Persona asegurada solicita la renovación al menos:
 - (1) 21 días para un suministro para 30 días de gotas para los ojos,
 - (2) 42 días para un suministro para 60 días de gotas para los ojos,
 - (3) 63 días para un suministro para 90 días de gotas para los ojos,después de la última fecha en que se haya despechado o renovado el medicamento recetado. La receta original debería indicar que se necesita una cantidad adicional.
Permitiremos un frasco adicional si la Persona asegurada lo necesita para usarlo en una guardería infantil, una escuela o un programa de cuidados diurnos para adultos. El frasco adicional tiene un límite de

un (1) frasco cada tres (3) meses. Los beneficios de gotas para los ojos con receta están sujetos al mismo Deducible Anual del plan, Copago o Coseguro establecido para todos los demás Medicamentos con receta.

- Todos los Medicamentos con receta compuestos que no se administren por infusión y que contengan al menos un ingrediente recetado aprobado por la FDA cubierto, 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 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.

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 en el término 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 condición de la Persona asegurada; sin embargo, los suplementos alimenticios, los dispositivos auxiliares para la salud o los medicamentos para fines estéticos no se encuentran cubiertos, aun cuando sean recetados por un Médico para el cuidado y el tratamiento de una Enfermedad de la Persona asegurada.
- Ser comprados en una Farmacia minorista con licencia o pedidos por correo a través de Express Scripts Pharmacy, la Farmacia de entrega a domicilio de Cigna.
- El medicamento o la medicación no debe utilizarse mientras la Persona asegurada se encuentre internada en un centro.
- La Receta no debe superar el suministro para la cantidad de días que se indica en la sección "Limitaciones" a continuación.
- Los Medicamentos para infusión e inyectables, y los Medicamentos de especialidad pueden requerir Autorización previa o Tratamiento escalonado.

Beneficios de la vista pediátricos

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

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

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

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

Lo que está cubierto

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 por Año realizada por un Optometrista o un Oftalmólogo, que incluye, a modo de ejemplo, examen de la salud de los ojos, dilatación, refracción y recetas para anteojos.
- Lentes de anteojos: 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:

- recubrimiento contra rayones;
- recubrimiento ultravioleta (UV);
- lentes extragrandes;
- Colores lisos y en degradé
- Mínimo del 20% de ahorro* en todas las mejoras adicionales de los lentes que Usted elija para Sus lentes, que incluyen, a modo de ejemplo: recubrimiento antirreflex; fotocromía (vidrio o plástico); polarizado; lentes de alto índice y estilos de lentes, como bifocales sin línea, intermedios y lentes progresivos prémium.

* La participación del Proveedor es 100% voluntaria; consulte a Su profesional de cuidado de la vista sobre los descuentos ofrecidos.

- Marcos: Un marco para lentes recetados cada dos Años de la colección de marcos pediátricos. Solo los marcos de la colección de marcos pediátricos se cubren al 100%. Marcos que no pertenecen a la colección: El Costo compartido de la Persona asegurada 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 cada dos Años 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 cada dos Años, 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 dos Años para una Persona asegurada 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 anteojos de alta potencia, lupas y telescopios, que pueden ayudar a la Persona asegurada 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.

Proveedores de Cigna Vision

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

LIMITACIONES/EXCLUSIONES (LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO)

Servicios excluidos

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

- Servicios obtenidos de un Proveedor no participante/Proveedor fuera de la red, salvo para el tratamiento de una Condición médica de emergencia.
- Cantidades que superen las limitaciones de beneficios máximos de los Gastos cubiertos especificados en esta Póliza.
- Servicios no incluidos específicamente en esta Póliza como Servicios cubiertos.
- Servicios o suministros que no son Médicamente necesarios.
- Servicios o suministros que Cigna considere que son para procedimientos Experimentales, procedimientos En investigación o procedimientos No comprobados.
- 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 condición por la cual se recuperen o puedan recuperarse los beneficios, ya sea mediante una sentencia o laudo, un acuerdo o de otro modo, en virtud de cualquier compensación del seguro de accidentes de trabajo, ley de responsabilidad del empleador o ley de enfermedades laborales, incluso si la Persona asegurada no reclama esos beneficios.
- Condiciones causadas por: (a) un acto bélico (como consecuencia de una guerra declarada o no declarada); (b) la liberación involuntaria de energía nuclear cuando haya fondos del gobierno disponibles para tratar las Enfermedades o Lesiones producidas por dicha liberación de energía nuclear; (c) la participación de una Persona asegurada en el servicio militar de cualquier país; (d) la participación de una Persona asegurada en una insurrección, una rebelión o un motín, a menos que haya ocurrido durante una protesta comunitaria; (e) servicios recibidos como resultado directo de la comisión o el intento de comisión de un delito grave por parte de una Persona asegurada (independientemente de que haya dado lugar a acciones legales o no) o como resultado directo de que la Persona asegurada participe en una actividad ilícita.
- Cualquier servicio proporcionado por una agencia gubernamental local, estatal o federal, salvo (a) cuando la ley federal o estatal exijan expresamente el pago en virtud de esta Póliza.
- Servicios que deben ser brindados por un distrito escolar o un sistema escolar público 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 o beneficios de asistencia médica en virtud de la Ley de Asistencia Médica de Colorado, Título 25.5, Secciones 4, 5 y 6, C.R.S.). Los Hospitales de la Administración de Veteranos y los Centros militares de tratamiento serán considerados para el pago de acuerdo con la legislación vigente.
- Si la Persona asegurada cumple con los requisitos para recibir cobertura en virtud de la Parte A, B, C 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 Médicamente necesario y se encuentre en la lista de servicios cubiertos por esta Póliza.
- Servicios profesionales o suministros recibidos o comprados a Usted, o un centro o profesional de cuidado de la salud que le proporcione una remuneración a Usted, directa o indirectamente, o a una organización de la cual Usted reciba, directa o indirectamente, una remuneración.
- Servicios de la sala de emergencias de un Hospital para cualquier condición que no sea una Condición 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.
- Enfermería privada, salvo cuando se brinde como parte de los Servicios de cuidado de la salud en el hogar o los beneficios de Servicios de atención de enfermos terminales en esta Póliza, o según lo dispuesto específicamente en la sección de esta Póliza titulada “Beneficios/Cobertura (Lo que está cubierto)”.
- 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 un Trastorno de 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; hipnosis; balanceo de energía; ejercicios de respiración; terapia del movimiento y/o ejercicio, incluidos, a modo de ejemplo, yoga, pilates, taichi, caminata, senderismo, natación y golf; y cualquier otro tratamiento alternativo según lo definido por el National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) de los Institutos Nacionales de Salud. Los servicios específicamente indicados como cubiertos en “Terapia de rehabilitación” y “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 centro en el que una parte significativa de las actividades incluyan el descanso, la recreación, el tiempo libre o cualquier otro servicio que no sea un Servicio cubierto.
- 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 ambulatorio.
- Servicios que son autodirigidos a un centro de diagnóstico independiente u Hospitalario.
- Servicios indicados por un Médico u otro Proveedor que sea empleado o representante de un centro de diagnóstico independiente u Hospitalario, 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.
- Servicios de ortodoncia, frenillos y otros aparatos ortodóncicos, incluidos los servicios de ortodoncia para la Disfunción de la articulación temporomandibular, a excepción del tratamiento de ortodoncia Médicamente necesario para una persona que nació con labio o paladar leporino.
- 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, excluido el tratamiento Médicamente necesario del labio y el paladar leporino.
- Los servicios cubiertos por este plan médico y un plan dental pediátrico relacionado certificado por el Intercambio y reembolsados en virtud del plan dental no se reembolsarán conforme a este plan.
- Aparatos auditivos, salvo según lo indicado específicamente en esta Póliza, 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), limitados al dispositivo profesionalmente adecuado que sea menos costoso. Un aparato auditivo es cualquier tipo de dispositivo que amplifique el sonido.

- Pruebas de audición de rutina, salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza en “Beneficios/Cobertura (Lo que está cubierto)”.
- Exámenes genéticos o exámenes genéticos de preimplantación: el diagnóstico genético general basado en la población es un método de prueba que se realiza cuando no hay ningún síntoma o ningún factor de riesgo significativo comprobado de enfermedades hereditarias de transmisión genética.
- Terapia génica, que incluye, a modo de ejemplo, el costo del producto de Terapia génica; y los servicios médicos, quirúrgicos, profesionales y del centro directamente relacionados con la administración del producto de Terapia génica.
- Servicios de optometría, ejercicios de los ojos, que incluyen ortóptica, anteojos, lentes de contacto, exámenes y refracciones de rutina de la vista, salvo según lo indicado específicamente en esta Póliza en Beneficios de la vista pediátricos.
- 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, o con el fin de tratar problemas psicológicos o psicosociales relacionados con la apariencia de una persona. Esta exclusión no se aplica a la Cirugía reconstructiva para restaurar una función del cuerpo o para corregir una deformidad provocada por una Lesión, una cirugía Médicamente necesaria o un defecto congénito de un niño Recién nacido, o para tratar el hemangioma congénito (manchas rojas) en la cara y el cuello de una Persona asegurada de 18 años o menos, ni a la Cirugía reconstructiva Médicamente necesaria para restaurar la simetría después de una mastectomía o tumorectomía.
- 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, hipnosis, terapia del sueño, asesoría laboral, capacitación para cuidar la espalda, servicios de retorno al trabajo, programas de reentrenamiento para el trabajo, seguridad vial y servicios, capacitación, terapia educacional u otros servicios auxiliares no médicos para tratar los trastornos del aprendizaje y los retrasos en el desarrollo, a excepción de lo dispuesto específicamente en esta Póliza. Esta exclusión no se aplica a los servicios de educación de la salud para enfermedades crónicas y cuidado personal sobre temas como el manejo del estrés y la nutrición.
- Servicios y procedimientos para cirugía para retirar piel sobrante, incluidos cirugía de la pared abdominal/paniclectomía, extirpación de papilomas cutáneos, acupresión, acupuntura, terapia craneosacral/craneal, kinesiología aplicada, proloterapia y litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL, por sus siglas en inglés) para condiciones musculoesqueléticas y ortopédicas, macromastia o ginecomastia, várices, rinoplastia y blefaroplastia, sin importar las indicaciones clínicas.
- Cualquier tratamiento, Medicamento con receta, servicio o suministro para tratar la disfunción sexual, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual.
- Los siguientes servicios relacionados con la evaluación o el tratamiento de la fertilidad y/o Infertilidad, reversiones de esterilizaciones; donación de semen y de óvulos; trasplantes de óvulos; fertilización *in vitro*, transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés), transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), salvo según lo dispuesto 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 (salvo para el tratamiento como resultado de la diabetes).

- 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 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 condiciones 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, salvo que se establezca lo contrario en esta Póliza en “Cirugía bariátrica”.
- Exámenes físicos o pruebas de rutina cuya finalidad no sea el tratamiento directo de una Enfermedad, Lesión o condición real. Incluyen informes, evaluaciones o una hospitalización no requeridos por motivos de salud; 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, los cuidados de rutina, a largo plazo o de mantenimiento que se proporcionan luego de la solución de un problema médico agudo y cuando no se espera una mejora terapéutica significativa.
- Tratamiento que no permitirá una modificación favorable ni impedirá el deterioro.
- Servicios educativos, salvo el Programa de capacitación para el autocontrol de la diabetes, y según lo dispuesto o coordinado específicamente por Cigna.
- Asesoría en materia de nutrición o suplementos alimenticios, salvo según lo indicado en 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.
- Fisioterapia y/o Terapia/medicina ocupacional, salvo cuando se suministre durante una internación Hospitalaria o según lo dispuesto específicamente en el programa de beneficios y en “Servicios de terapia de rehabilitación (Fisioterapia, Terapia ocupacional y terapia del habla)” en la sección de esta Póliza titulada “Beneficios/Cobertura (Lo que está cubierto)”.

