

Cigna HealthCare of Illinois, Inc. (en este documento denominada Cigna) podrá cambiar las Primas de esta Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) mediante notificación cursada por escrito al Suscriptor con 60 días de anticipación. No obstante, no modificaremos la tabla de Primas de esta EOC en forma individual, sino para todos los Miembros de la misma clase que estén cubiertos en virtud del mismo plan que Usted. Solo cambiaremos las Primas en forma Anual.

Cigna HealthCare of Illinois, Inc.
EVIDENCIA DE COBERTURA INDIVIDUAL Y FAMILIAR
Cigna Connect 2600-2 Diabetes Care

Si desea cancelar la Póliza o si tiene preguntas

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

Cigna
Individual Services
PO Box 182223
Chattanooga TN 37422

Incluya Su número de 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.

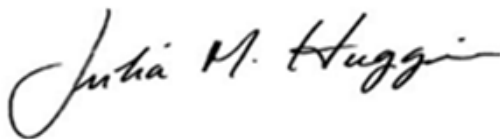
¡ES POSIBLE QUE ESTA EOC NO SE APLIQUE CUANDO TENGA UN RECLAMO! ¡LEA ESTE AVISO! Cigna HealthCare of Illinois, (en este documento denominada Cigna) le emitió esta EOC sobre la base de la información que Usted proporcionó en Su solicitud. Si tiene conocimiento de que Su solicitud contiene información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

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

Renovación garantizada

Esta EOC brinda cobertura médica mensual siempre que el Suscriptor continúe efectuando los pagos correspondientes. Cigna renovará esta EOC salvo por los supuestos específicos previstos en ella. La cobertura en virtud de esta EOC 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 EOC.

Firmado en nombre de Cigna por:



Julia M. Huggins, Presidenta



Anna Krishtul, Secretaria corporativa

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. 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.

Derecho a devolver el contrato

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

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
ACERCA DE ESTA EOC	1
ESTA ES UNA EOC DE UN PLAN HMO	2
CÓMO ELEGIR UN MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO (PCP)	2
REFERENCIAS A ESPECIALISTAS	2
EXCEPCIONES AL PROCESO DE REFERENCIA	2
REFERENCIA PERMANENTE A UN ESPECIALISTA	3
CAMBIO DE MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO	3
SI SU MÉDICO ABANDONA LA RED.....	4
CONTINUIDAD DEL CUIDADO DE LA SALUD	4
SI ESTÁ INTERNADO EN UN HOSPITAL	4
RESTRICCIONES EN RELACIÓN CON EL ÁREA DE SERVICIO	5
INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LOS BENEFICIOS	5
PROGRAMA DE AUTORIZACIÓN PREVIA	5
PROGRAMA DE BENEFICIOS.....	7
DEFINICIONES	22
¿QUIÉNES CUMPLEN CON LOS REQUISITOS PARA OBTENER LA COBERTURA?	38
REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD	38
¿CUÁNDO PUEDO PRESENTAR UNA SOLICITUD?	39
CAUSAS ESPECÍFICAS QUE IMPIDEN CUMPLIR CON LOS REQUISITOS PARA RECIBIR COBERTURA	44
CONTINUACIÓN	44
CÓMO FUNCIONA LA EOC	45
PROGRAMA DE BENEFICIOS	45
CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES	45
SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CUIDADO DE URGENCIA – QUÉ HACER SI NECESITA ATENCIÓN DE EMERGENCIA/ CUIDADO DE URGENCIA:	46
DEDUCIBLES	47
DESEMBOLSO MÁXIMO	48
LÍMITES ESPECIALES	48
MULTAS.....	48
BENEFICIOS INTEGRALES: COBERTURA DE LA EOC	49
SERVICIOS Y SUMINISTROS PARA PACIENTES INTERNADOS PROPORCIONADOS POR UN HOSPITAL O UN CENTRO QUIRÚRGICO INDEPENDIENTE PARA PACIENTES AMBULATORIOS	49
SERVICIOS PARA PACIENTES INTERNADOS EN OTROS CENTROS DE CUIDADO DE LA SALUD.....	50
ATENCIÓN DE ENFERMOS TERMINALES	50
SERVICIOS PROFESIONALES Y OTROS SERVICIOS	51
EQUIPO MÉDICO DURADERO.....	51
SUMINISTROS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS.....	52
SERVICIOS DE AMBULANCIA	52
SERVICIOS DE TERAPIA DE REHABILITACIÓN (FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL Y TERAPIA DEL HABLA).....	52
REHABILITACIÓN PULMONAR Y CARDÍACA	53
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN PULMONAR Y CARDÍACA	54
SERVICIOS DE HABILITACIÓN	54
SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y TRASTORNO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS	54
MODELO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA COLABORATIVA	56
CUIDADO DENTAL	56
CUIDADO PARA EL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD	56

SERVICIOS DE CUIDADO PREVENTIVO	57
TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA.....	61
TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS, Y CUIDADOS ESPECIALIZADOS RELACIONADOS.....	62
DIABETES.....	64
PROVEEDORES EN PAÍS EXTRANJERO.....	64
SERVICIOS DE CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR	64
MASTECTOMÍA Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS	65
APARATOS Y DISPOSITIVOS PROTÉSICOS EXTERNOS	66
ESTUDIOS CLÍNICOS	67
SERVICIOS BARIÁTRICOS	68
SANGRE Y COMPONENTES DE LA SANGRE	68
TERAPIA Y MEDICAMENTOS CONTRA EL DOLOR EN RELACIÓN CON EL CÁNCER DE SENO	68
APARATOS AUDITIVOS	70
EXAMEN DE AUDICIÓN	70
INFERTILIDAD	71
CIRUGÍA ORTOGNÁTICA	72
SERVICIOS PARA OSTEOPOROSIS	73
PANDAS Y PANS.....	73
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA	73
TRATAMIENTO PARA ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR LAS GARRAPATAS	73
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES: LO QUE ESTA EOC NO CUBRE.....	74
SERVICIOS EXCLUIDOS.....	74
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA.....	80
PAGOS DE FARMACIA	80
MEDICAMENTOS CON RECETA CUBIERTOS EN VIRTUD DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS.....	81
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS INYECTABLES AUTOADMINISTRADOS Y MEDICAMENTOS PARA INFUSIÓN	
E INYECTABLES	81
PROGRAMA DE DESPACHO CON SUMINISTRO DIVIDIDO.....	81
ADMINISTRACIÓN DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CON RECETA	82
GASTOS CUBIERTOS	82
PATIENT ASSURANCE PROGRAM.....	83
LO QUE ESTÁ CUBIERTO.....	83
CONDICIONES DEL SERVICIO	85
EXCLUSIONES	86
LIMITACIONES	88
PROGRAMA COMPLEMENTARIO DE DESCUENTO EN MEDICAMENTOS	88
PROCESO DE AUTORIZACIÓN, EXCEPCIÓN Y APELACIÓN PARA MEDICAMENTOS CON RECETA	
Y SUMINISTROS RELACIONADOS.....	89
COBERTURA DE MEDICAMENTOS NUEVOS	90
REEMBOLSO/PRESENTACIÓN DE RECLAMOS	91
RECLAMOS Y SERVICIO AL CLIENTE	91
BENEFICIOS DE CUIDADO DE LA VISTA PEDIÁTRICO BRINDADO POR UN OFTALMÓLOGO	
U OPTOMETRISTA.....	92
BENEFICIOS DE CUIDADO DE LA VISTA PEDIÁTRICO.....	92
DISPOSICIONES GENERALES	95
RESPONSABILIDAD DE TERCEROS.....	95
DISPOSICIÓN SOBRE ALTERNATIVA DE CONTENCIÓN DE COSTOS.....	95
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	95

QUÉ HACER CUANDO TENGA ALGUNA QUEJA O APELACIÓN (PARA RESIDENTES DE ILLINOIS)	99
TÉRMINOS DE LA EOC	105
OTROS SEGUROS CON ESTA ASEGURADORA	111
CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO DE BENEFICIOS	111
PROCEDIMIENTOS PARA LA DETERMINACIÓN DE RECLAMOS EN VIRTUD DE LA LEY FEDERAL (ES POSIBLE QUE LAS DISPOSICIONES DE LAS LEYES DE COLORADO LOS REEMPLACEN)	113
PRIMAS	116

Introducción

Acerca de esta EOC

Su cobertura médica se brinda en virtud de una Evidencia de cobertura (EOC) emitida por Cigna HealthCare of Illinois, Inc. (en este documento denominada Cigna). Esta EOC constituye un contrato legal entre Usted y Nosotros.

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

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

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

Le brindamos cobertura en virtud de esta EOC en función de las respuestas que Usted y 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 EOC, les brindaremos a Usted y a los Miembros de Su familia que tengan cobertura en virtud de la EOC los servicios y beneficios que aquí se enumeran.