- 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/Cobertura (Lo que está cubierto)”.
- Cuidado de rutina de los pies, que incluye cortar o eliminar callos o durezas; cortar las uñas, cuidados higiénicos de rutina y cualquier servicio que se brinde sin que haya una Enfermedad, Lesión o síntoma localizado que comprometa los pies, a menos que esta Póliza establezca lo contrario.
- Cargos por los cuales no podemos determinar Nuestra responsabilidad debido a que la Persona asegurada no realizó lo siguiente dentro de un plazo de 60 días o tan pronto como fuera razonablemente posible: (a) autorizarnos a recibir todos los registros médicos y la información que solicitamos; o (b) suministrararnos la información que solicitamos con respecto a las circunstancias del reclamo u otra cobertura de seguro.
- Cargos por los servicios de un Médico de guardia.
- Cargos por trasplantes de órganos de animales a humanos.
- Reclamos recibidos por Cigna después de transcurridos 15 meses desde la fecha en que se prestó el servicio, salvo en caso de incapacidad legal.

Exclusiones de beneficios de Medicamentos con receta

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

- Medicamentos no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- Cualquier medicamento no incluido en la Lista de medicamentos con receta y cuya cobertura no se haya aprobado a través del proceso de excepciones de los medicamentos fuera de la Lista de medicamentos con receta.
- Medicamentos, dispositivos y/o suministros de venta sin receta médica 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 para la Infertilidad inyectables y cualquier medicamento inyectable que requiera supervisión de un Médico y que no sea considerado normalmente como un medicamento autoadministrado están cubiertos en virtud de los beneficios médicos de esta Póliza 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;
- 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 cualquier disposición sobre beneficios relacionada con “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, AHFS) o en literatura médica. Literatura médica significa estudios científicos publicados en revistas biomédicas revisadas por colegas médicos escritas en inglés.

- Los productos anticonceptivos implantables colocados por el Médico están cubiertos por los beneficios médicos de la Póliza.
- Suministros (como materiales para estoma), dispositivos y aparatos con y sin receta, a excepción de los Suministros relacionados; excepto los vinculados con Suministros y equipos para diabéticos.
- Vitaminas con receta que no sean vitaminas prenatales, suplementos alimenticios, suplementos a base de hierbas y flúor, a excepción de los suplementos designados 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;
- Los medicamentos u otras sustancias que se administren en cualquier entorno para pacientes ambulatorios. Esto incluye, a modo de ejemplo, los artículos administrados por un Médico.
- Kits de medicamentos para comodidad.
- Recetas que tengan más de un año desde la fecha de emisión original.
- Los costos relacionados con el envío por correo, el envío o la entrega de Medicamentos con receta.
- Cualquier uso indebido intencional de este beneficio, lo que incluye la compra de Medicamentos con receta para el consumo por parte de una persona distinta de la Persona asegurada.

Limitaciones de beneficios de Medicamentos con receta

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

- Suministro para hasta 30 días en una Farmacia minorista participante para medicamentos de los niveles 1 a 4 y suministro para hasta 30 días de los medicamentos del nivel 5, a menos que se indiquen otras limitaciones en el envase del fabricante del medicamento (para obtener información detallada sobre los niveles de medicamentos, consulte el programa de beneficios de la Póliza); o
- Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista con despacho para 90 días para medicamentos de los niveles 1 a 4 y suministro para hasta 90 días de los medicamentos del nivel 5, a menos que se indiquen otras limitaciones en el envase del fabricante del medicamento. Para localizar una Farmacia minorista con despacho para 90 días, puede llamar al número de Servicio al Cliente que aparece en Su tarjeta de ID o iniciar sesión en www.cigna.com/ifpproviders (para obtener información detallada sobre los niveles de medicamentos, consulte el programa de beneficios de la Póliza).
- Suministro para hasta 90 días en Express Scripts Pharmacy, la Farmacia de entrega a domicilio de Cigna, para medicamentos de los niveles 1 a 4 y suministro para hasta 90 días de los medicamentos del nivel 5, a menos que se indiquen otras limitaciones en el envase del fabricante del medicamento (para obtener información detallada sobre los niveles de medicamentos, consulte el programa de beneficios de la Póliza).
- Los medicamentos para dejar de fumar que estén incluidos en la Lista de medicamentos con receta de Cigna están limitados a dos suministros para 90 días por Año.

- Es posible que se apliquen los límites para medicamentos administrados (MDL, por sus siglas en inglés) a la dosis y/o a la cantidad de días de suministro de determinados medicamentos; los límites para medicamentos administrados se basan en las recomendaciones de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) federal y el fabricante del medicamento.
- Hasta el límite de dosis y/o despacho que determine el Comité de P&T.

Programa complementario de descuento en medicamentos

Usted debe pagar el 100% del costo de los Medicamentos con receta o Suministros relacionados excluidos por este plan. Sin embargo, el Programa complementario de descuento en medicamentos permite a las Farmacias participantes cobrarles a Usted y los Miembros de Su familia el costo con descuento de los Suministros y Medicamentos con receta no cubiertos. Esto significa que Usted pagará el 100% del costo con descuento en lugar del costo total de los Suministros y Medicamentos con receta que el plan no cubra. Tenga en cuenta que los costos de desembolso que Usted y los Miembros de Su familia paguen por los Medicamentos con receta o Suministros relacionados que el plan no cubra no se aplicarán al Deducible ni el Desembolso máximo de la Persona asegurada.

Exclusiones de beneficios de cuidado de la vista pediátrico

- Entrenamiento ortóptico o visual y cualquier prueba complementaria asociada.
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos.
- Cualquier examen de la vista, o accesorio correctivo para la vista, requerido por un empleador como condición para el empleo.
- Cualquier Lesión o Enfermedad pagada o pagadera por la ley del Seguro de accidentes de trabajo o una ley similar, o que se relacione con el trabajo
- Cargos que superen el cargo razonable y usual por el Servicio o los Materiales.
- Cargos incurridos después de finalizada la Póliza o de finalizada la cobertura de la Persona asegurada en virtud de la Póliza, salvo según lo indicado 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 de otra forma en el título “Lo que está cubierto” incluido anteriormente en la sección de Beneficios de cuidado de la vista pediátrico.
- Cualquier tipo de anteojos, lentes o lentes de contacto sin receta.
- Tratamientos de lentes para anteojos, “accesorios” o recubrimientos para lentes que no estén incluidos de otra forma en el título “Lo que está cubierto” incluido anteriormente en la sección de Beneficios de cuidado de la vista pediátrico.
- 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 presentados y recibidos después de transcurridos doce (12) meses de la Fecha de servicio original.
- Los servicios proporcionados fuera de la red sin la aprobación previa de Cigna no están cubiertos.

PAGOS A CARGO DEL MIEMBRO

Programa de beneficios

Usted será responsable de las cantidades de Coseguro que se indican en el programa de beneficios una vez que se haya cumplido con cualquier Deducible o Copago aplicable, a menos que se especifique lo contrario. Usted también será responsable de las cantidades de Copago indicadas en el programa de beneficios.

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

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

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

Hospitales participantes, Médicos participantes y otros Proveedores participantes

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

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

Circunstancias especiales

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

- **Servicios de emergencia**

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

- **Otras circunstancias**

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

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

Facturación sorpresa

Usted es responsable de las cantidades de Costo compartido Dentro de la red aplicables, incluidos los Copagos, Deducibles y/o Coseguro. Si Usted recibe servicios de un Proveedor no participante o usa los servicios de un Hospital no participante u otro tipo de centro no participante, es posible que tenga que pagar costos adicionales asociados con ese cuidado.

Los Hospitales, centros o Proveedores no participantes a menudo le facturan a Usted la diferencia entre lo que Cigna decide que es el cargo que cumple con los requisitos y lo que el Proveedor no participante factura como el cargo total. Esto se denomina “facturación sorpresa” o “facturación de saldos”.

Cuándo NO SE LE PUEDEN facturar saldos a Usted:

Servicios de emergencia

Cuando Usted recibe servicios en concepto de atención médica de emergencia, generalmente, lo máximo que se le puede facturar por Servicios de emergencia son las cantidades de Costo compartido Dentro de la red de Su plan, que son los Copagos, el Deducible y/o el Coseguro. No se le puede facturar ninguna otra cantidad en concepto de facturación de saldos. Esto incluye el centro de emergencias y los Proveedores a los que consulte para recibir atención de emergencia.

Servicios que no son de emergencia en un centro participante o no participante

El Hospital o centro deben informarle si Usted se encuentra en un establecimiento no participante o en un establecimiento participante que utiliza Proveedores no participantes. También debe informarle qué tipos de servicios puede brindar cualquier Proveedor no participante.

Usted tiene derecho a solicitar que Proveedores participantes brinden todos los servicios médicos cubiertos. Sin embargo, es posible que deba recibir servicios médicos de un Proveedor no participante si no hay un Proveedor participante disponible. Cuando esto sucede, lo máximo que se le puede facturar por los **Servicios cubiertos** es Su cantidad de Costo compartido Dentro de la red (Copagos, Deducibles y/o Coseguro). Estos Proveedores no pueden enviarle una facturación de saldos.

Si recibe servicios de un Proveedor, Hospital o centro no participante en cualquier OTRA situación, aún podría recibir la facturación de saldos o ser responsable por toda la factura. Si intencionalmente recibe Servicios que no son de emergencia de un Proveedor o centro no participante, también es posible que se le facturen los saldos.

Si recibe una factura por cantidades que no sean Sus Copagos, Deducible y/o Coseguro, comuníquese con Nosotros al número que aparece en Su tarjeta de ID.

Disposiciones generales

- 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.
- Para que una Persona asegurada tenga derecho a recibir beneficios en virtud de esta Póliza, la cobertura conforme a esta Póliza deberá estar en vigor en la fecha en que se incurra el gasto que dé lugar a un reclamo por beneficios. En virtud de esta Póliza, se considera que se incurre en un gasto en la fecha en que la Persona asegurada recibe el servicio o suministro respecto del cual se cobra el cargo.
- Pagaremos todos los beneficios de la presente Póliza directamente a los Hospitales participantes, Médicos participantes y todos los demás Proveedores participantes, independientemente de que la Persona asegurada haya autorizado la cesión de beneficios o no, salvo que la Persona asegurada haya pagado el reclamo en su totalidad, en cuyo caso le otorgaremos un reembolso. Además, podemos pagarle directamente a cualquier Proveedor de servicios cubierto cuando la Persona asegurada ceda los beneficios por escrito, a más tardar, en el momento de la presentación de la prueba de pérdida (reclamo), salvo en el caso de reclamos vinculados con Proveedores en países extranjeros. Sin embargo, podemos, a Nuestra entera discreción, pagarle a Usted el costo de cualquier Gasto cubierto de un Proveedor no participante, aun si los beneficios se han cedido. Cuando los beneficios se les paguen a Usted o a los Miembros de Su familia, Usted o los Miembros de Su familia tienen la responsabilidad de reembolsar al Proveedor, y el pago que le realicemos a Usted se considerará el cumplimiento de Nuestra obligación.

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 ID o visitando www.cigna.com/ifp-drug-list.

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

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

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

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

Medicamentos con receta cubiertos en virtud de los beneficios médicos

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

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

Beneficios de Medicamentos inyectables autoadministrados y Medicamentos para infusión e inyectables

Medicamentos cubiertos en virtud de los beneficios de Medicamentos con receta

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

- Iniciar sesión en Su cuenta de mycigna.com,
- ver la Lista de medicamentos con receta de Cigna en www.cigna.com/ifp-drug-list y

- elegir la Lista de medicamentos con receta de Cigna correspondiente a Su estado.

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

Medicamentos cubiertos en virtud de los beneficios médicos

Los Medicamentos para infusión e inyectables incluidos en la Lista de medicamentos de Cigna están cubiertos en virtud de los beneficios médicos de esta Póliza cuando los Medicamentos para infusión e inyectables incluidos en la Lista de medicamentos con receta de Cigna son administrados en un entorno de cuidado de la salud por un Médico u Otro profesional de cuidado de la salud, y son facturados con los cargos del consultorio o el centro.

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

- acceder a www.cigna.com/ifp-drug-list y
- elegir Su estado.

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

Programa de despacho con suministro dividido

Este programa se aplica durante los primeros 30 días que inicia un nuevo tratamiento con determinados Medicamentos de distribución limitada y Medicamentos de especialidad con receta. El programa de despacho con suministro dividido está diseñado para evitar el desperdicio de Medicamentos con receta en caso de que Su Medicamento con receta o dosis cambien. Se ha identificado que los Medicamentos con receta que se incluyen en este programa requieren un seguimiento más frecuente para evaluar la respuesta al tratamiento y las reacciones. Inicialmente recibirá un suministro para hasta 15 días de Su Receta de determinados medicamentos despachados en Accredo o Express Scripts, Nuestra Farmacia de entrega a domicilio, en lugar de la Receta completa. Usted paga la mitad del Costo compartido para 30 días por este suministro inicial para 15 días y deberá pagar la otra mitad del Costo compartido para 30 días si se proporciona un suministro para 15 días adicionales. Las clases terapéuticas de Medicamentos con receta que están incluidas en este programa son determinadas por Cigna, y su continuación en el programa se manejará teniendo en cuenta las nuevas pautas clínicas y la experiencia de despacho.

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, por sus siglas en inglés), 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 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 ID 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.

PROCEDIMIENTO DE RECLAMO (CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO)

Reclamos médicos

Cómo presentar un reclamo de beneficios

Notificación del reclamo:

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

Formularios de reclamo: Cuando recibamos 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 de una declaración por escrito acerca de la naturaleza y el alcance de la pérdida dentro de los plazos establecidos en la sección "Prueba de pérdida". También puede obtener los formularios de reclamo necesarios en www.cigna.com, en *Health Care Providers, Coverage and Claims* (Proveedores de cuidado de la salud, cobertura y reclamos), o llamando a Servicios a los Miembros al número gratuito que aparece en Su tarjeta de ID.

Recordatorios sobre los reclamos:

- **ASEGÚRESE DE USAR SU NÚMERO DE ID 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 ID DE MIEMBRO APARECE EN SU TARJETA DE ID.**
 - **SU NÚMERO DE CUENTA ES EL NÚMERO DE LA PÓLIZA DE 7 DÍGITOS QUE APARECE EN SU TARJETA DE ID.**
- **ASEGÚRESE DE SEGUIR ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE APARECEN EN LA PARTE DE ATRÁS DEL FORMULARIO DE RECLAMO CUANDO ENVÍE UN RECLAMO.**

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

Cesión de pagos de reclamos:

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

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

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.

No asumimos responsabilidad alguna por la validez ni los efectos de una cesión. Puede revocar la cesión presentándonos una revocación por escrito a Nosotros y al Proveedor. La revocación tendrá validez únicamente para los cargos incurridos después de que Nosotros y el Proveedor la recibamos.

Reclamos de hijos dependientes: Los reclamos de un hijo dependiente cubierto pueden ser presentados por uno de sus padres o por el departamento de servicios sociales del estado en caso de que se realice una cesión conforme al artículo 26-13-106 del CRS, quien deberá presentar copias válidas de las facturas médicas. Los reclamos presentados por un padre que tenga la custodia que no sea una Persona asegurada en virtud de esta Póliza se considerarán una cesión válida de beneficios para el pago al Proveedor de cuidado de la salud.

Pago oportuno de los reclamos: Los beneficios se pagarán inmediatamente al recibir la debida prueba de pérdida por escrito, con sujeción a lo indicado en la sección “El proceso de reclamos” a continuación.

Pago de reclamos: Los beneficios pagaderos en virtud de esta Póliza por los Servicios cubiertos brindados por un Proveedor participante se pagarán directamente a ese Proveedor participante, a menos que Usted indique lo contrario, por escrito, antes de la presentación de las pruebas de pérdida. Los beneficios pagaderos en virtud de esta Póliza por los Servicios cubiertos brindados por un Proveedor no participante se le pagarán directamente a Usted, a menos que Usted indique lo contrario, por escrito, antes de la presentación de las pruebas de pérdida. Si Usted muere, expediremos los beneficios pagaderos a Usted al beneficiario de Su patrimonio sucesorio, según lo determine la ley aplicable.

1. **El proceso de reclamos:** Dentro de un plazo de 30 días después de que Usted reciba Servicios cubiertos, o tan pronto como sea razonablemente posible, Usted o alguien en Su nombre debe notificarnos por escrito acerca de Su reclamo.
2. Pagaremos, denegaremos o resolveremos los reclamos que se presenten correctamente dentro de un plazo de 30 días después de que recibamos Su notificación por escrito de un reclamo electrónico o 45 días después de que recibamos Su notificación por escrito de un reclamo no electrónico.
3. Si recibimos un reclamo que requiera información adicional, dentro de un plazo de 30 días calendario después de la recepción del reclamo, le proporcionaremos al Proveedor, al Titular de la póliza, a la Persona asegurada o al paciente, según corresponda, una explicación completa por escrito de la información adicional necesaria para resolver el reclamo, incluida cualquier información adicional médica o de otro tipo relacionada con el reclamo.
 - o La persona que reciba la solicitud de dicha información adicional deberá presentarnos toda la información adicional solicitada dentro de un plazo de 30 días calendario después de recibir la solicitud.
 - o Sin perjuicio de cualquier disposición en contrario de una póliza de indemnidad, podremos denegar un reclamo si un Proveedor recibe una solicitud de información adicional y no presenta oportunamente la información adicional solicitada, con sujeción a una nueva presentación del reclamo o el proceso de apelación. Si la persona ha proporcionado toda la información adicional necesaria para resolver el reclamo, la aseguradora lo pagará, denegará o resolverá dentro del plazo aplicable establecido en el punto 4 a continuación.
4. En ausencia de fraude, todos los reclamos, a excepción de los reclamos presentados correctamente mencionados anteriormente en el punto 2 anterior, deberán pagarse, denegarse o resolverse dentro de un plazo de 90 días calendario después de que los recibamos.

Procedimientos para la determinación de reclamos en virtud de la ley federal (es posible que las disposiciones de las leyes de Colorado los reemplacen)

La legislación de Colorado define la “Revisión de la utilización” como un conjunto de técnicas formales diseñadas para monitorear el uso de los servicios de cuidado de la salud, procedimientos o centros, o evaluar su necesidad clínica, conveniencia, eficacia o eficiencia. Las técnicas incluyen la revisión ambulatoria, revisión prospectiva, segunda opinión, certificación, revisión simultánea, administración de casos, planificación del alta o revisión retrospectiva. La Revisión de la utilización también incluye revisiones con el fin de determinar la cobertura en función de si un procedimiento o tratamiento se considera o no Experimental o En investigación en una circunstancia determinada, y revisiones de las circunstancias médicas de una persona cubierta cuando es necesario para

determinar si una exclusión se aplica a una situación determinada. La siguiente información brinda más detalles acerca de los procedimientos de revisión de la utilización.

Procedimientos sobre determinaciones de necesidad médica

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

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

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

Determinaciones de necesidad médica previas al servicio

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

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

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

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

Determinaciones de necesidad médica simultáneas al servicio

En caso de que se haya aprobado un tratamiento continuo para una Persona asegurada y esta desee extender la aprobación, la Persona asegurada o su representante deberán solicitar una determinación de necesidad médica

requerida simultánea, como mínimo, 24 horas antes del vencimiento del período o la cantidad de tratamientos que se haya aprobado. Cuando la Persona asegurada o su representante soliciten dicha determinación, Cigna les notificará cuál ha sido la determinación en el término de 24 horas a partir de la recepción de la solicitud.

Determinaciones de necesidad médica posteriores al servicio

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

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

Determinaciones sobre reclamos posteriores al servicio

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

Notificación de determinación adversa

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

Reclamos de Medicamentos con receta

Reembolso/presentación de reclamos

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

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

Reclamos y Servicio al Cliente

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

COINDEPO052020

Cigna Connect Flex Bronze 6900 NA/AN Over 300%
MIEP0070

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
St. Louis, MO 66301-6301
1-800-835-3784

Los formularios también están disponibles en línea en myCigna.com.

La dirección a la cual debe enviar los formularios de reclamo impresos está sujeta a cambio. Consulte www.mycigna.com o llame al número de Servicio al Cliente gratuito que aparece en la parte de atrás de Su tarjeta de ID 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 ID.

Reclamos de beneficios de cuidado de la vista pediátrico

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.

Cesión de pagos de reclamos de beneficios de cuidado de la vista pediátrico:

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

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 ID.

DISPOSICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

Responsabilidad de terceros

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

Es posible que tengamos un derecho de privilegio, en la medida de los beneficios adelantados, respecto de cualquier cantidad de dinero que Usted recupere del tercero en cuestión, o bien de la aseguradora o del garante de dicho tercero. Dicha recuperación podrá surgir como resultado de una conciliación, sentencia u otro mecanismo. Este derecho de privilegio será por la cantidad de los beneficios que Nosotros hayamos pagado en virtud de esta Póliza por el tratamiento de la Enfermedad, dolencia, Lesión o condición por la cual dicho tercero deba asumir responsabilidad. Tendremos derecho de cobro en virtud de Nuestro derecho de privilegio aun si la cantidad recuperada por la Persona asegurada o para esta (o sus herederos, padres o tutor legal) de dicho tercero o por cuenta de este como compensación por la Lesión, Enfermedad o condición fuera inferior a la pérdida real sufrida por la Persona asegurada. Nota: La cobertura de esta Póliza es secundaria a cualquier cobertura de un seguro automotriz sin culpa o similar.

Nuestro derecho de privilegio respecto de cualquier suma recuperada por Usted se limita únicamente a la cantidad que supere Su compensación total por todos los daños que surjan del reclamo.

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

- Tenemos derecho al reembolso de todos los beneficios que hayamos pagado a partir de la cantidad que la Persona asegurada, los padres de la Persona asegurado, si esta es menor, o el representante legal de la Persona asegurada hayan cobrado del tercero en concepto de daños por esos mismos gastos, ya sea mediante acción conforme al régimen del *Common Law*, acuerdo o conciliación, como resultado de esa Enfermedad o Lesión; y
- Se nos cede el derecho de recuperar del tercero, o de su aseguradora, en la medida de los beneficios que hayamos pagado por esa Enfermedad o Lesión.
- Tendremos derecho al primer reembolso con los fondos que la Persona asegurada, los padres de la Persona asegurada, si esta es menor, o el representante legal de la Persona asegurada pueda(n) o haya(n) podido obtener por los mismos gastos que hayamos pagado como resultado de esa Enfermedad o Lesión.

Usted debe proveer toda la información o asistencia, o proporcionar todo documento que podamos requerir razonablemente a fin de obtener Nuestros derechos en virtud de esta disposición. Esta disposición se aplica ya sea que el tercero admita su responsabilidad o no.

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.
- Cobertura de beneficios médicos en virtud de cualquier forma de seguro de automotores colectivo o individual.

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

Plan primario

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

Plan secundario

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

Gasto permitido

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

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

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

Período de determinación del reclamo

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

Reglas para determinar el orden de los beneficios

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

- El plan que le cubra a Usted como persona inscrita o como empleado será el Plan primario, y el plan que le cubra como dependiente será el Plan secundario.
- Si Usted es un hijo dependiente, y Sus padres no están divorciados o separados legalmente, el Plan primario será el plan que cubra al padre cuya fecha de nacimiento sea anterior en el Año calendario como persona inscrita o empleado.
- Si Usted es dependiente de padres divorciados o separados, los beneficios de los dependientes se determinarán en el siguiente orden:

- primero, si una orden judicial determina que uno de los padres es responsable de los gastos de cuidado de la salud o de la cobertura médica del menor, y el plan para ese padre tiene conocimiento real de los términos de la orden, pero solo desde el momento en que tuvo conocimiento real;
 - luego, el plan del padre que tenga la custodia del menor;
 - luego, el plan del cónyuge del padre que tenga la custodia del menor;
 - luego, el plan del padre que no tenga la custodia del menor, y
 - por último, el plan del cónyuge del padre que no tenga la custodia del menor.
- El plan que 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 esta Póliza, 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 esta Póliza o el plan en virtud del cual tendrá cobertura. Luego, Cigna reembolsará cualquier Prima recibida en virtud del otro plan correspondiente al período durante el cual ambas pólizas se encontraban en vigor. No obstante, todos los pagos de reclamos realizados por Cigna en virtud del plan que Usted eligió cancelar se deducirán de dicho reembolso de Primas.