SI, DENTRO DE UN PLAZO DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE SU PARTICIPACIÓN EN LA EOC, DESCUBRIMOS UN ACTO FRAUDULENTO O LA TERGIVERSACIÓN INTENCIONAL DE INFORMACIÓN SUSTANCIAL, O INFORMACIÓN SUSTANCIAL QUE USTED O ALGUNO DE LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA CONOCÍAN, PERO NO DIVULGARON EN SU SOLICITUD, PODREMOS RESCINDIR ESTA COBERTURA A PARTIR DE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR ORIGINAL. ADEMÁS, SI DENTRO DE UN PLAZO DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA INCORPORACIÓN DE UNO O MÁS MIEMBROS DE SU FAMILIA ADICIONALES (SALVO HIJOS RECIÉN NACIDOS QUE HAYAN SIDO INCORPORADOS DENTRO DE LOS 60 DÍAS SIGUIENTES AL NACIMIENTO), DESCUBRIMOS UN ACTO FRAUDULENTO O LA TERGIVERSACIÓN INTENCIONAL DE INFORMACIÓN SUSTANCIAL, O INFORMACIÓN SUSTANCIAL QUE USTED O ALGUNO DE LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA CONOCÍAN, PERO NO DIVULGARON EN SU SOLICITUD, PODREMOS RESCINDIR LA COBERTURA PARA EL/LOS MIEMBRO(S) DE SU FAMILIA ADICIONAL(ES) DESDE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR ORIGINAL DE LA COBERTURA DE DICHA(S) PERSONA(S). EN CASO DE QUE RESCINDAMOS SU COBERTURA, SE LO NOTIFICAREMOS CON 30 DÍAS DE ANTICIPACIÓN Y LE REEMBOLSAREMOS TODAS LAS PRIMAS QUE USTED HAYA PAGADO POR SU EOC, MENOS LA CANTIDAD CORRESPONDIENTE A CUALQUIER RECLAMO PAGADO POR CIGNA. LA RESCISIÓN DE SU COBERTURA TENDRÁ COMO CONSECUENCIA LA DENEGACIÓN DE TODOS LOS RECLAMOS QUE SE ENCUENTREN PENDIENTES Y, EN EL CASO DE QUE LOS PAGOS DE RECLAMOS SUPEREN EL TOTAL DE 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 EOC no restringirá ni afectará en modo alguno el derecho de un Miembro a seleccionar el Hospital o el Médico de su preferencia. No obstante, esta EOC no cubre los Servicios que no son de emergencia prestados por Proveedores no participantes.

ESTA ES UNA EOC DE UN PLAN HMO

Eso significa que esta EOC no brinda beneficios por servicios que Usted reciba de un Proveedor fuera de la red, excepto en los siguientes casos:

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

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.

Cómo elegir un Médico de cuidado primario (PCP)

Un Médico de cuidado primario puede cumplir un rol importante en lo que hace a satisfacer necesidades de cuidado de la salud brindando o coordinando la atención médica para cada Miembro. Por este motivo, cuando Usted se inscriba como Miembro, se le pedirá que elija un Médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Su PCP le proporcionará atención médica regular y le ayudará a coordinar Sus cuidados. Podrá elegir Su PCP llamando al número de teléfono de Servicio al Cliente que aparece en Su tarjeta de 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 de este plan y que pueda aceptarles a Usted o a los Miembros de Su familia. Si Usted no elige un PCP, seleccionaremos uno por Usted.

Referencias a especialistas

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

Excepciones al proceso de Referencia

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

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

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

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

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

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

Referencia permanente a un especialista

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

1. Usted es un Miembro cubierto en virtud de la EOC del plan HMO de Cigna;
2. Tiene una Enfermedad o condición con riesgo de vida, degenerativa, crónica o discapacitante;
3. Su PCP, junto con un especialista de la red, determina que Su cuidado requiere de los conocimientos de otro Proveedor;
4. Su PCP determina que Su Enfermedad o condición requerirán atención médica continua por un período prolongado;
5. Su PCP hace la Referencia permanente a un especialista de la red que será responsable de brindarle Sus cuidados especializados y coordinarlos; y
6. El especialista de la red cuenta con la autorización de Cigna para prestar los servicios en virtud de la Referencia permanente.

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

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 no elige un PCP después de que le notifiquen que Su PCP ya no es un Proveedor participante, elegiremos un PCP por Usted. Si está recibiendo tratamiento de un Proveedor participante en el momento en que se extinga el acuerdo de Proveedor participante de dicho profesional, salvo que dicha extinción sea por incompetencia médica o falta de conducta profesional, es posible que Usted cumpla con los requisitos para seguir 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 Miembro, 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.

Restricciones en relación con el Área de servicio

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

Información importante sobre los beneficios

Programa de autorización previa

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

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA SERVICIOS PARA PACIENTES INTERNADOS

Se requiere Autorización previa para todas las admisiones de pacientes internados que no sean de emergencia y para algunas otras admisiones a fin de poder recibir los beneficios. SI USTED NO OBTIENE LA AUTORIZACIÓN PREVIA ANTES DE UNA ADMISIÓN OPCIONAL EN UN HOSPITAL O EN ALGUNOS OTROS CENTROS, ES POSIBLE QUE DEBA PAGAR UNA MULTA 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 EOC, las limitaciones y exclusiones, el 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 EOC. Si se determina que un servicio no era Médicamente necesario, Cigna no cubrirá los Cargos de dicho servicio.

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA MEDICAMENTOS CON RECETA

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

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 Autorización, 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.

PROGRAMA DE BENEFICIOS

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

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 “Cómo funciona la EOC” de Su EOC.

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
Beneficios médicos	
Deducible	
Individual	\$2,600
Grupo familiar	\$5,200
El Deducible se aplica, salvo que específicamente se disponga lo contrario.	
Coseguro	30%
Desembolso máximo	
Individual	\$6,800
Grupo familiar	\$13,600

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS Nota: Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.	PROVEEDOR PARTICIPANTE (En función de la Tarifa negociada) por Gastos cubiertos USTED PAGA
<p>Programa de autorización previa</p> <p>Autorización previa – Servicios para pacientes internados</p> <p>Autorización previa – Servicios para pacientes ambulatorios</p> <p>NOTA: Consulte la sección sobre Autorización previa para servicios para pacientes internados y ambulatorios para obtener información más detallada. Puede obtener una lista completa de admisiones, servicios y procedimientos que requieren Autorización previa llamando a Cigna al número que aparece en la parte de atrás de Su tarjeta de ID o en www.mycigna.com, en la sección <i>Coverage</i> (Cobertura), seleccionando luego <i>Medical</i> (Beneficios médicos).</p>	<p>Su Proveedor participante debe obtener la aprobación para las admisiones de pacientes internados. Si no lo hace, es posible que se aplique una multa o que se le deniegue el pago por los servicios proporcionados.</p> <p>Su Proveedor participante debe obtener la aprobación para determinados procedimientos y servicios para pacientes ambulatorios. Si no lo hace, es posible que se aplique una multa o que se le deniegue el pago por los servicios proporcionados.</p>
<p>Todos los Servicios de cuidado preventivo para pacientes sanos</p> <p>Consulte la sección “Beneficios integrales: Cobertura de la EOC” de esta EOC para obtener más detalles.</p>	<p>0%, no se aplica el Deducible</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**

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

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

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

Examen de la vista completo
Limitado a un examen por año

El 0%, no se aplica el Deducible

Anteojos para niños
Limitado a un par por año

Marcos pediátricos

El 0%, no se aplica el Deducible

Lentes monofocales,

El 0%, no se aplica el Deducible

Lentes bifocales con línea,

El 0%, no se aplica el Deducible

Lentes trifocales con línea o progresivos estándares,

El 0%, no se aplica el Deducible

Lentes lenticulares

El 0%, no se aplica el Deducible

Lentes de contacto para niños
Se aplican límites Anuales

Opcionales

El 0% por par, no se aplica el Deducible

Terapéuticos

El 0% por par, no se aplica el Deducible

Servicios para personas con poca visión
Se aplican límites Anuales

El 0% por par, no se aplica el Deducible

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS Nota: Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.	PROVEEDOR PARTICIPANTE (En función de la Tarifa negociada) por Gastos cubiertos USTED PAGA
Servicios del médico Visita al consultorio Médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) Especialista (incluidos servicios de consulta y segunda opinión)	 Copago de \$0, no se aplica el Deducible 30%
Otros servicios del Médico Cirugía en el consultorio del Médico Honorarios profesionales para pacientes ambulatorios (incluye cirugía, anestesia, procedimientos de diagnóstico, diálisis, radioterapia) Cirugía, anestesia, radioterapia y quimioterapia para pacientes internados Visitas hospitalarias Pruebas y tratamiento/inyecciones para alergias	 30% 30% 30% 30% 30%
Atención virtual <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio de médicos de atención virtual exclusivos para condiciones médicas agudas menores ▪ Servicio de atención virtual de Médicos participantes que no sean los Médicos de atención virtual exclusivos. (Este beneficio excluye los servicios que se prestan por teléfono únicamente). Nota: Las Recetas expedidas durante una visita virtual están sujetas a todos los beneficios, las limitaciones y las exclusiones de los Medicamentos con receta.	 Copago de \$0, no se aplica el Deducible El mismo beneficio que cuando el servicio se proporciona en persona

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS Nota: Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.	PROVEEDOR PARTICIPANTE (En función de la Tarifa negociada) por Gastos cubiertos USTED PAGA
Servicios de 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 un Miembro 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 EOC para obtener información adicional sobre el “Programa de salud para indígenas” y el “Programa de salud tribal”.	0%, no se aplica el Deducible
Segunda opinión para cirugías	0%, no se aplica el Deducible
Servicios hospitalarios Servicios hospitalarios para pacientes internados Cargos del centro Honorarios profesionales Admisiones de emergencia Cargos del centro Honorarios profesionales	30% 30% Los beneficios se muestran en el programa de beneficios de Servicios de emergencia
Servicios en centros para pacientes ambulatorios Incluye centros de diagnóstico y Centros quirúrgicos independientes para pacientes ambulatorios, y centros hospitalarios para pacientes ambulatorios	30%
Imágenes radiológicas avanzadas (incluye resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés), angiografías por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), tomografías computarizadas (CAT, por sus siglas en inglés) y tomografías por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés)) Cargos del centro y por la interpretación	30%

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS Nota: Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.	PROVEEDOR PARTICIPANTE (En función de la Tarifa negociada) por Gastos cubiertos USTED PAGA
Todos los demás servicios de laboratorio y radiología Cargos del centro y por la interpretación Consultorio del médico Centro de radiografías o laboratorio independiente Servicios de laboratorio o radiografías en un Hospital para pacientes ambulatorios	 30% 30% 30%
Servicios de rehabilitación Fisioterapia y Terapia ocupacional Terapia del habla	Copago de \$0, no se aplica el Deducible 30%
Servicios naprapáticos Máximo de 15 visitas por Miembro por Año calendario	30%
Rehabilitación cardíaca y pulmonar Máximo de 36 visitas por Miembro dentro de un período de 6 meses.	30%
Servicios quiroprácticos Máximo de 25 visitas por Miembro por Año calendario.	30%
Servicios de habilitación Fisioterapia y Terapia ocupacional Terapia del habla	Copago de \$0, no se aplica el Deducible 30%
Aparatos auditivos Máximo de 1 por oído cada 24 meses para adultos y niños. No se aplican máximos en dólares.	30%
Tratamiento de la Disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ/TMD, por sus siglas en inglés)	30%
Servicios de anticonceptivos para mujeres, planificación familiar y esterilización	0%, no se aplica el Deducible
Esterilización masculina	0%, no se aplica el Deducible

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS Nota: Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.	PROVEEDOR PARTICIPANTE (En función de la Tarifa negociada) por Gastos cubiertos USTED PAGA
Maternidad (embarazo y parto)/complicaciones del embarazo (incluido un aborto no provocado y provocado) Visita inicial al consultorio para confirmar el embarazo y visitas prenatales subsiguientes facturadas por separado de la tarifa “total” Servicios prenatales, posnatales y parto facturados como una tarifa “total” Parto en el Hospital Pruebas o tratamientos prenatales facturados por separado de la tarifa “total” Visita o tratamiento posnatales facturados por separado de la tarifa “total”	 Se aplica el beneficio de Visita al consultorio del PCP o Especialista 30% Se aplica el beneficio de servicios hospitalarios para pacientes internados 30% 30%
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 integrales: cobertura de la EOC” para obtener información específica sobre cuáles son los Servicios cubiertos)	 Se aplica el beneficio de Visita al consultorio del PCP o Especialista 30% 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	30%
Servicios de cuidado de la salud en el hogar	30%
Equipo médico duradero	30%
Prótesis	30%

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
Atención de enfermos terminales	
Paciente internado	30%
Paciente ambulatorio	30%
Diálisis	
Paciente internado	Se aplica el beneficio de servicios hospitalarios para pacientes internados
Paciente ambulatorio	30%
Trastorno de salud mental	
Paciente internado (incluye Tratamiento residencial y agudo)	Se aplica el beneficio de servicios hospitalarios para pacientes internados
Paciente ambulatorio (incluye tratamiento individual, grupal, intensivo para pacientes ambulatorios y hospitalización parcial)	
Visita al consultorio	30%
Todos los demás servicios para pacientes ambulatorios	30%
Trastorno de consumo de sustancias	
Rehabilitación para pacientes internados (incluye Tratamiento residencial y agudo)	Se aplica el beneficio de servicios hospitalarios para pacientes internados
Desintoxicación para pacientes internados	Se aplica el beneficio de servicios hospitalarios para pacientes internados
Paciente ambulatorio (incluye tratamiento individual, grupal, intensivo para pacientes ambulatorios y hospitalización parcial)	
Visita al consultorio	30%
Todos los demás servicios para pacientes ambulatorios	30%

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS Nota: Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.	PROVEEDOR PARTICIPANTE (En función de la Tarifa negociada) por Gastos cubiertos USTED PAGA
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	<p style="text-align: center;">0%</p> <p style="text-align: center;">Se aplica el beneficio de servicios hospitalarios para pacientes internados</p> <p style="text-align: center;">Sin cobertura</p>
Servicios de dispositivo de asistencia ventricular Centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network® Centro participante que no sea de LifeSOURCE contratado específicamente para proporcionar Servicios de dispositivo de asistencia ventricular Centro participante que NO sea contratado específicamente para proporcionar Servicios de dispositivo de asistencia ventricular	<p style="text-align: center;">0%</p> <p style="text-align: center;">Se aplica el beneficio de servicios hospitalarios para pacientes internados</p> <p style="text-align: center;">Sin cobertura</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 style="text-align: center;">30%</p>
Cuidado dental (que no sea pediátrico) Limitado al tratamiento de lesiones accidentales de los dientes naturales dentro de un plazo de 6 meses de producida la lesión accidental	<p style="text-align: center;">30%</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS Nota: Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.	PROVEEDOR PARTICIPANTE (En función de la Tarifa negociada) por Gastos cubiertos USTED PAGA
Servicios y suministros específicos para diabéticos	0%, no se aplica el Deducible
Infertilidad (consulte la sección “Servicios y beneficios cubiertos” para obtener información específica sobre qué servicios están cubiertos y límites a los beneficios que puedan aplicarse)	El beneficio depende del tipo de servicio proporcionado.
Cirugía bariátrica	El beneficio depende del tipo de servicio proporcionado.

Servicios de emergencia Esta EOC cubre los Servicios de emergencia de Proveedores participantes y no participantes; los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario	Lo que Usted paga por Proveedores participantes en función de la Tarifa negociada por Gastos cubiertos	Lo que Usted paga por Proveedores no participantes en función del Cargo máximo reembolsable por Gastos cubiertos
	Tenga en cuenta que: Con respecto a las cantidades de Costos compartidos que se muestran a continuación, Usted será responsable únicamente por la cantidad de los Gastos cubiertos del Proveedor no participante en los que habría incurrido si hubiera recibido los servicios de un Proveedor dentro de la red. Nos aseguraremos de que se le mantenga indemne por cualquier cantidad que supere el porcentaje de Copago, Deducible y Coseguro que Usted habría pagado si hubiera recibido los servicios de un Proveedor participante, y de que esos beneficios se le proporcionen a un costo no mayor que si los hubiera recibido de un Proveedor participante. También es responsable de: todos los cargos que no sean Gastos cubiertos en virtud de esta EOC.	
<ul style="list-style-type: none"> • Sala de emergencias del Hospital Condición médica de emergencia Condición médica que no es de emergencia • Centro de cuidado de urgencia Condición médica de emergencia Condición médica que no es de emergencia • Servicios de ambulancia Nota: Cobertura para el transporte Médicamente necesario: al centro más cercano capaz de tratar la Condición médica de emergencia Transporte de emergencia • Tratamiento de víctimas de agresión sexual 	<p style="text-align: center;">50%</p> <p style="text-align: center;">Sin cobertura</p> <p style="text-align: center;">Copago de \$30 por visita, no se aplica el Deducible</p> <p style="text-align: center;">Copago de \$30 por visita, no se aplica el Deducible</p> <p style="text-align: center;">30%</p> <p style="text-align: center;">0%</p>	<p style="text-align: center;">Se aplica el Costo compartido Dentro de la red</p> <p style="text-align: center;">Sin cobertura (Usted paga el 100% de los Cargos)</p> <p style="text-align: center;">Se aplica el Costo compartido Dentro de la red</p> <p style="text-align: center;">Sin cobertura (Usted paga el 100% de los Cargos)</p> <p style="text-align: center;">Se aplica el Costo compartido Dentro de la red</p> <p style="text-align: center;">Se aplica el Costo compartido Dentro de la red</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS	FARMACIA MINORISTA USTED PAGA	EXPRESS SCRIPTS PHARMACY, LA FARMACIA DE ENTREGA A DOMICILIO DE CIGNA USTED PAGA
USTED DEBERA PAGAR LAS CANTIDADES QUE SE MUESTRAN DESPUÉS DE ALCANZAR CUALQUIER DEDUCIBLE APLICABLE		
Beneficios de Medicamentos con receta		
<p>Nota: Puede obtener un suministro para 30 días de cualquier Medicamento con receta o Suministro relacionado cubierto en cualquier Farmacia minorista participante. Puede obtener un suministro para hasta 90 días de cualquier Medicamento con receta o Suministro relacionado cubierto en una Farmacia minorista 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 los medicamentos de insulina cubiertos por esta EOC, 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.</p>		
<u>Deducible para Medicamentos con receta</u>	Los Deducibles individual y familiar que se muestran en la primera página del 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:
<p>Nivel 1: Este nivel generalmente incluye Medicamentos genéricos preferidos. Estos medicamentos tienen la misma concentración y los mismos ingredientes activos que los Medicamentos de marca, pero suelen costar mucho menos. Los Medicamentos genéricos preferidos están cubiertos con el Costo compartido más bajo del plan.</p>	<p>Copago de \$5 por Receta o renovación, no se aplica el Deducible</p> <p>Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista con despacho para 90 días. Usted paga un Copago por cada suministro para 30 días.</p>	<p>Copago de \$15 por Receta o renovación, no se aplica el Deducible</p> <p>Suministro máximo para hasta 90 días</p>