Recuperación de beneficios en exceso

Si esta Póliza 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.

Otros seguros con esta aseguradora

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

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

Inscripción en Medicare

Si una Persona asegurada está inscrita en Medicare, Cigna calculará el pago del reclamo por Servicios cubiertos de acuerdo con los niveles de beneficios de esta Póliza en función de la cantidad permitida definida abajo, y pagará esta cantidad menos cualquier cantidad pagada por Medicare. Se considera que una persona está inscrita en Medicare en la primera fecha en la que cualquier cobertura en virtud de Medicare entra en vigor para dicha persona. 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.

Términos de la Póliza

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

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

Circunstancias que no podemos controlar: En la medida en que un desastre natural, una guerra, una revuelta social, una insurrección civil, una epidemia o cualquier otra emergencia o hecho similar que no esté dentro de Nuestro control ocasione que Nuestros centros, personal o recursos financieros no puedan proporcionar o coordinar la prestación de los Servicios cubiertos, haremos todo esfuerzo posible de buena fe para proporcionar o coordinar la prestación de los Servicios cubiertos teniendo en cuenta el impacto del hecho.

Período de gracia:

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

Si Usted no adquirió Su Póliza en un Mercado o si adquirió Su Póliza en un Mercado, pero decidió no recibir el crédito fiscal por las Primas por adelantado (APTC), se aplica un período de gracia de 31 días durante el cual pueden pagarse las Primas sin pérdida de cobertura para cualquier Prima adeudada después de la primera. La cobertura continuará durante el período de gracia. Si no recibimos la totalidad de Su Prima adeudada antes de que finalice el período de gracia, Su cobertura finalizará a partir del último día del período de gracia.

Si Usted adquirió Su Póliza en un Mercado y decidió recibir el crédito fiscal por las Primas por adelantado (APTC), tendrá un período de gracia de noventa (90) días consecutivos durante los que pueden pagarse las Primas sin perder la cobertura. La cobertura continuará durante el período de gracia; sin embargo, los reclamos por servicios prestados después de los primeros 30 días del período de gracia quedarán pendientes o se denegarán hasta que se

COINDEPO052020

Cigna Connect Flex Bronze 6900 NA/AN Over 300%
MIEP0070

pague Su Prima. Sin embargo, si no recibimos la totalidad de Su Prima adeudada antes de que finalice el período de gracia, Su cobertura finalizará a partir del último día del primer mes del período de gracia.

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

Programas adicionales: Es posible que periódicamente les ofrezcamos a Usted o a los Miembros de Su familia, en forma directa o a través de diversas entidades, descuentos, beneficios u otras prestaciones, con el fin de promover Su bienestar y salud general, así como de los Miembros de Su familia. También es posible que coordinemos el reembolso de la totalidad o parte del costo de los servicios brindados por terceros al Titular de la póliza. Comuníquese con Nosotros para conocer los detalles de cualquiera de estos convenios.

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

Si esta Póliza se rehabilita, Usted y Cigna tendrán los mismos derechos que existían en virtud de la Póliza inmediatamente antes de la fecha de vencimiento de la Prima no pagada.

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.

Excepción para Personas aseguradas asignadas al Servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o convocadas para este: En caso de que se solicite una rehabilitación, le brindaremos al Titular de la póliza asignado al servicio activo en las Fuerzas Armadas o convocado para este los mismos beneficios que se encontraban en vigor antes de la caducidad de la póliza. No se aumentará la Prima, a menos que se apliquen aumentos de tarifas para todos los Titulares de la póliza.

Renovación: Esta Póliza se renueva por Año calendario.

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

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

Certificado de cobertura acreditable: Si la cobertura en virtud de esta Póliza finaliza para cualquier Persona asegurada, entregaremos a esa persona un Certificado de cobertura acreditable que contenga la información requerida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996, Ley General (Public Law) 104-191. Una Persona asegurada también podrá solicitar un Certificado de cobertura acreditable sin cargo, en cualquier momento, mientras esté inscrita en la Póliza y durante 24 meses después de la finalización de la cobertura. Para obtener un certificado, llame al número gratuito de Servicio al Cliente que aparece en la parte de atrás de Su tarjeta de ID. Este certificado puede ayudar a la Persona asegurada a obtener cobertura en el futuro. No obstante, Cigna es responsable únicamente de que la información contenida en cualquier certificado que prepare sea correcta. Cigna no tiene responsabilidad alguna por las determinaciones que haga otra compañía de seguros de salud respecto de la cobertura que esta proporcione, incluso respecto de si la información incluida en el certificado es relevante para las acciones de la otra compañía de seguros de salud o no, y en qué medida lo es.

Acciones legales: No se iniciará ninguna acción conforme al régimen del *Common Law* o de *Equity* para obtener compensación en virtud de esta Póliza hasta tanto transcurran sesenta días después de que se haya presentado la prueba de pérdida por escrito de acuerdo con los requisitos de esta Póliza. No se iniciarán dichas acciones más de tres años después del momento en que se requiera la presentación de la prueba de pérdida por escrito.

Arbitraje: Excepto según lo dispuesto en el artículo 10-16-202(12) del C.R.S., y en la medida que la ley lo permita, las partes pueden acordar presentar una controversia que surja en relación con esta Póliza para el arbitraje administrado por la Asociación Estadounidense de Arbitraje (AAA, por sus siglas en inglés) mediante notificación por escrito. Dicho arbitraje se regirá por las Normas de arbitraje comercial de la AAA vigentes, en la medida en que dichas disposiciones no sean contrarias a las disposiciones de esta sección. Un solo árbitro (el "Árbitro") tomará una decisión con respecto al arbitraje. El arbitraje, que incluye, a modo de ejemplo, la existencia, la naturaleza, la resolución y/o el resultado, se realizará en estricta confidencialidad. La audiencia de arbitraje se celebrará dentro de los 30 días luego de la designación del Árbitro, a menos que las partes acuerden lo contrario. El Árbitro dictará el laudo definitivo dentro de los 30 días después de la finalización de la audiencia de arbitraje. La decisión del Árbitro será exigible en cualquier tribunal de jurisdicción competente. En caso de arbitraje, el Árbitro no tendrá la facultad de iniciar una acción en cualquier supuesto procedimiento de clase, colectivo, de representantes, de múltiples demandantes o similar, combinar o consolidar demandas similares de una entidad o persona que no sea parte de este acuerdo, ni dictar un laudo a favor de una persona o entidad que no sea parte de este acuerdo.

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. EL USO FRAUDULENTO DE DICHOS BENEFICIOS TENDRÁ COMO RESULTADO LA CANCELACIÓN DE ESTA PÓLIZA Y SE INICIARÁN LAS ACCIONES LEGALES CORRESPONDIENTES.

La Fecha de entrada en vigor de esta Póliza se encuentra impresa en la tarjeta de ID de Cigna y en la página de especificaciones de la Póliza.

Las **tarjetas de ID** son emitidas por Cigna a favor de las Personas aseguradas únicamente con fines de identificación. El hecho de tener la tarjeta no garantiza la cobertura. Para tener derecho a recibir cobertura, la Persona asegurada debe estar inscrita y cumplir con los requisitos al momento del servicio.

Cigna y los Proveedores participantes que no son empleados de Cigna tienen una relación de contratista independiente. Dichos Proveedores participantes no son agentes ni empleados de Cigna; y Cigna y sus empleados no son agentes ni empleados de dichos Proveedores participantes. Cigna no tendrá responsabilidad alguna por ningún reclamo por lesiones ni daños sufridos por una Persona asegurada mientras recibía cuidado de cualquier Proveedor participante o no participante.

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 3360-3365**

Cuando la cantidad pagada por Cigna supere la cantidad por la cual seamos responsables en virtud de esta Póliza, tendremos derecho a exigir que la Persona asegurada restituya la cantidad excedente, salvo que esté prohibido por ley.

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

Para que una Persona asegurada tenga derecho a recibir beneficios en virtud de esta Póliza, la cobertura conforme a esta Póliza deberá estar en vigor en la fecha en que se incurra el gasto que dé lugar a un reclamo por beneficios. En virtud de esta Póliza, se considera que se incurre en un gasto en la fecha en que la Persona asegurada recibe el servicio o suministro respecto del cual se cobra el cargo.

Pagaremos todos los beneficios de la presente Póliza directamente a los Hospitales participantes, Médicos participantes y todos los demás Proveedores participantes, independientemente de que la Persona asegurada haya autorizado la cesión de beneficios o no, salvo que la Persona asegurada haya pagado el reclamo en su totalidad, en cuyo caso le otorgaremos un reembolso. Además, podemos pagarle directamente a cualquier Proveedor de servicios cubierto cuando la Persona asegurada ceda los beneficios por escrito, a más tardar, en el momento de la presentación de la prueba de pérdida (reclamo), salvo en el caso de reclamos vinculados con Proveedores en países extranjeros. Sin embargo, podemos, a Nuestra entera discreción, pagarle a Usted el costo de cualquier Gasto cubierto de un Proveedor no participante, aun si los beneficios se han cedido. Cuando los beneficios se les paguen a Usted o a los Miembros de Su familia, Usted o los Miembros de Su familia 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 emergencia médica, cualquier pago que pudiera corresponder se enviará a la Persona asegurada. La Persona asegurada es responsable de pagarle al Proveedor en país extranjero. Mediante estos pagos, cumpliremos Nuestra obligación para con la Persona asegurada respecto de dichos servicios.

El pago de beneficios para reembolsar Gastos cubiertos pagados por un hijo que cumple con los requisitos, o por el padre que ejerce la custodia de ese hijo o por su tutor legal, se efectuará al hijo, al padre que ejerce la custodia o a su tutor legal, o bien a un funcionario estatal cuyo nombre y dirección aparezcan en lugar del nombre y la dirección del hijo que cumple con los requisitos.

Cigna le cursará notificación por escrito en un plazo razonable si se extingue la relación con un Proveedor participante, si este incurre en un incumplimiento o no puede cumplir con sus obligaciones en virtud del contrato de Proveedor, en caso de que Cigna determine que Usted o los Miembros de Su familia asegurados podrían verse afectados de manera sustancial y adversa por esta situación.

Continuación del cuidado después de que finaliza la participación de un Proveedor que ya no tiene una relación contractual:

Cigna brindará beneficios para Usted y los Miembros de Su familia asegurados como Proveedor participante por Servicios cubiertos de un Proveedor con el cual ya no tenga relación contractual en las siguientes circunstancias especiales:

- Tratamiento continuo de una Persona asegurada hasta el día 90 contado desde la fecha de finalización de los servicios del Proveedor.
- Tratamiento continuo de una Persona asegurada a quien, en el momento de la finalización, se le diagnosticó una Enfermedad terminal, pero en ningún caso, más de 9 meses después de la fecha de finalización de los servicios del Proveedor.

Le proporcionaremos a la Persona asegurada una lista actualizada de Proveedores participantes locales cuando lo solicite. Si la Persona asegurada desea obtener un directorio más completo o necesita una nueva lista de Proveedores por cualquier otro motivo, llame a Cigna al número que aparece en la tarjeta de ID y proporcionaremos dicha lista a la Persona asegurada, o visite Nuestro sitio web, www.cigna.com.

Si Cigna no exigiera el cumplimiento de alguna disposición de esta Póliza, esto no significará que anularemos, modificaremos o declararemos inoponible dicha disposición en algún otro momento, independientemente de que las circunstancias sean las mismas o no.

Si las Personas aseguradas estaban cubiertas por una Póliza individual de Cigna anterior que se reemplaza por esta Póliza sin interrupción de la cobertura, los beneficios utilizados en virtud de la Póliza anterior se imputarán a los beneficios pagaderos en virtud de esta Póliza.

Cigna se reserva los siguientes derechos:

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

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.