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 DESPUÉS DE ALCANZAR CUALQUIER DEDUCIBLE APLICABLE		
<p>Nivel 2: Este nivel generalmente incluye la mayoría de los Medicamentos genéricos y algunos Medicamentos de marca de bajo costo. Los Medicamentos genéricos tienen la misma concentración y los mismos ingredientes activos que los Medicamentos de marca, pero suelen costar mucho menos.</p>	<p>Copago de \$20 por Receta o renovación, no se aplica el Deducible</p> <p>Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista con despacho para 90 días. Usted paga un Copago por cada suministro para 30 días.</p>	<p>Copago de \$60 por Receta o renovación, no se aplica el Deducible</p> <p>Suministro máximo para hasta 90 días</p>
<p>Nivel 3: Este nivel generalmente incluye Medicamentos de marca preferida y algunos Medicamentos genéricos de alto costo.</p>	<p>Copago de \$70 por Receta o renovación, no se aplica el Deducible</p> <p>Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista con despacho para 90 días. Usted paga un Copago por cada suministro para 30 días.</p>	<p>Copago de \$210 por Receta o renovación, no se aplica el Deducible</p> <p>Suministro máximo para hasta 90 días</p>
<p>Nivel 4: Este nivel generalmente incluye Medicamentos de marca no preferida y algunos Medicamentos genéricos de alto costo.</p>	<p>50% por Receta o renovación</p> <p>Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista con despacho para 90 días.</p>	<p>50% por Receta o renovación</p> <p>Suministro máximo para hasta 90 días</p>
<p>Nivel 5: Este nivel generalmente incluye Medicamentos de especialidad y Medicamentos genéricos y de marca de alto costo.</p>	<p>40% por Receta o renovación</p> <p>Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista con despacho para 90 días.</p>	<p>40% por Receta o renovación</p> <p>Suministro máximo para hasta 90 días</p>

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 DESPUÉS DE ALCANZAR CUALQUIER DEDUCIBLE APLICABLE		
<p>Medicamentos preventivos independientemente del Nivel</p> <p>Medicamentos designados como Preventivos en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010, que incluyen, a modo de ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ anticonceptivos femeninos recetados por un Médico y que son Genéricos o De marca sin una alternativa Genérica; y ▪ productos para dejar de fumar, con un límite máximo de 2 regímenes de tratamiento de 90 días 	<p>0% por Receta o renovación, no se aplica el Deducible</p> <p>Suministro para 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista con despacho para 90 días</p>	<p>0% por Receta o renovación, no se aplica el Deducible</p> <p>Suministro máximo para hasta 90 días</p>

Definiciones

Las siguientes definiciones contienen los significados de los términos clave utilizados en esta EOC. En esta EOC, 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 un Miembro para determinar si realizará o no tales pagos en Su nombre.

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

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

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

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

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

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

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

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

Cigna, Nosotros, Nuestro y Nos se refiere a Cigna HealthCare of Illinois, Inc. o una afiliada, una organización de mantenimiento de la salud (HMO por sus siglas en inglés). 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®.

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

Coseguro significa el porcentaje de Gastos cubiertos que el Miembro 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 EOC.**

Copago significa una cantidad fija en dólares correspondiente a Gastos cubiertos que el Miembro 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 EOC.

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

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

Según lo determinado por Cigna, los Gastos cubiertos incluirán todos los Cargos cobrados por una entidad que haya celebrado contratos con Cigna 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 EOC. 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 el Miembro 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 EOC, y
- b. no están específicamente excluidos de la EOC, y
- c. son prestados por un Proveedor que:
 - (i) cuenta con licencia de acuerdo con todas las leyes estatales y federales aplicables,
 - (ii) si es un Hospital, cuenta con la certificación de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Salud o de otra organización que cuente con la debida licencia, y
 - (iii) actúa dentro del alcance de su licencia y acreditación (si corresponde).

Cuidados de custodia 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 un 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 para condiciones médicas agudas menores.

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 EOC.

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; y aparatos podológicos para la prevención de complicaciones asociadas con la diabetes. La reparación o el mantenimiento de bombas de insulina que no se encuentran cubiertas por la garantía de un fabricante y los alquileres de bombas durante la reparación y el mantenimiento necesario de las bombas de insulina. Ninguno de estos conceptos podrá superar el precio de compra de una bomba de reemplazo similar.

Productos farmacéuticos y suministros para la diabetes incluyen 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 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 EOC 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 Illinois que Cigna designó como el área en que esta EOC está disponible para la inscripción.

Beneficios de salud esenciales: En la medida prevista por la cobertura de esta EOC, los gastos incurridos en relación con Servicios cubiertos en, al menos, las siguientes categorías: servicios para pacientes ambulatorios, Servicios de emergencia, hospitalización, cuidado por maternidad y del Recién nacido, servicios de trastornos de Salud mental y para Trastornos de consumo de sustancias, incluido el tratamiento de la salud del comportamiento, Medicamentos con receta, Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación, servicios de laboratorio, servicios preventivos y de bienestar, y servicios de control de enfermedades crónicas y pediátricos, incluido el cuidado bucodental y de la vista.

Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) se refiere al documento de Evidencia de cobertura y al programa de beneficios del plan individual de Cigna HealthCare of Illinois, Inc., así como a cualquier otro documento adjunto que se describa en este instrumento, la solicitud de inscripción y cualquier modificación posterior de cualquier parte de la EOC.

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
- existe evidencia confiable que demuestra que está sujeto a un estudio clínico de fase I, II, III o IV en curso o que se está estudiando para determinar su máxima dosis tolerada, toxicidad, seguridad, eficacia o efectividad 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 EOC. Es una acumulación de los Deducibles individuales pagados por cada Miembro de la familia durante un Año. Cada Miembro puede aportar, como máximo, la cantidad del Deducible individual al Deducible familiar. Una vez que se cumpla con la cantidad del Deducible familiar en un Año, los Deducibles individuales restantes no se aplicarán durante el resto del Año. La cantidad del Deducible familiar se describe en el programa de beneficios de esta EOC.

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

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 EOC. Es una acumulación del Deducible, el Coseguro y los Copagos acumulados por cada Miembro de la familia durante un Año. Cada Miembro puede aportar, como máximo, la cantidad del Desembolso individual al Desembolso máximo familiar. Una vez que se haya cumplido con el Desembolso máximo familiar correspondiente a un Año, Usted y los Miembros de Su familia ya no serán responsables de pagar el Coseguro o los Copagos por los servicios médicos o de 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 el programa de beneficios de esta EOC.

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

Centro quirúrgico independiente para pacientes ambulatorios

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

- cuenta con Médicos, Enfermeras y anestesiólogos con licencia entre su personal médico;
- cuenta con al menos dos quirófanos y una sala de recuperación;
- cuenta con centros de laboratorio y radiografías de diagnóstico;
- cuenta con equipo para cuidado de emergencia;
- cuenta con un banco de sangre;
- lleva registros médicos;

- tiene acuerdos con Hospitales para la admisión inmediata de pacientes que requieren Internación hospitalaria; y
- cuenta con una licencia de acuerdo con las leyes de la agencia legalmente autorizada que corresponda.

Terapia génica es una categoría de productos farmacéuticos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) 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 EOC.

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

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

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

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

Hospital significa:

- una institución que ha obtenido una licencia para operar como Hospital, que: (a) cuenta en el establecimiento con todos los centros necesarios para el tratamiento médico y quirúrgico; (b) proporciona dicho tratamiento mediante hospitalización, a cambio de una compensación, bajo la supervisión de Médicos; y (c) proporciona servicio las 24 horas a cargo de Enfermeras tituladas registradas; o
- una institución que cumple con los requisitos para operar como Hospital, Hospital psiquiátrico, y un Proveedor de servicios de Medicare, si tal institución contara con la certificación de hospital de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Salud para el tratamiento o diagnóstico apropiados; o
- una institución que: (a) se especializa en el tratamiento de 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 significa una dolencia, un trastorno o una condición de un Miembro.

El **Programa de salud para indígenas** se aplica solamente para un Miembro que sea amerindio o nativo de Alaska, y se define de la siguiente manera:

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

Deducible individual significa la cantidad de Gastos cubiertos que cada Miembro debe pagar por los Servicios cubiertos cada Año antes de que los beneficios se encuentren disponibles en virtud de esta EOC. La cantidad del Deducible individual se describe en el programa de beneficios de esta EOC.

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

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 “Beneficios de Medicamentos con receta” de esta EOC para obtener información sobre la Autorización previa y el Tratamiento escalonado.

Lesión significa una lesión corporal accidental.

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

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

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

Medicamento 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.
- No tienen como fin principal la comodidad de ningún Miembro, Médico u otro Proveedor.
- Cumplen con los estándares generalmente aceptados de buenas prácticas médicas dentro de la comunidad de profesionales calificados.
- Se proporcionan en la unidad menos intensiva que sea apropiada para la prestación de los servicios o la entrega de los suministros. Si corresponde, Cigna podrá comparar la relación costo-eficacia de servicios, unidades o suministros alternativos al determinar cuál es la unidad menos intensiva.
- Constituyen el procedimiento, suministro, equipo o servicio más apropiado que pueda brindarse de manera segura y que cumple los siguientes requisitos:
 - i) Debe haberse comprobado mediante estudios científicos publicados en la literatura médica revisada por colegas médicos que se relaciona con resultados de salud beneficiosos 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 Medicamento 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.

Miembro significa Usted (el Suscriptor) y todos los demás Miembros de la familia que estén cubiertos por esta EOC.

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 los Miembros.

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

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

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

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

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

Otro centro de cuidado de la salud significa cualquier centro, que no sea un Hospital o un Centro para enfermos terminales, operado por Cigna o que tiene un contrato con Cigna para prestar servicios a los Miembros. 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 los Miembros. 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.

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

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 los Miembros; o
- A los fines del reembolso de Gastos cubiertos, una entidad que ha celebrado contrato con Cigna para coordinar, a través de contratos con Proveedores, la prestación de servicios y/o suministros, cuyos cargos son Gastos cubiertos.

Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010 (PPACA)

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

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

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

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

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

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

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 EOC.

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.mycigna.com.

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

Médico de cuidado primario (PCP) es un Médico:

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

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 EOC. Puede identificar los Medicamentos con receta y Suministros relacionados para los que se necesita Autorización previa en la Lista de medicamentos con receta en www.mycigna.com.

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

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

Proveedor significa:

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

Cirugía reconstructiva es una cirugía para corregir la apariencia de rasgos o características del cuerpo de apariencia anormal ocasionados por defectos de nacimiento, una Lesión, tumores o una infección. Un rasgo o una característica del cuerpo tiene una apariencia anormal cuando una persona promedio consideraría que se encuentra fuera del rango de las variaciones generales de la apariencia normal de los seres humanos. La Cirugía reconstructiva incluye cirugía para mejorar el funcionamiento de una estructura craneofacial anormal ocasionada por defectos congénitos, deformidades del desarrollo, traumatismo, tumores, infecciones o enfermedades, o para intentar crear una apariencia normal de dicha estructura. La Cirugía reconstructiva también incluye la “reconstrucción de un seno” que se vuelve necesaria a causa de una mastectomía o tumorectomía a fin de lograr simetría entre los senos o recuperar dicha simetría. Esto incluye la reconstrucción quirúrgica de un seno en el cual se ha practicado una mastectomía y la reconstrucción quirúrgica de un seno en el cual no se ha practicado una mastectomía.

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

Suministros relacionados son suministros para diabéticos (agujas y jeringas para 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), y 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 la insulina recetada para el uso del Miembro.

Área de servicio significa el área en que Cigna tiene una red de Proveedores participantes para que esta EOC utilice. Para buscar un Proveedor que participe en la red utilizada por esta EOC, 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:

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

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

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

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

- 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 EOC.

Servicios y suministros específicos para diabéticos son servicios y suministros específicos proporcionados o recetados para el tratamiento directo de la diabetes, lo que incluye Capacitación y educación para el autocontrol de la diabetes, Equipos para 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, monitores de glucosa en sangre especificados en la Lista de medicamentos con receta de Cigna; lancetas y dispositivos de lancetas, adaptadores para inyecciones; incluidos los dispositivos utilizados para ayudar con la inyección de insulina y sistemas sin aguja; 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 INDHMOIL01-2021

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

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

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.

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 un Miembro que es amerindio o nativo de Alaska únicamente, una organización de tribus indígenas o tribal que opera un programa, servicio, función, actividad o centro de salud financiado, en forma total o parcial, por el Servicio de salud para indígenas a través de un contrato o convenio con el Servicio de salud para indígenas conforme a la Ley de Autodeterminación y Asistencia para la Educación para Indígenas (Indian Self-Determination and Education Assistance Act) (artículo 450 y sig. del título 25 del USC).

Servicio de atención virtual es un conjunto de Servicios médicos cubiertos que se brindan a través de audio, video y tecnologías basadas en Internet seguras. Incluye la asesoría para pacientes diabéticos, incluso por medios virtuales.

Nosotros/Nos/Nuestro: Cigna HealthCare of Illinois, Inc. (Cigna).

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

¿Quiénes cumplen con los requisitos para obtener la cobertura?

Requisitos de elegibilidad

Usted cumplirá con los requisitos para recibir cobertura en virtud de esta EOC 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 Illinois; 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 Suscriptor deberá notificarnos acerca de todos los cambios que puedan incidir en el hecho de que cualquier Miembro cumpla o no con los requisitos de esta EOC.

Otros Miembros pueden incluir a los siguientes Miembros de Su familia:

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

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

Si un juez resuelve que el Suscriptor debe brindar cobertura a un hijo que cumple con los requisitos (según se definió anteriormente), la cobertura será automática durante los primeros 31 días a partir de la fecha en que se dicte dicha orden judicial.

Para que el niño continúe teniendo cobertura después de ese plazo, Usted debe inscribirlo como un Miembro de la familia solicitando su inscripción como Miembro de la familia dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha de la orden judicial y pagando las Primas adicionales necesarias. La cobertura ordenada judicialmente de un hijo dependiente inscrito dentro de los 60 días a partir de la orden judicial será retroactiva a la fecha de dicha orden.

- Sus hijastros que vivan en el Área de inscripción y todavía no hayan cumplido los 26 años
- Su dependiente que sea veterano militar, soltero y que no haya cumplido los 30 años si el veterano (i) es residente de Illinois, (ii) prestó servicios como miembro de alguna de las ramas de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, ya sea como parte de los efectivos activos o de reserva, y (iii) fue relevado del servicio militar o dado de baja, siempre que no haya sido una baja deshonrosa. Para reunir los requisitos, el dependiente que cumpla con los requisitos debe enviar a la aseguradora un formulario aprobado por el Departamento de Asuntos de Veteranos de Illinois en el que se establezca la fecha en que el dependiente fue dado de baja del servicio.
- Sus hijos solteros, o los de Su cónyuge o pareja en una Unión civil, cualquiera sea su edad, inscritos antes de los 26 años, que no sean capaces de mantenerse a sí mismos debido a una incapacidad física o intelectual continua y médicamente certificada, y que dependan principalmente del Miembro para su apoyo y manutención. Es posible que Cigna exija que se presente un comprobante por escrito de dicha incapacidad y dependencia en el término de 31 días después del cumpleaños número 26 del hijo en cuestión.

NOTA: Un niño inscrito como Miembro de la familia en virtud de esta EOC que viva 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 un Suscriptor puede agregar dependientes y cambiar la cobertura.