FINALIZACIÓN/NO RENOVACIÓN/CONTINUACIÓN

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 el Titular de la póliza.
- Para Usted y los Miembros de Su familia: cuando Usted deje de cumplir con los requisitos enumerados en la sección "Requisitos de elegibilidad".
- En la fecha de extinción de la Póliza.
- Cuando la Persona asegurada deje de vivir en el Área de inscripción.

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

Cancelación

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

1. Si Usted no paga Sus Primas en la fecha de vencimiento o al finalizar el período de gracia de 31 días para planes no contratados a través del Mercado o el período de gracia de 90 días consecutivos para planes contratados a través de un Mercado, o el período de gracia de 90 días para Personas aseguradas que reciban el crédito fiscal por las Primas por adelantado.
2. El primer día del mes posterior a que recibamos Su notificación de cancelación por escrito. Si contrató Su plan en un Intercambio del estado, cancelaremos esta Póliza de acuerdo con Su notificación de cancelación por escrito, siempre que Nos notifique al menos catorce días antes de la fecha de entrada en vigor de la finalización solicitada. Si Nos notifica la cancelación por escrito menos de catorce días antes de la fecha de finalización solicitada, la fecha de entrada en vigor de la finalización no superará los catorce días después de que Usted haya proporcionado la notificación de cancelación por escrito.
3. Cuando Usted deje de cumplir con los requisitos para esta cobertura.
4. Si Usted ha cometido o permitió que alguna otra persona cometiera un fraude o una falsificación, o una tergiversación intencional de un dato sustancial en relación con esta Póliza o cobertura.
5. Si dejamos de ofrecer pólizas de este tipo a todas las personas de Su clase. En este caso, la ley de Colorado exige que cumplamos con los siguientes requisitos: (1) cursar notificación por escrito a cada Persona asegurada respecto de la interrupción de la cobertura más de 90 días antes de la interrupción de la cobertura; (2) ofrecer a cada Persona asegurada, bajo la modalidad de emisión garantizada, la opción de contratar cualquier otra cobertura de seguro hospitalaria, médica o quirúrgica individual que ofrezcamos al momento de la interrupción; y (3) actuar de manera uniforme, sin tener en cuenta ningún factor vinculado con el estado de salud de una Persona asegurada.
6. Si dejamos de ofrecer algún plan en el mercado de cobertura individual de Colorado, le notificaremos la extinción inminente de Su cobertura al menos 180 días antes de Su cancelación. Su cobertura continuará hasta Su primer período de renovación, pero no más de 12 meses después de que le enviemos la notificación.
7. Cuando el Titular de la póliza deje de vivir en el Área de inscripción.
8. En caso de dictado de una sentencia definitiva por parte de un tribunal que declare que la totalidad o parte de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (Ley Pública 111-148) es inválida, inconstitucional o nula por otro motivo, si el estado no brinda medios alternativos y suficientes para financiar

créditos fiscales por las Primas por adelantado, esta Póliza estará sujeta a la cancelación, conforme con la ley federal y estatal aplicable.

Todas las cancelaciones se llevarán a cabo sin perjuicio de los reclamos por Gastos cubiertos que se hayan incurrido antes de la cancelación. Excepto en caso de fraude o tergiversación intencional, le notificaremos la cancelación al menos 30 días antes de la cancelación de la Póliza, a menos que la ley exija una mayor anticipación.

Continuación

Si una Persona asegurada deja de cumplir con los requisitos en virtud de esta Póliza debido al fallecimiento del Titular de la póliza, un divorcio u otro motivo que le impida a la Persona asegurada cumplir con los requisitos establecidos en la Póliza, o si otro Miembro de Su familia deja de cumplir con los requisitos debido a su edad o deja de cumplir con los requisitos como dependiente para recibir cobertura en virtud de este plan, salvo en el caso de que el Titular de la póliza incumpla con el pago de la Prima, dicha Miembro de la Familia tiene derecho a continuar con su seguro. La cobertura continuará si el Miembro de la familia que ejerce el derecho de continuación notifica a Cigna y paga la Prima mensual correspondiente dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha en que, de lo contrario, esta Póliza se extinguiría. En dicho caso, la cobertura continuará sin evidencia de asegurabilidad. Además, si una Persona asegurada deja de cumplir con los requisitos en virtud de esta Póliza debido al fallecimiento de la Persona asegurada, un divorcio u otro motivo que le impida a la Persona asegurada cumplir con los requisitos establecidos en la Póliza, salvo en el caso de que la Persona asegurada incumpla con el pago de la Prima, dicha finalización se consideraría un evento habilitante, y la Persona asegurada podría inscribirse durante un período de inscripción especial si no ejerció su derecho de continuación. 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 una solicitud presentada entre el primer día y el día 15 del 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. Consulte la sección "Elegibilidad" para obtener más información sobre los Períodos de inscripción especiales.

APELACIONES Y QUEJAS

SI TIENE UNA QUEJA O APELACIÓN POR DETERMINACIÓN ADVERSA

Proceso de queja y apelación

A los fines de esta sección, cualquier referencia a la Persona asegurada incluirá también a cualquier representante o Proveedor que una Persona asegurada haya designado para actuar en su nombre, a menos que se indique lo contrario.

Cigna desea que la Persona asegurada esté completamente conforme con la cobertura recibida. Por este motivo, Cigna ha establecido un proceso para resolver las inquietudes y los problemas de la Persona asegurada.

Comience con el Servicio al Cliente

Cigna está aquí para escucharle y ayudarle. Si la Persona asegurada tiene alguna inquietud con respecto a una persona, un servicio, la calidad de la atención, beneficios contractuales, una denegación de elegibilidad inicial o la rescisión de la cobertura, la Persona asegurada puede llamar a Nuestro número gratuito y explicarle Su inquietud a uno de Nuestros representantes de Servicio al Cliente. Llame a Cigna al número gratuito de Servicio al Cliente que aparece en la tarjeta de ID de beneficios, la explicación de beneficios o el formulario de reclamo.

Cigna hará todo lo que esté a su alcance para resolver la cuestión en el contacto inicial de la Persona asegurada. Si Cigna necesita más tiempo para revisar o investigar la inquietud, se comunicará con la Persona asegurada lo antes posible, dentro de un plazo de 30 días como máximo.

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

Procedimiento de apelación

Para iniciar una apelación, la Persona asegurada debe enviar una solicitud de apelación por escrito dentro de los 365 días de haber recibido una notificación de denegación a la siguiente dirección:

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

La Persona asegurada debe indicar el motivo por el cual cree que se debería aprobar la apelación e incluir cualquier información que respalde la apelación. Si la Persona asegurada no puede escribir o decide no hacerlo, puede solicitar que se registre la apelación por teléfono. La Persona asegurada puede llamar a Cigna al número gratuito que aparece en la tarjeta de ID de beneficios, la explicación de beneficios o el formulario de reclamo. La Persona asegurada también puede registrar la apelación mediante una cita coordinada o una entrevista sin turno.

La legislación de Colorado proporciona un nivel de apelación para las apelaciones internas de una determinación adversa. "Determinación adversa" significa:

- Una denegación de una Autorización previa para un beneficio cubierto;
- Una denegación de una solicitud de beneficios para una persona alegando que el tratamiento o el beneficio cubierto no es Medicamento necesario, apropiado, eficaz o eficiente, o no se proporciona en el entorno de cuidado de la salud o el nivel de cuidado apropiado;
- Una rescisión o cancelación de la cobertura de un plan de cobertura de salud que no se atribuye a la falta de pago de las Primas y que se aplica retroactivamente;
- Una denegación de una solicitud de beneficios alegando que el tratamiento o servicio es Experimental o está En investigación; o
- Una denegación de cobertura a una persona en función de una determinación sobre la elegibilidad inicial.

Las solicitudes de apelación con respecto a una determinación adversa para la Persona asegurada serán analizadas por un Comité, que estará integrado por una o más personas que no hayan estado involucradas previamente en la decisión anterior. El Comité consultará como mínimo a un Médico de la misma especialidad o de una especialidad similar a la del cuidado bajo revisión, según lo determine el revisor Médico de Cigna. Para todas las demás apelaciones relacionadas con el plan de cobertura, se llevará a cabo una revisión por parte de una persona que a) no haya estado involucrada en ninguna decisión anterior en relación con la apelación de la Persona asegurada, y b) no sea un subordinado de las personas que tomaron decisiones anteriormente.

La Persona asegurada tiene los siguientes derechos: (1) derecho a asistir a la revisión del Comité en persona, por teleconferencia o por videoconferencia; (2) derecho a exponer su situación ante el Comité en persona o por escrito; (3) derecho a presentar material respaldatorio antes de la revisión del Comité y durante la revisión; (4) derecho a hacer preguntas acerca de cualquier representante de Cigna antes de la revisión; (5) derecho a cuestionar a cualquier revisor de la revisión; y (6) derecho a ser asistida o representada por una persona de su preferencia.

Para las determinaciones de cobertura de cuidado requeridas previas o simultáneas al servicio, la revisión se completará dentro de los 15 días calendario. Para los reclamos posteriores al servicio, la revisión se completará dentro de los 30 días calendario. En caso de necesitar más tiempo o información para realizar la determinación, Cigna notificará a la Persona asegurada por escrito para solicitarle una prórroga de hasta 15 días calendario y especificar la información adicional que necesitamos para completar la revisión. En caso de que, en relación con la apelación, Cigna considere o genere información (evidencia) nueva o adicional, o se base en dicha información nueva o adicional, Cigna le brindará esta información a la Persona asegurada tan pronto como sea posible y con suficiente anticipación respecto de la decisión, para que dicha persona tenga la oportunidad de responder. Asimismo, si Cigna incorpora fundamentos nuevos o adicionales, Cigna se los notificará a la Persona asegurada tan pronto como sea posible y con suficiente anticipación respecto de la decisión, para que dicha persona tenga la oportunidad de responder.

La decisión se le notificará por escrito a la Persona asegurada dentro de los cinco días hábiles después de haberse tomado la decisión y dentro de los plazos de revisión indicados anteriormente si Cigna o el Comité no aprueban la cobertura solicitada.

La Persona asegurada puede solicitar que se acelere el proceso de apelación si los plazos de este proceso: (a) pusieran en grave peligro la vida de la Persona asegurada, su salud o su capacidad para recuperar la funcionalidad plena, o, a criterio de su Médico, le hicieran sentir un dolor intenso que no puede manejarse sin los servicios solicitados; o (b) la apelación está relacionada con la no autorización de una admisión o estadía continua en un Hospital como paciente internado. En caso de que la Persona asegurada 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 acelerada, si el tiempo que se requiere para completar una apelación interna acelerada resultaría perjudicial para su condición médica.

El Revisor médico de Cigna, previa consulta con el Médico a cargo del tratamiento, decidirá si es necesaria una apelación acelerada. El revisor Médico de Cigna consultará con un revisor Médico de la misma especialidad o de una especialidad similar a la del cuidado bajo revisión para tomar una decisión. En caso de que se acelere una apelación, Cigna le comunicará su decisión en forma verbal, dentro de las 72 horas, y luego por escrito.

Proceso de revisión externa estándar para decisiones adversas respecto de la necesidad médica

Si la Persona asegurada sigue disconforme con la decisión de una determinación adversa de Cigna y ha completado la revisión de apelación interna, podrá presentar por escrito una solicitud de Revisión independiente externa (EIR, por sus siglas en inglés). Cigna pagará el costo de la EIR y no hay ninguna restricción con respecto a la cantidad de dinero mínima de un reclamo para poder solicitar una revisión externa. La Persona asegurada tiene cuatro meses a partir de la fecha de recepción de la determinación adversa definitiva de Cigna para presentar por escrito una solicitud de EIR. Todas las solicitudes de revisión externa deben enviarse por escrito a Cigna y deben incluir un formulario de solicitud de revisión externa completo. Todas las solicitudes también deben incluir un consentimiento firmado que autorice a Cigna a divulgar información sobre la salud protegida, incluidos registros médicos, que sea relevante para la revisión externa. Si Cigna recibe una solicitud de revisión externa estándar incompleta que no cumpla con los procedimientos de presentación de Cigna, se notificará a la Persona asegurada acerca de este incumplimiento lo antes posible, pero en ningún caso más de cinco días después de la fecha en que se reciba la solicitud incompleta.