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

Período de inscripción abierta anual

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

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

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

Períodos de inscripción especiales

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

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

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

- Una persona que cumple con los requisitos, y Su(s) dependiente(s), si lo(s) tuviera, pierden su cobertura esencial mínima; o
- Una persona que cumple con los requisitos y Su(s) dependiente(s) pierden la cobertura de un plan de salud patrocinado por el empleador debido a la finalización de la relación laboral en forma voluntaria o involuntaria por motivos que no sean mala conducta, o debido a una reducción de las horas de trabajo; o
- Una persona que cumple con los requisitos agrega un dependiente o se convierte en dependiente por matrimonio (NOTA: la inscripción especial por matrimonio se aplica únicamente si al menos uno de los cónyuges estuvo inscrito en un plan del intercambio al menos 1 día de los 60 días anteriores al matrimonio; o vivió en el exterior durante 1 día o más en los 60 días anteriores al matrimonio, o es amerindio o nativo de Alaska), nacimiento, adopción o tutela para la adopción; o a través de una orden para manutención de los hijos u otra orden judicial; o
- Un cónyuge o hijo dependiente que cumple con los requisitos pierde la cobertura de un plan de salud patrocinado por el empleador porque el empleado adquiere el derecho a recibir Medicare, o debido al divorcio o la separación legal del empleado cubierto o la muerte del empleado cubierto; o
- Una persona que cumple con los requisitos pierde su condición de hijo dependiente en virtud de un plan de salud patrocinado por el empleador de uno de sus padres; o
- Una persona que anteriormente no era ciudadana, no tenía la nacionalidad o no era una persona con presencia legal adquirió dicho estado; o
- La inscripción o no inscripción de una persona que cumple con los requisitos en un plan de salud calificado (QHP, por sus siglas en inglés) no es intencional, es involuntaria o es errónea, y como resultado del error, la tergiversación o la omisión de un funcionario, empleado o agente del Mercado estatal o del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), o sus organismos, según lo determine el Mercado. En esos casos, el Mercado puede tomar las medidas necesarias para corregir o eliminar los efectos de dicho error, tergiversación o acción; o
- Se determina que una persona que cumple con los requisitos ha empezado a cumplir o ha dejado de cumplir recientemente con los requisitos para recibir pagos adelantados del crédito fiscal por las Primas o ha experimentado un cambio en el cumplimiento de los requisitos para las reducciones en los Costos compartidos, independientemente de que dicha persona ya esté inscrita en un QHP. El Mercado debe permitir que las personas cuya cobertura actual a través de un plan patrocinado por el empleador que cumple con los requisitos deje de tener un precio razonable o de brindar un valor mínimo para el próximo año del plan de su empleador tengan acceso a este período de inscripción especial antes de que finalice su cobertura a través de dicho plan patrocinado por el empleador que cumple con los requisitos; o
- Una persona que cumple con los requisitos obtiene acceso a nuevos QHP como resultado de una mudanza permanente (que incluye mudarse fuera del Área de inscripción del plan actual de la persona).

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

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

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

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

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

- Una persona que cumple con los requisitos, y Su(s) dependiente(s), si lo(s) tuviera, pierden su cobertura esencial mínima, cobertura de Medicare/Medicaid relacionada con el embarazo o cobertura Médicamente necesaria (solamente una vez por año calendario), o la persona o el dependiente que cumple con los requisitos se inscribe en cualquier cobertura de seguro de salud individual o colectivo que no se rige por el año calendario (incluso si tiene la opción de renovar dicha cobertura). La fecha de la pérdida de la cobertura esencial mínima, la cobertura relacionada con el embarazo o la cobertura Médicamente necesaria es el último día en que la persona tendría cobertura en virtud del plan. La fecha de la pérdida del seguro que no se rige por el año calendario es el último día del Año del plan o la póliza; o

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

que dicha persona no cumple con los requisitos para recibir una cobertura que cumple con los requisitos en un plan patrocinado por el empleador elegible, incluso como resultado del hecho de que su empleador haya interrumpido o cambiado la cobertura disponible dentro de los siguientes 60 días, siempre que dicha persona tenga permitido cancelar la cobertura existente;

- Una persona que cumple con los requisitos, que anteriormente no cumplía con los requisitos para recibir APTC debido a que tenía ingresos familiares de menos del 100% del nivel de pobreza federal (FPL, por sus siglas en inglés) y que tampoco cumplía con los requisitos para Medicaid porque vivía en un estado que no cuenta con la expansión de Medicaid, experimenta un cambio en los ingresos o se muda a otro estado, lo que hace que empiece a cumplir con los requisitos para recibir APTC.
- El Mercado debe permitir que las personas cuya cobertura actual a través de un plan patrocinado por el empleador que cumple con los requisitos deje de tener un precio razonable o de brindar un valor mínimo para el próximo año del plan de su empleador tengan acceso a este período de inscripción especial antes de que finalice su cobertura a través de dicho plan patrocinado por el empleador que cumple con los requisitos; o
- Una persona que cumple con los requisitos obtiene acceso a un nuevo QHP como resultado de una mudanza permanente (que incluye mudarse fuera del Área de inscripción del plan actual de la persona) y (1) tuvo cobertura esencial mínima durante uno o más días durante los 60 días anteriores a la fecha de la mudanza, o (2) vivía fuera de los Estados Unidos; o
- La persona que cumple con los requisitos y que adquiere o mantiene la condición de 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), puede inscribirse en un plan de salud calificado o cambiarse de un plan de salud calificado a otro una vez al mes; o
- Una persona que cumple con los requisitos o una persona inscrita demuestra al Mercado, de acuerdo con pautas emitidas por el HHS, que cumple con otras condiciones excepcionales que pueda establecer el Mercado; o una persona que cumple con los requisitos (o su dependiente) y que está inscrita en la cobertura esencial mínima, y es víctima de violencia familiar o abandono conyugal procura inscribirse en una cobertura separada de la del autor del hecho; o
- Una persona o un dependiente que cumple con los requisitos solicita cobertura del Mercado, de Medicaid o de Children's Health Insurance Program (CHIP) durante la inscripción abierta o debido a un acontecimiento de la vida habilitante, pero se determina que no cumple con los requisitos para recibir cobertura de Medicaid o CHIP después de que finalizó el Período de inscripción abierta anual del intercambio o más de 60 días después de un evento de la vida habilitante; o
- La persona o persona inscrita que cumple con los requisitos (o su dependiente) demuestra en forma adecuada al Mercado que un error sustancial relacionado con los beneficios del plan, el Área de servicio o la Prima influyó en su decisión de contratar un QHP; o
- A discreción del Mercado, la persona que cumple con los requisitos proporciona evidencia satisfactoria para verificar que cumple con los requisitos de un programa que ayude a pagar los costos del seguro o la inscripción en un QHP luego de la cancelación de la inscripción en el intercambio debido a que no se pudo verificar dicho estado dentro de los períodos establecidos, o está por debajo del 100% del nivel de pobreza federal y no se inscribió en una cobertura mientras esperaba que el HHS verificara la ciudadanía, la nacionalidad o la presencia legal.
- Una persona que cumple con los requisitos acaba de obtener acceso a una cuenta de reembolso de una cobertura individual patrocinada por el empleador (ICHRA, por sus siglas en inglés).
- 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 COBRA antes del vencimiento de la cobertura en virtud de COBRA; ni las situaciones que justifiquen una rescisión en virtud del artículo 147.128, título 45 del CFR.

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

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

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

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

Causas específicas que impiden cumplir con los requisitos para recibir cobertura

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

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

Continuación

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

Cómo funciona la EOC

Nota: Los servicios brindados por un Proveedor no participante (Fuera de la red) no están cubiertos en virtud de esta EOC, salvo los Servicios de emergencia.

Programa de beneficios

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

No se pagará ningún beneficio a menos que la cobertura del Miembro 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 EOC.

Además, no se pagará ningún beneficio a menos que el Miembro 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 al Miembro por servicios que no sean Servicios cubiertos en virtud de la EOC. Además, los Proveedores participantes Nos presentarán reclamos correspondientes al Miembro 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 EOC no cubre los gastos incurridos en concepto de servicios prestados por Proveedores no participantes, salvo en las situaciones limitadas que se describen debajo. Su Costo compartido por los Gastos cubiertos incurridos en concepto de los servicios de un Proveedor no participante en estas circunstancias especiales se indica en el programa de beneficios.

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

▪ **Servicios de emergencia**

Los Gastos cubiertos incurridos por el tratamiento de una 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 tiene una Referencia de Su PCP participante a un Proveedor no participante; o
- por cualquier otro motivo por el que determinemos que es mejor para Usted recibir servicios de un Proveedor no participante.

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

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

Tenga en cuenta lo siguiente: Los Servicios de emergencia que un Proveedor no participante les proporcione a Usted o los Miembros de Su familia se reembolsarán a un costo no mayor para Usted que si un Proveedor participante hubiera prestado los servicios.