Dentro de los dos días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud de EIR de la Persona asegurada, Cigna enviará una copia de la solicitud al Comisionado. Si Cigna decide revertir la determinación adversa definitiva antes

de enviar la solicitud de la Persona asegurada al Comisionado, se informará la decisión de Cigna a la Persona asegurada dentro de un plazo de un día hábil por fax, teléfono u otro medio electrónico, y luego por escrito.

Dentro de un plazo de dos días hábiles a partir de la recepción de la solicitud de EIR de la Persona asegurada enviada por Cigna, el Comisionado asignará una entidad de revisión externa independiente para que realice la revisión externa. Una vez realizada la asignación, el Comisionado notificará a Cigna, electrónicamente, por fax o por teléfono, y luego por escrito, el nombre y la dirección de la entidad de revisión externa independiente a la que se debe enviar la apelación. Dentro de un plazo de un día hábil a partir de la recepción de la notificación del Comisionado, Cigna le proporcionará a la Persona asegurada, electrónicamente, por fax o por teléfono, y luego por escrito, una descripción de la entidad de revisión externa independiente y cómo proporcionarle al Comisionado la documentación acerca de cualquier posible conflicto de intereses con la entidad de revisión externa independiente. Dentro de un plazo de dos días hábiles a partir de la recepción de la notificación de Cigna acerca de la entidad de revisión externa independiente, la Persona asegurada podrá proporcionarle al Comisionado la documentación acerca de cualquier posible conflicto de intereses con la entidad de revisión externa independiente, electrónicamente, por fax o por teléfono, y luego por escrito. Si el Comisionado determina que la entidad de revisión externa independiente presenta un conflicto de intereses, el Comisionado asignará, dentro de un plazo de un día hábil, otra entidad de revisión externa independiente para que realice la revisión externa. Una vez realizada la reasignación, el Comisionado notificará a Cigna, electrónicamente, por fax o por teléfono, y luego por escrito, el nombre y la dirección de la nueva entidad de revisión externa independiente a la que se debe enviar la apelación. El Comisionado también notificará por escrito a la Persona asegurada la determinación del Comisionado con respecto al posible conflicto de intereses y el nombre y la dirección de la nueva entidad de revisión externa independiente. Dentro de un plazo de cinco días hábiles a partir de la recepción de la notificación de CIGNA con respecto a la entidad de revisión externa independiente, la Persona asegurada podrá presentar la información directamente a la EIR, y la EIR le proporcionará una copia de la información a CIGNA dentro de un plazo de un día hábil luego de la recepción de la información.

Dentro de un plazo de cinco días hábiles a partir de la fecha en que Cigna reciba la notificación del Comisionado con respecto a la selección de la entidad de revisión externa independiente, Cigna le enviará lo siguiente a la entidad de revisión externa independiente asignada: (1) todos los registros médicos relevantes; (2) una copia de todas las cartas de denegación; (3) una copia del formulario de consentimiento firmado; (4) toda la documentación proporcionada a Cigna por la Persona asegurada y/o un profesional de cuidado de la salud para respaldar la solicitud de cobertura; (5) los criterios utilizados y los motivos clínicos de la decisión adversa; y (6) un índice de toda la documentación presentada. Dentro de un plazo de dos días hábiles a partir de la recepción del material enviado por Cigna, la entidad de revisión externa independiente le enviará a la Persona asegurada el índice de todos los materiales que Cigna haya enviado a la entidad de revisión externa independiente. Cigna le proporcionará a la Persona asegurada, si lo solicita, toda la información relevante suministrada a la entidad de revisión externa independiente que no sea confidencial o privilegiada conforme a la legislación estatal o federal.

La entidad de revisión externa independiente notificará, a la Persona asegurada o a su profesional de cuidado de la salud y a Cigna, sobre cualquier información médica adicional necesaria para realizar la revisión. Dentro de un plazo de cinco días hábiles a partir de la recepción de dicha solicitud, la Persona asegurada o su profesional de cuidado de la salud enviarán la información adicional o una explicación de por qué no se presentará la información adicional a la entidad de revisión externa independiente y a Cigna. Si la Persona asegurada o su profesional de cuidado de la salud no proporcionan la información adicional o la explicación de por qué no se presentará la información adicional dentro de un plazo de cinco días hábiles, la entidad de revisión externa independiente tomará una decisión basándose en la información enviada por Cigna. Si Cigna no proporciona la información y documentación necesaria dentro de un plazo de cinco días hábiles, es posible que la entidad de revisión externa independiente ponga fin a la revisión externa y tome la decisión de revertir la determinación adversa definitiva de Cigna. Inmediatamente después de la reversión, la entidad de revisión externa independiente notificará a la Persona asegurada, a Cigna y al Comisionado.

Una vez recibida cualquier nueva información enviada por Usted, Cigna podrá reconsiderar la determinación adversa definitiva que sea objeto de la revisión externa. La revisión externa solo podrá finalizarse si Cigna decide revertir su determinación adversa definitiva y brindar cobertura o pagar por el servicio de cuidado de la salud que se denegó. Dentro de un plazo de un día hábil luego de que Cigna tome la decisión de revertir su determinación adversa definitiva, Cigna les notificará la decisión a Usted, a la entidad de revisión externa independiente y al Comisionado, electrónicamente, por fax o por teléfono, y luego por escrito. La entidad de revisión externa independiente pondrá fin a la revisión externa en cuanto reciba la notificación de Cigna.

Dentro de un plazo de 45 días calendario a partir de la fecha en que Cigna reciba la solicitud de revisión externa, la entidad de revisión externa independiente notificará por escrito su decisión de confirmar o revertir la determinación

adversa definitiva de Cigna a la Persona asegurada, si corresponde, a su representante designado, a Cigna, a su Médico y al Comisionado.

En cuanto Cigna reciba la notificación de la entidad de revisión externa independiente acerca de la decisión de revertir la determinación adversa definitiva, Cigna aprobará la cobertura que haya sido objeto de la determinación adversa definitiva. En el caso de las revisiones de cuidado previas y simultáneas al servicio, Cigna aprobará la cobertura dentro de un plazo de un día hábil. En el caso de las revisiones posteriores al servicio, Cigna aprobará la cobertura dentro de un plazo de cinco días hábiles. Cigna notificará por escrito la aprobación a la Persona asegurada dentro de un plazo de un día hábil luego de que aprobemos la cobertura. La cobertura se proporcionará con sujeción a los términos y las condiciones aplicables a los beneficios en virtud del plan.

Proceso de revisión externa acelerada para decisiones adversas respecto de la necesidad médica

La Persona asegurada o el representante designado de la Persona asegurada podrán solicitarle a Cigna una revisión externa acelerada si la Persona asegurada tiene una condición médica y si el plazo para completar una revisión externa estándar podría poner en grave peligro la vida de la Persona asegurada, su salud o su capacidad para recuperar la funcionalidad plena, o, en el caso de una Persona asegurada con una discapacidad física o mental, podría crear una limitación inminente y sustancial de la capacidad existente de la Persona asegurada para vivir de manera independiente. La solicitud de una revisión acelerada debe incluir un certificado del Médico que indique que la condición médica de la Persona asegurada cumple con los criterios para una revisión acelerada.

Siempre que Cigna reciba una solicitud de revisión externa acelerada incompleta que no cumpla con los procedimientos de presentación de Cigna, se notificará a la Persona asegurada acerca de este incumplimiento lo antes posible, pero en ningún caso más de veinticuatro horas después de que se reciba la solicitud incompleta. Una vez que se reciba la solicitud de revisión externa acelerada de la Persona asegurada, Cigna notificará y enviará una copia de la solicitud al Comisionado dentro de un plazo de un día hábil, electrónicamente, por teléfono, por fax o por cualquier otro método rápido disponible. Dentro de un plazo de un día hábil a partir de la recepción de la solicitud enviada por Cigna, el Comisionado asignará una entidad de revisión externa independiente para que realice la revisión. Una vez realizada la asignación, el Comisionado informará a Cigna el nombre y la dirección de la entidad de revisión externa independiente. Dentro de un plazo de un día hábil a partir de la recepción de la notificación del Comisionado, Cigna notificará a la Persona asegurada, electrónicamente, por fax o por teléfono, y luego por escrito. La notificación incluirá una descripción por escrito de la entidad de revisión externa independiente seleccionada por el Comisionado.

Inmediatamente después de recibir la solicitud de una revisión externa acelerada, Cigna le proporcionará a la entidad de revisión externa independiente toda la documentación necesaria y la información que se haya tenido en cuenta al tomar la determinación adversa definitiva, ya sea electrónicamente, por teléfono, por fax o por cualquier otro método rápido disponible. Cigna le proporcionará a la Persona asegurada, si lo solicita, toda la información enviada a la entidad de revisión externa independiente que no sea confidencial o privilegiada conforme a la legislación estatal o federal.

Lo antes posible, pero no más de 72 horas después de la fecha en que Cigna reciba la solicitud de revisión externa, la entidad de revisión externa independiente tomará la decisión de confirmar o revertir la determinación adversa definitiva de Cigna, y notificará la decisión a la Persona asegurada, al Médico de la Persona asegurada, a Cigna y al Comisionado.

Si la notificación de la decisión no se realiza por escrito, la EIR deberá proporcionar una confirmación por escrito de la decisión dentro de un plazo de 48 horas después de la fecha en que se transmita la notificación de la decisión a la Persona asegurada, al Médico de la Persona asegurada, a Cigna y al Comisionado.

En cuanto Cigna reciba la decisión de la entidad de revisión externa independiente, Cigna aprobará inmediatamente la cobertura que haya sido objeto de la revisión y notificará por escrito la aprobación de la notificación de la entidad de revisión externa independiente a la Persona asegurada. La cobertura se proporcionará con sujeción a los términos y las condiciones aplicables a los beneficios en virtud del plan. No se puede proporcionar una revisión externa acelerada para las determinaciones adversas posteriores al servicio.

La decisión de una revisión externa es vinculante para Cigna y para Usted, excepto en la medida que Cigna y Usted tengan otras reparaciones disponibles en virtud de la legislación federal o estatal. Usted no podrá presentar otra solicitud de revisión externa que involucre la misma determinación adversa definitiva del plan por la cual ya haya recibido una decisión a través de una revisión externa.

Apelación ante el estado de Colorado

La Persona asegurada tiene derecho a comunicarse con la División de Seguros de Colorado para solicitar asistencia en cualquier momento. Puede comunicarse con la División de Seguros de Colorado a la siguiente dirección y número de teléfono:

Colorado Division of Insurance
Department of Regulatory Affairs
1560 Broadway, Suite 850
Denver, CO 80202
1-800-930-3745

Notificación de determinación de beneficios en caso de apelación

La notificación de determinación en caso de apelación se proporcionará por escrito o por medios electrónicos, y, si se trata de una determinación adversa, incluirá: (1) información suficiente para identificar el reclamo; (2) el (los) motivo(s) específico(s) de la determinación adversa; (3) una referencia a las disposiciones específicas del plan sobre las que se basó la determinación; (4) una 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; y (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. Todas las denegaciones por escrito de solicitudes de beneficios cubiertos que aleguen que dichos beneficios no son Médicamente necesarios, apropiados, eficaces o eficientes deben ser firmadas por un Médico/dentista con licencia que esté familiarizado con los estándares de cuidado de Colorado. Una enfermera o un procesador no pueden firmar con el nombre de un Médico/dentista, sino que debe firmar el Médico o dentista, pero sí se permite usar una firma electrónica. En la notificación definitiva de una determinación adversa se incluirá un análisis de la decisión.

Es posible que existan otras opciones de resolución voluntaria y alternativa de controversias, como la Mediación. Una manera de averiguar las opciones disponibles es comunicarse con la oficina del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos de Su área y con la agencia reguladora de seguros del estado, o con el Administrador del plan.

Información relevante

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

INFORMACIÓN SOBRE CAMBIOS EN LA PÓLIZA Y LAS TARIFAS

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.