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

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

Si requiere cuidados especializados o una admisión hospitalaria, Su PCP o la línea Cigna HealthCare 24-Hour Health Information LineSM coordinará dichos cuidados o admisión, y se ocupará de las autorizaciones necesarias para los cuidados o la hospitalización. Hay Proveedores participantes de guardia las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana para ayudarle cuando necesita Servicios de emergencia.

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

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

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

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

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

Deducibles

Los Deducibles son cantidades establecidas de Gastos cubiertos que el Miembro 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 EOC, salvo que en el programa de beneficios se indique expresamente lo contrario. Los Deducibles no incluyen ninguna cantidad que supere los Cargos máximos reembolsables, ninguna multa ni ningún gasto que no sea un Gasto cubierto.

Los Deducibles se aplicarán en el orden en el cual Nosotros recibamos y procesemos los reclamos de un Miembro, no necesariamente en el orden en el cual el Miembro 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. Un Miembro puede alcanzar su Deducible de dos maneras:

- Cuando un Miembro alcance su Deducible individual, los beneficios de ese Miembro 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 EOC, se aplicará el Deducible familiar. Cada Miembro puede aportar, como máximo, la cantidad del Deducible individual al Deducible familiar. Una vez que se cumpla con este Deducible familiar, no se requerirá ningún otro Deducible individual ni familiar durante el resto de ese Año.

Desembolso máximo

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

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

Límites especiales

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

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

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. Se le aplicarán multas a Su Proveedor si no obtiene Autorización previa.

- Admisiones Hospitalarias como paciente internado y admisiones a todos los demás centros Servicios de un Centro quirúrgico independiente para pacientes ambulatorios
- Determinados procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico para pacientes ambulatorios

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

Beneficios integrales: Cobertura de la EOC

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 EOC, 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 EOC de un plan HMO 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 EOC. Todos los servicios se pagarán conforme a los porcentajes estipulados en el programa de beneficios, con sujeción a los límites establecidos en la sección titulada “Cómo funciona la EOC”.

A continuación, se incluye una descripción general de los suministros y servicios por los cuales la EOC 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 EOC.

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 EOC. Estos beneficios están sujetos a las obligaciones de cualquier compañía de seguros anterior en virtud de un contrato o ley estatal.

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 EOC brinda los beneficios indicados para Gastos cubiertos por:

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

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

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

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 EOC brinda los beneficios indicados para Gastos cubiertos por los servicios y suministros para pacientes internados proporcionados por Otro centro de cuidado de la salud, excepto los Cargos por habitaciones privadas que superen la tarifa de una habitación doble vigente en el centro. El pago de los beneficios por servicios de Otros centros de cuidado de la salud se encuentra sujeto a todas las siguientes condiciones:

- El Miembro debe ser referido 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.
- El Miembro debe permanecer bajo la supervisión médica activa de un Médico que trate la Enfermedad o Lesión por la cual está internado en Otro centro de cuidado de la salud.

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

Atención de enfermos terminales

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

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

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

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

Servicios profesionales y otros servicios

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

- Servicios de un Médico, el asistente de un médico, un asistente quirúrgico con licencia o una enfermera especialista de práctica avanzada.
- Servicios de atención virtual.
- Servicios de un anestesiólogo o anestesista.
- Servicios de diagnóstico radiológicos y de laboratorio para pacientes ambulatorios.
- Tratamiento de radioterapia, quimioterapia y hemodiálisis.
- Implantes quirúrgicos, excepto implantes estéticos y dentales.
- Procedimientos quirúrgicos de esterilización (como vasectomía y/o ligaduras de trompas).
- 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.
- Implantes cocleares.
- Pruebas, tratamiento e inyecciones para la alergia.

Equipo médico duradero

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

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

Nota: Los equipos y suministros médicos deben cumplir con todos los requisitos anteriores para poder recibir beneficios en virtud de esta EOC. 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 Miembro.

Suministros médicos y quirúrgicos

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

Servicios de ambulancia

Esta EOC 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 para situaciones de emergencia, incluido el transporte aéreo y terrestre hacia el centro más cercano capaz de manejar la emergencia.

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

Terapia ocupacional

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

Fisioterapia

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

Se brinda cobertura para el uso terapéutico del calor, frío, ejercicio, electricidad, luz ultravioleta o masajes para mejorar la circulación, fortalecer los músculos, favorecer la recuperación de la movilidad o como parte del tratamiento de una Enfermedad o Lesión; y el manejo conservador de condiciones neuromusculoesqueléticas agudas mediante manipulación y tratamiento fisiológico auxiliar en articulaciones específicas con el fin de restaurar el movimiento, reducir el dolor y mejorar la funcionalidad se pagará hasta alcanzar la cantidad máxima de visitas que se establece en el programa de beneficios.

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

Terapia del habla

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

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

Rehabilitación pulmonar y cardíaca

Esta EOC brinda beneficios para Gastos cubiertos incurridos por rehabilitación pulmonar y por rehabilitación cardíaca de fase II, en forma ambulatoria, después de que el paciente reciba un diagnóstico de una 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 establecimiento recreativo, principalmente para mantener el estado que el paciente alcanzó a través de las fases I y II. La fase IV es una modalidad avanzada de la fase III que incluye una participación más activa y entrenamiento con peso.

Servicios naprapáticos

Se brinda cobertura para servicios naprapáticos como si se tratara de beneficios para cualquier otra condición, hasta alcanzar cualquier límite de visitas que se indique en el programa de beneficios.

Servicios quiroprácticos

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

Servicios de terapia de masajes

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

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

La cobertura se limita a servicios de terapia que sean de restauración. Los servicios de terapia de restauración son servicios diseñados para restaurar niveles de funcionamiento que habían existido anteriormente, pero que se perdieron como resultado de una Lesión o Enfermedad. Los servicios de terapia de restauración no incluyen tratamientos diseñados para adquirir niveles de funcionamiento que no se habían logrado antes de la Lesión o Enfermedad. No se cubren los servicios cuando el Director médico de Cigna considera que son de custodia, capacitación, educativos o del desarrollo. La Terapia ocupacional se brinda con el único propósito de permitir

INDHMOIL01-2021

01/21

Cigna HealthCare of Illinois, Inc. Cigna Connect 2600-2 Diabetes Care

MIHM0270

a los Miembros realizar actividades de la vida cotidiana luego de una Lesión o Enfermedad. Nota: Esta disposición no se aplica a los servicios de Terapia de rehabilitación.

Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca

Esta EOC brinda beneficios para Gastos cubiertos incurridos por rehabilitación pulmonar y por rehabilitación cardíaca de Fase II, en forma ambulatoria, después de que el paciente reciba un diagnóstico de una 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.

Servicios de habilitación

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

Esta EOC 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 Salud mental y Trastorno de consumo de sustancias

Esta EOC brinda beneficios para Servicios cubiertos como se indica a continuación para la evaluación y el tratamiento de la Salud mental y los Trastornos de consumo de sustancias de pacientes internados y ambulatorios. Los servicios de Salud mental y para Trastornos de consumo de sustancias que no están cubiertos por esta EOC se detallan en la sección “Exclusiones y limitaciones de los beneficios: Lo que esta EOC no cubre”.

Servicios para pacientes internados

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

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

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

Servicios para pacientes ambulatorios

Los beneficios incluyen los Servicios cubiertos brindados por Proveedores 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.
- Tratamiento de condiciones de Salud mental por parte de proveedor o terapeuta con licencia mediante Telepsiquiatría.
- 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.

Modelo de atención psiquiátrica colaborativa

Este plan brinda beneficios para Servicios cubiertos brindados a través del modelo de atención psiquiátrica colaborativa. En virtud de la legislación de IL, “modelo de atención psiquiátrica colaborativa” significa un método de prestación de servicios de salud del comportamiento integrado, basado en evidencias, que incluye un acuerdo de colaboración formal entre un equipo de cuidado primario que incluye un Proveedor de cuidado primario, un administrador de casos y un consultor psiquiátrico, e incluye, a modo de ejemplo, los siguientes elementos:

- 1) atención dirigida por el equipo de cuidado primario;
- 2) administración de la atención estructurada;
- 3) evaluaciones regulares del estado clínico usando herramientas validadas; y
- 4) modificación del tratamiento según corresponda.

La atención brindada a través del modelo de atención psiquiátrica colaborativa se reembolsa del mismo modo que cualquier otro tratamiento para la Salud mental y el Trastorno de consumo de sustancias.

Cuidado dental

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

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

Cuidado para el embarazo y la maternidad

Se brinda cobertura para la atención médica, quirúrgica y hospitalaria durante el embarazo, el parto y el período posparto después de un parto normal, una cesárea, un aborto provocado o no provocado, y complicaciones del embarazo, y cuando exista un riesgo para Usted, la madre, y Sus dependientes, lo que incluye el embarazo de hijos dependientes. La cobertura incluye la prueba de detección de VIH prenatal si la indica un Médico o si se realiza bajo su supervisión.