Usted deberá pagar las Primas de cada Persona asegurada hasta la fecha en que Nos notifique que la Persona asegurada ya no cumple con los requisitos o ya no está cubierta, con la excepción de que si un dependiente ya no está cubierto porque fue inscrito en el plan de salud básico para niños, establecido conforme al artículo 8, título 25.5, del CRS, deberá notificarnos el cambio de cobertura al menos 30 días antes de la fecha en que el dependiente deje de estar cubierto por Nosotros.

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

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

Usted Nos pagará las Primas.

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

DEFINICIONES

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

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

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

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 Código de los Estados Unidos (USC, por sus siglas en inglés) 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 en virtud de esta Póliza para el Año siguiente. El gobierno federal establece el Período de inscripción abierta anual, y las fechas de inicio y finalización están sujetas a cambios cada Año.

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

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

Trastorno de salud mental relacionado con el comportamiento significa esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno afectivo bipolar, trastorno depresivo grave, trastorno obsesivo-compulsivo específico, trastorno de pánico, trastorno por estrés postraumático, trastornos por consumo de drogas y alcohol (p. ej., todo abuso de sustancias), distimia, ciclotimia, fobia social, agorafobia con trastorno de pánico, trastorno de ansiedad general, y anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Período de beneficios para servicios de atención de enfermos terminales es un período de tres meses durante el cual se proporcionan servicios en forma regular.

Duelo significa el período durante el cual los sobrevivientes están de luto y atraviesan el sufrimiento. Los servicios por duelo son servicios de apoyo que se ofrecen durante el período de duelo.

Soporte es un Aparato o dispositivo ortopédico que mantiene o sostiene en su posición correcta a una parte del cuerpo movable y que permite el movimiento de esa parte.

Medicamento de marca (De marca) significa un Medicamento con receta que Cigna identifica como Medicamento de marca en su cartera de clientes basándose principalmente en los recursos de datos disponibles, incluidos a modo de ejemplo, First DataBank u otra fuente de indicadores de medicamentos con reconocimiento nacional, que
COINDEPO052020

Cigna Connect Flex Bronze 6900 NA/AN Over 300%
MIEP0070

clasifican los medicamentos o los productos biológicos como productos De marca o Genéricos según diversos factores. Es posible que no todos los productos identificados como “De marca” por el fabricante, la Farmacia o Su Médico estén clasificados como Medicamentos de marca de acuerdo con la Póliza.

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

Cargos significa los Cargos reales facturados, salvo cuando el Proveedor tenga un contrato con Cigna, 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®.

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 condición 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.

Servicio de médicos de atención virtual exclusivos significa un Servicio de atención virtual prestado por un Médico de atención virtual exclusivo para condiciones médicas agudas menores, como resfrío, gripe, dolor de garganta, sarpullido o dolor de cabeza.

Médico de atención virtual exclusivo 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 Servicios de atención virtual.

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

Productos farmacéuticos y suministros para la diabetes incluyen las tiras reactivas para los monitores de glucosa en sangre; tiras para lectura visual y tiras reactivas para orina; 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, agentes orales con 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, incluida la terapia de nutrición médica, en un entorno para pacientes ambulatorios que permite que un paciente diabético comprenda el proceso de control de la diabetes y el manejo diario del tratamiento de esta enfermedad como un medio para evitar las hospitalizaciones frecuentes y las complicaciones.

Equipo médico duradero se define como los objetos que:

- están diseñados para poder soportar el uso reiterado de más de una persona;

- generalmente tienen un fin terapéutico respecto de una Enfermedad o Lesión en particular, según lo certifique por escrito el Proveedor médico adjunto;
- generalmente no son útiles en ausencia de una Lesión o Enfermedad;
- son adecuados para su uso en el hogar;
- son de una naturaleza verdaderamente duradera; y
- no son desechables.

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

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

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

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

Servicios de emergencia significa, con respecto a una Condición 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 Condición 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.

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

Beneficios de salud esenciales: En la medida prevista por la cobertura de esta Póliza, los gastos incurridos en relación con Servicios cubiertos en, al menos, las siguientes categorías: servicios para pacientes ambulatorios, Servicios de emergencia, hospitalización, cuidado por maternidad y del Recién nacido, servicios para Trastornos de la salud mental y 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 condición 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
- está sujeto a un estudio clínico en curso, a excepción de lo dispuesto en la sección “Estudios clínicos” de este plan; o

- existe evidencia confiable que demuestra que está sujeto a un estudio clínico de fase I, II o III en curso o que se está estudiando para determinar su máxima dosis tolerada, toxicidad, seguridad, eficacia o eficacia en comparación con el estándar actual de tratamiento o diagnóstico; o
- existe evidencia confiable que demuestra que el consenso de opinión entre expertos indica que son necesarios más estudios o estudios clínicos para determinar su máxima dosis tolerada, toxicidad, seguridad, eficacia o eficacia en comparación con el método estándar de tratamiento del diagnóstico.

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

Deducible familiar se aplica si Usted y uno o más de los Miembros de Su familia están inscritos para recibir cobertura en virtud de esta Póliza. Es una acumulación del Deducible individual pagado por cada Miembro de la familia durante un Año. Cada Persona asegurada puede aportar, como máximo, la cantidad del Deducible individual al Deducible familiar. Una vez que se cumpla con la cantidad del Deducible familiar en un Año, los Deducibles individuales restantes no se aplicarán durante el resto del Año. La cantidad del Deducible familiar se describe en la sección “Programa de beneficios” de esta Póliza

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

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

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

Centro quirúrgico independiente para pacientes ambulatorios

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

- cuenta con Médicos, Enfermeras y anestesistas 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.

Terapia génica es una categoría de productos farmacéuticos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para tratar o curar una enfermedad:

- reemplazando un gen que causa una enfermedad por una copia sana de este gen.
- inactivando un gen que causa una enfermedad que puede no estar funcionando correctamente.

- introduciendo un gen nuevo o modificado en el cuerpo para ayudar a tratar una enfermedad.

Cada producto de Terapia génica es específico para una enfermedad en particular y se administra de una manera especial. Cigna determina qué productos pertenecen a la categoría de Terapia génica, en parte en función de la naturaleza del tratamiento y cómo se distribuye y administra.

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

Servicios de habilitación son servicios que ayudan a una persona a conservar, aprender o mejorar las habilidades y funciones para la vida cotidiana, proporcionados de manera semejante y adicional a cualquier servicio de rehabilitación ofrecido en el plan EHB de referencia de Colorado. En este contexto, “semejante” significa del mismo tipo y sustancialmente equivalente en alcance, cantidad y duración. Definir los beneficios de habilitación de esta manera brinda beneficios de habilitación a la par con aquellos ofrecidos actualmente en la rehabilitación y refleja la utilización actual en el campo de la rehabilitación.

Servicios de cuidado en el hogar para enfermos terminales son servicios para enfermos terminales, que se proporcionan en el lugar que el paciente designe como su residencia principal, que puede ser una residencia privada, una comunidad de retiro o un centro de vivienda asistida, para convalecientes o para personas con Alzheimer.

Agencia de salud en el hogar significa una agencia que ha sido certificada por el Departamento de Salud Pública y Ambiente de Colorado por cumplir con las disposiciones del título XVIII de la Ley de Seguro Social Federal, con sus modificaciones, para agencias de salud en el hogar, y que se ocupa de coordinar y proporcionar servicios de enfermería, servicios de asistentes de salud en el hogar y otros servicios terapéuticos y relacionados.

Servicios de salud en el hogar significa los siguientes servicios proporcionados por una agencia de salud en el hogar certificada bajo un plan de cuidados para personas que cumplan con los requisitos en su lugar de residencia:

- Servicios de enfermería profesionales.
- Servicios de un asistente de enfermería certificado y con licencia, según lo definido en el artículo 12-38.1-102(3) del C.R.S.
- Suministros, equipos y dispositivos médicos adecuados para usar en el hogar.
- Servicios de Fisioterapia, Terapia ocupacional o terapia del habla y del lenguaje.
- Servicios de asistencia social, según lo definido en el artículo 12-43-403 del C.R.S., proporcionados por un trabajador social con licencia, según lo dispuesto en el artículo 12-43-201(5.5).

Servicios domésticos significa servicios proporcionados al paciente, que incluyen: tareas domésticas en general, como la preparación de comidas y el cuidado de rutina del hogar; y la enseñanza, demostración y prestación de técnicas de administración del hogar al Paciente/la Familia a fin de promover el cuidado personal, la vida independiente y una buena alimentación.

Centro o servicios de atención de enfermos terminales significa un centro o servicio con licencia del Departamento de Salud Pública y Ambiente bajo un programa administrado centralmente de Servicios paliativos y de apoyo a través de un Equipo interdisciplinario, que proporciona cuidados físicos, psicológicos, espirituales y por Duelo para personas con enfermedades terminales y sus familias dentro de un marco continuo de servicios para pacientes internados y Servicios de cuidado en el hogar para enfermos terminales disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana. Los servicios para enfermos terminales deben proporcionarse en el hogar, en un Centro de atención de enfermos terminales con licencia y/o en otro centro para la salud con licencia. Los servicios para enfermos terminales incluyen, a modo de ejemplo: servicios de enfermería, servicios de Médicos, servicios de asistentes de enfermería certificados, servicios de enfermería delegados a otros asistentes, Servicios domésticos, Fisioterapia, asesoría pastoral, servicios de voluntarios capacitados, servicios básicos, servicios personales, servicios de atención diurna de enfermos terminales y servicios sociales médicos.

Atención de enfermos terminales significa un modo alternativo de cuidar a las personas con enfermedades terminales, que hace hincapié en los cuidados paliativos, en lugar del cuidado curativo o restaurativo. En la Atención de enfermos terminales, el Paciente/la Familia son la unidad de atención. Se ofrecen servicios de apoyo a la familia antes y después de la muerte del paciente. La Atención de enfermos terminales no se limita a la intervención médica, sino que aborda las necesidades físicas, sociales, psicológicas y espirituales del paciente. La Atención de enfermos terminales es planificada, implementada y evaluada por un Equipo interdisciplinario de profesionales y voluntarios. El énfasis del programa de Atención de enfermos terminales está puesto en mantener al paciente en su hogar con su familia y amigos la mayor cantidad de tiempo posible.

Niveles de atención de enfermos terminales significa:

- Cuidado de rutina en el hogar: El nivel de cuidado que recibe el Paciente/la Familia conforme al plan de cuidados del Equipo interdisciplinario cada día que el paciente está en su hogar y sin recibir cuidado continuo en el hogar.
- Cuidado continuo en el hogar: El nivel de cuidado que recibe el paciente durante un período de crisis médica para lograr aliviar y controlar los síntomas médicos agudos. El cuidado debe ser preponderantemente de enfermería (al menos la mitad) y debe ser proporcionado por un período de al menos ocho horas en un día calendario. Pueden proporcionarse servicios de un asistente de salud en el hogar o Servicios domésticos, o ambos, para complementar el cuidado de enfermería.
- Cuidado de relevo como paciente internado en un Centro de atención de enfermos terminales: El nivel de cuidado recibido cuando el paciente se encuentra en un centro con licencia para proporcionarle al cuidador un período de descanso. El cuidado de relevo como paciente internado puede proporcionarse únicamente en forma intermitente, fuera de rutina y a corto plazo, limitado a períodos de cinco días o menos.
- Cuidado general como paciente internado (agudo) a corto plazo para enfermos terminales: El nivel de cuidado que el paciente recibe cuando el cuidado como paciente internado a corto plazo para el control del dolor o el manejo de los síntomas agudos no puede lograrse en el hogar. Este nivel de cuidado puede proporcionarse en un centro con licencia con la aprobación del Médico y el Centro de atención de enfermos terminales.

Hospital significa:

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

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

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

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

El término "Programa de salud para indígenas" significa:

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

Deducible individual 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. La cantidad del Deducible familiar se describe en la sección “Programa de beneficios” de esta Póliza.

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

Infertilidad es la condición 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 “Programa de Autorización previa” de esta Póliza para obtener información sobre la Autorización previa y el Tratamiento escalonado.

Lesión significa una lesión corporal accidental.

Institución significa un establecimiento que provee comida, refugio y algún tratamiento o servicio a cuatro personas o más no emparentadas con el propietario.

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

Equipo interdisciplinario significa un grupo de personas calificadas, que incluye, a modo de ejemplo, Médicos, enfermeras tituladas, clérigos/consejeros, directores voluntarios y/o voluntarios capacitados, y personal apropiado que tengan colectivamente experiencia en satisfacer las necesidades especiales de los pacientes terminales y sus familias.

Medicamentos de distribución limitada (LDD, por sus siglas en inglés) son medicamentos con requisitos especiales que se utilizan para tratar condiciones que afectan solo a un pequeño porcentaje de la población. Debido a esto, es posible que el fabricante elija limitar la distribución del medicamento solo a algunas farmacias o según lo recomiende la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para el medicamento como condición para aprobarlo. Este tipo de distribución restringida ayuda al fabricante a controlar el inventario del medicamento, educar a los farmacéuticos que los despachan sobre el control necesario requerido y garantizar que se minimice cualquier riesgo asociado.

Mercado significa un Mercado estatal, un Mercado asociado con el estado o un Mercado dirigido federalmente, según sea el caso.

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

- **Para Gastos cubiertos por Servicios de emergencia prestados en el departamento de emergencias de un Hospital o centro no participante cuando el centro es operado por Denver Health and Hospital Authority**, 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:** (i) la tarifa media de Proveedores participantes/Proveedores dentro de la red de Cigna para el mismo servicio brindado en un centro o entorno similar en la misma área geográfica; (ii) el 250% de la tarifa de Medicare para el mismo servicio brindado en un centro o entorno similar en la misma área geográfica; o (iii) la tarifa media de Proveedores participantes/Proveedores dentro de la red para el mismo servicio brindado en un centro o entorno similar en la misma área geográfica para el año anterior según los datos de reclamos de la base de datos de reclamos de salud de todos los pagadores (APCD, por sus siglas en inglés) de Colorado.

- **Para Gastos cubiertos por Servicios de emergencia prestados en el departamento de emergencias de un Hospital o centro no participante cuando el centro no es operado por Denver Health and Hospital Authority**, la cantidad acordada entre el centro y Cigna o, si no se acordó una cantidad, **la cantidad que resulte mayor entre:** (i) el 105% de la tarifa media de Proveedores participantes/Proveedores dentro de la red de Cigna para el mismo servicio brindado en un centro o entorno similar en la misma área geográfica; o (ii) la tarifa media de Proveedores participantes/Proveedores dentro de la red para el mismo servicio brindado en un centro o entorno similar en la misma área geográfica para el año anterior según los datos de reclamos de la base de datos de reclamos de salud de todos los pagadores (APCD) de Colorado.
- **Para Gastos cubiertos por Servicios de emergencia y Servicios que no son de emergencia prestados por un Proveedor no participante en el departamento de emergencias de un Hospital 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:** (i) el 110% de la tarifa media de Proveedores participantes/Proveedores dentro de la red de Cigna para el mismo servicio brindado en la misma área geográfica; o (ii) el percentil 60 de la tarifa media de Proveedores participantes/Proveedores dentro de la red para el mismo servicio en la misma área geográfica para el año anterior según los datos de reclamos de la base de datos de reclamos de salud de todos los pagadores (APCD) de Colorado.

Si el Proveedor no participante no acepta que el Cargo máximo reembolsable es suficiente para la complejidad y las circunstancias de los servicios brindados, el Proveedor podrá solicitar un arbitraje conforme a las leyes de Colorado. El Proveedor no podrá intentar cobrarle ninguna cantidad que supere las cantidades de Costo compartido aplicables basadas en el Cargo máximo reembolsable.

- **Para Gastos cubiertos por Servicios que no son de emergencia, que no sean los mencionados arriba, la cantidad que resulte menor entre:**
 1. El cargo normal del Proveedor por un servicio o suministro similar; o
 2. Un porcentaje de una tabla de tarifas elaborada por Cigna que se basa en una metodología similar a una usada por Medicare para determinar la tarifa permitida para el mismo servicio o un servicio similar en el mercado geográfico.

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

Médicamente necesarios o Dentalmente necesarios hace referencia a los servicios o suministros que Cigna determine que cumplen con **todos** los requisitos enumerados a continuación:

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

- iii) En el caso de las estadías hospitalarias, el cuidado agudo como paciente internado debe ser necesario debido al tipo de servicio que el paciente esté recibiendo o a la gravedad de la condición médica, y el paciente no debe poder recibir cuidado confiable y adecuado como paciente ambulatorio o en un entorno de cuidados médicos menos intensivos.

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

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

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

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

- se especializa en el tratamiento de trastornos psicológicos y sociales que son el resultado de condiciones de Salud mental y/o Trastornos de consumo de sustancias;
- proporciona un programa de tratamiento psicoterapéutico estructurado para casos subagudos, bajo la supervisión de Médicos, Otros profesionales de cuidado de la salud con licencia bajo la supervisión directa de un Médico o un profesional de cuidado de la salud independiente con licencia de un estado para brindar dichos servicios y trabajar dentro del alcance de su licencia (Asistente médico, Enfermera practicante);
- proporciona cuidados las 24 horas del día, durante las cuales la persona vive en una unidad abierta; y
- cuenta con una licencia de acuerdo con las leyes de la agencia legalmente autorizada correspondiente para operar como un centro de tratamiento residencial.

Tarifa negociada significa los Cargos facturados o la tarifa de pago que se ha negociado con un Proveedor participante por Servicios cubiertos, lo que sea menor.

Recién nacido designa a un bebé hasta los 31 días de vida.

Farmacia no participante/Farmacia fuera de la red es una Farmacia minorista o de entrega a domicilio con la cual Cigna NO ha celebrado un contrato para brindar servicios de despacho 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 la Política de tratamiento)

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

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

Otro centro de cuidado de la salud significa cualquier centro, que no sea un Hospital o un Centro para enfermos terminales, operado por Cigna o que tiene un contrato con Cigna para prestar servicios a las Personas aseguradas. Algunos ejemplos de Otros centros de cuidado de la salud son, entre otros, Centro de cuidados especiales con licencia, Hospitales de rehabilitación y centros de cuidados subagudos. Otros centros de cuidado de la salud NO incluyen centros de cuidados a largo plazo, centros residenciales, hogares en los que se prestan cuidados, hogares de ancianos o centros de vivienda asistida.

Otro profesional de cuidado de la salud designa a una persona que no es un Médico, que tiene una licencia o algún otro tipo de autorización en virtud de la ley estatal aplicable para proporcionar servicios médicos y que tiene un contrato con Cigna para prestar servicios a las Personas aseguradas. Otros profesionales de cuidado de la salud 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.

Servicios paliativos significa los servicios y/o intervenciones que no son curativos, pero que producen el grado más alto de alivio del dolor y otros síntomas de una Enfermedad terminal.

Farmacia participante/Farmacia dentro de la red es una Farmacia minorista con la cual Cigna ha celebrado contrato para brindar servicios de despacho de Medicamentos con receta a las Personas aseguradas; o el programa Home Delivery Pharmacy designado de Cigna con el cual Cigna ha celebrado contrato para brindar servicios de entrega a domicilio de Medicamentos con receta a las Personas aseguradas.

Proveedor participante/Proveedor dentro de la red significa:

- Hospitales, Médicos y Otros centros o profesionales de cuidado de la salud: (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.

Paciente/Familia significa una unidad de cuidado integrada por las personas que están estrechamente vinculadas con el paciente, entre los que se incluyen los familiares inmediatos, el cuidador primario y las personas con lazos personales significativos.

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 111-148), con las modificaciones introducidas por la Ley de Conciliación del Seguro Médico y Educación de 2010 (Ley General 111-152).

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

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

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

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

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

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

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

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

Medicamento con receta es un medicamento, producto biológico (incluido un producto biosimilar) u otro Medicamento con receta que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, determinados Medicamentos con receta aprobados en virtud de la revisión de Implementación en estudios de eficacia de medicamentos o Medicamentos con receta comercializados antes de 1938 y no sujetos a revisión, que pueden, en virtud de la ley federal o estatal, administrarse únicamente con una Receta médica o renovación. Esta definición incluye los Medicamentos genéricos, Medicamentos de marca y Medicamentos de especialidad.

Lista de medicamentos con receta es una lista de los Medicamentos con receta y los Suministros relacionados cubiertos. Los Medicamentos con receta y los Suministros relacionados que se incluyen en la Lista de medicamentos con receta han sido aprobados de conformidad con los parámetros establecidos por el Comité de P&T y el Equipo de decisiones comerciales. La Lista de medicamentos con receta se revisa y actualiza periódicamente. Puede ver la lista de medicamentos en www.cigna.com/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. Medicamentos para prevenir la infección por VIH que no requieren Autorización previa.

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

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

Proveedor significa:

- un Hospital, un Médico o cualquier Otro centro o 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, una cirugía Médicamente necesaria, hemangioma congénito (manchas rojas) en la cara y el cuello de una Persona asegurada de 18 años o menos, 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.

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 condiciones, diafragmas, capuchones cervicales, anillos anticonceptivos, parches anticonceptivos y anticonceptivos orales (incluidas píldoras anticonceptivas de emergencia); agujas y jeringas desechables necesarias para inyectar medicamentos y suplementos cubiertos.

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

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

Centro de cuidados especiales es una institución que proporciona servicios de enfermería especializada en forma continua. Debe cumplir con los siguientes requisitos:

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

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

Intento de dejar de fumar significa 4 sesiones de asesoría para dejar de consumir tabaco de, al menos, 10 minutos cada una por intento (que incluyen asesoría telefónica, asesoría grupal y asesoría individual); y un régimen de tratamiento 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:

- el Medicamento con receta o producto farmacéutico se receta y utiliza para el tratamiento de una condición compleja, crónica o poco frecuente, y

- 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 un manejo 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.

Servicios y suministros específicos para diabéticos son servicios y suministros específicos proporcionados o recetados para el tratamiento directo de la diabetes, lo que incluye la Capacitación y educación para el autocontrol de la diabetes, HbA1c, análisis de orina, prueba de función renal en sangre para detectar nefropatía, metformina, examen de retina para diabéticos, tiras reactivas para monitores de glucosa en sangre; tiras para lectura visual y tiras reactivas para orina, lancetas, jeringas y agujas. Esto no incluye ningún otro servicio o suministro no mencionado específicamente aquí, aunque dicho servicio o suministro sea proporcionado o recetado para el tratamiento directo de la diabetes, y estos servicios mencionados no se considerarán un Servicio o suministro específico para diabéticos si se proporcionan para el tratamiento de cualquier otro diagnóstico.

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

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

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 condición 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. Los medicamentos para prevenir la infección por VIH o un Medicamento con receta cubierto aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos u otro organismo reconocido para el tratamiento del cáncer metastásico avanzando en etapa cuatro no requieren Tratamiento escalonado.

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, cuidado 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.

Servicios médicos de telesalud/telemedicina es un modo de prestación de servicios de cuidado de la salud a través de sistemas de telecomunicaciones que cumplen con las disposiciones de la HIPAA, incluidas tecnologías de la información, electrónicas y de la comunicación, tecnologías de monitoreo remoto y transferencias de almacenamiento y reenvío para facilitar la evaluación, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la educación, la administración o la autogestión de los servicios de cuidado de la salud de una persona cubierta mientras la persona cubierta se encuentra en un sitio de origen y el Proveedor está en un sitio distante. Las comunicaciones que son audiovisuales (no solo de audio o solo de video) se consideran telesalud.

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

Programa de salud tribal significa, con respecto a una Persona asegurada que es amerindia o nativa de Alaska únicamente, una organización de tribus indígenas o tribal que opera un programa, servicio, función, actividad o centro de salud financiado, en forma total o parcial, por el Servicio de salud para indígenas a través de un contrato o

convenio con el Servicio de salud para indígenas conforme a la Ley de Autodeterminación y Asistencia para la Educación para Indígenas (Indian Self-Determination and Education Assistance Act) (artículo 450 y sig. del título 25 del USC).

Servicio de atención virtual es un conjunto de Servicios cubiertos brindados a través de audio, video y tecnologías basadas en Internet seguras.

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

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