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

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

Servicios de cuidado preventivo

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

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

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

- Examen de detección del cáncer de próstata, que incluye el examen rectal digital Anual y la prueba de antígeno prostático específico para hombres si lo recomienda un Médico para:
 - hombres asintomáticos de 50 años en adelante;
 - hombres afroamericanos de 40 años en adelante;
 - hombres de 40 años en adelante con antecedentes familiares de cáncer de próstata.
- Examen de detección de cáncer de pulmón Anualmente con una tomografía computarizada de baja dosis para adultos de 55 años en adelante que hayan fumado 30 paquetes al año y que fumen actualmente o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años.
- Examen de control del colesterol para adultos de determinadas edades o con alto riesgo.
- Examen de detección de diabetes tipo 2 en caso de nivel de glucosa anormal para adultos con presión arterial alta y/o como parte de una evaluación de riesgo cardiovascular en adultos de 40 años en adelante que tienen sobrepeso o son obesos.
- Examen de detección de VIH para todas las personas de 15 a 65 años.
- Examen de detección de VIH para todos los adultos con mayor riesgo y examen de detección de sífilis para los adultos con mayor riesgo.
- Examen de detección de hepatitis C para las personas con un alto riesgo de infección.
- Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal para hombres que han fumado alguna vez.
- Examen de detección del cáncer colorrectal para adultos de más de 50 años.
- Artículos o servicios que tengan una calificación A o B en las recomendaciones vigentes del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés).
- Vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, que incluyen hepatitis A, hepatitis B, herpes zóster, virus del papiloma humano, antigripal, sarampión, paperas, rubéola, antimeningocócica, antineumocócica, tétanos, difteria, tos ferina y varicela.
- Vacuna contra el herpes zóster aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos si la vacuna la indica un Médico con licencia para ejercer todas las ramas de la medicina y si la persona inscrita tiene 60 años o más.
- Prevención de caídas en adultos mayores.
- Para bebés, niños y adolescentes, cuidado preventivo y exámenes de detección basados en evidencias contemplados en las pautas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud, que incluyen, a modo de ejemplo:
 - examen de detección de hipotiroidismo congénito, examen de audición, examen de detección de hemoglobinopatías o anemia drepanocítica y fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) para todos los Recién nacidos;
 - medicación preventiva contra la gonorrea para los ojos de todos los Recién nacidos.
 - las siguientes vacunas de inmunización para los niños desde el nacimiento hasta los 18 años (las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas varían): hepatitis A, hepatitis B, virus del papiloma humano, antigripal, sarampión, paperas, rubéola, antimeningocócica, antineumocócica, tétanos, difteria, tos ferina, varicela, Haemophilus influenzae tipo B, rotavirus y antipoliomielítica inactivada;
 - cualquier otra vacuna que la ley requiera para un niño. Las inyecciones para alergias no se consideran vacunas en virtud de esta disposición sobre beneficios.

- suplementos de hierro para niños de 6 a 12 meses con riesgo de sufrir anemia;
- examen de evaluación del desarrollo para niños menores de 3 años y control durante la infancia;
- evaluación de riesgos de la salud bucal para los niños más pequeños;
- examen de la vista para todos los niños e historia clínica para todos los niños a lo largo del desarrollo;
- suplementos de quimioprevención con flúor para niños sin flúor en su fuente de agua a partir de los 6 meses; los médicos clínicos de cuidado primario deben aplicar un barniz de flúor a los dientes primarios de todos los bebés y niños a partir del momento de su erupción;
- examen de detección de plomo para niños en riesgo de exposición y examen de tuberculina para niños con mayor riesgo de contraer tuberculosis en las siguientes edades como parte de una visita preventiva infantil (niño sano):
 - 0 a 11 meses;
 - 1 a 4 años;
 - 5 a 10 años;
 - 11 a 14 años; y
 - 15 a 17 años;
- evaluaciones del comportamiento y controles de la presión arterial para niños de todas las edades;
- examen de detección de autismo cualquiera sea la edad de la Persona cubierta;
- examen de detección de dislipidemia para niños con mayor riesgo de trastorno lipídico;
- mediciones de la estatura, el peso y el índice de masa corporal;
- examen de detección de obesidad y asesoría sobre el tema;
- prueba de hemoglobina o hematocrito;
- examen de detección de depresión para adolescentes;
- examen de detección de consumo de alcohol y drogas para adolescentes;
- examen de detección de displasia del cuello uterino para mujeres sexualmente activas;
- educación sobre prevención del VIH y evaluaciones de riesgo Anuales para adolescentes;
- examen de detección del VIH y prevención y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) para los adolescentes con mayor riesgo;
- examen de detección de consumo de tabaco e intervenciones para dejar de fumar, incluso educación o asesoría breve para evitar comenzar a consumir tabaco para niños de edad escolar y adolescentes, para consumidores de tabaco;
- asesoría del comportamiento en relación con el cáncer de piel para adultos jóvenes, adolescentes y padres de niños pequeños, desde 6 meses hasta 24 años.

- Para las mujeres, incluso las mujeres embarazadas, el cuidado preventivo y los exámenes de detección adicionales que estén contemplados en las pautas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud, que incluyen, a modo de ejemplo:
 - visitas preventivas femeninas para recibir servicios preventivos recomendados;
 - asesoría sobre pruebas genéticas para cáncer de seno y sobre quimioprevención del cáncer de seno para mujeres con mayor riesgo;
 - examen de detección de gonorrea para todas las mujeres con mayor riesgo;
 - examen de detección de infección por clamidia para mujeres jóvenes y mujeres adultas con mayor riesgo;
 - examen de detección de incontinencia urinaria;
 - examen de detección de cáncer de cuello uterino, examen de detección del VIH y asesoría sobre infecciones de transmisión sexual (STI) para las mujeres sexualmente activas;
 - educación sobre prevención del VIH y evaluación de riesgo para mujeres, al menos, en forma Anual durante toda su vida;
 - prueba del virus del papiloma humano (VPH): pruebas de ADN para la detección de VPH en casos de alto riesgo cada 3 años para mujeres con resultados normales de los exámenes de citología de 30 años en adelante;
 - examen de detección de osteoporosis para mujeres de 60 años en adelante, según los factores de riesgo;
 - examen de detección de violencia familiar e interpersonal, y asesoría sobre el tema para todas las mujeres;
 - examen de detección de consumo indebido de alcohol y asesoría sobre el tema;
 - examen de detección de consumo de tabaco e intervenciones para dejar de fumar para consumidoras de tabaco, y asesoría ampliada para mujeres embarazadas que consumen tabaco;
 - anticonceptivos: métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, procedimientos de esterilización y educación y asesoría para pacientes, lo que no incluye medicamentos abortivos;
 - suplementos de ácido fólico para mujeres que puedan quedar embarazadas;
 - aspirina de baja dosis (81 mg/día) después de 12 semanas de gestación para mujeres con alto riesgo de sufrir preeclampsia;
 - examen de detección de hepatitis B para mujeres embarazadas, en su primera visita prenatal;
 - examen de detección de sífilis para todas las mujeres embarazadas u otras mujeres con mayor riesgo;
 - prueba de incompatibilidad de Rh para todas las mujeres embarazadas y pruebas de seguimiento para mujeres con mayor riesgo;
 - examen de detección de anemia de forma rutinaria para mujeres embarazadas;
 - examen de detección de bacteriuria, infección urinaria u otras infecciones para mujeres embarazadas;
 - examen de detección de diabetes gestacional para mujeres con 24 a 28 semanas de embarazo y para quienes tienen un mayor riesgo de contraer diabetes gestacional;
 - examen de detección de diabetes después del embarazo;

- apoyo integral para la lactancia y asesoría de Proveedores capacitados, así como acceso a suministros para la lactancia, incluso cobertura del alquiler de un sacaleches por nacimiento hasta el precio de compra, según lo indique o recete un Médico para mujeres embarazadas o que estén amamantando.
- examen clínico de los senos

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

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

Segunda opinión para cirugías

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

Pruebas genéticas

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

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

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

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

Trastornos del espectro autista

Esta EOC brinda beneficios para Gastos cubiertos para los Miembros 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, planificación motora, y
 - e) procesamiento sensorial.

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 donante fallecido o vivo. Los costos de la obtención del órgano consisten en la intervención quirúrgica necesaria para la extirpación del órgano, el transporte del órgano y el transporte, la hospitalización y la cirugía del donante vivo. Los cargos por pruebas de compatibilidad realizadas antes de la obtención gozan de cobertura si resultan Médicamente necesarias. También están cubiertos los costos relacionados con la búsqueda y la identificación de un donante de médula ósea o células madre para un trasplante alogénico.

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

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

Servicios de viaje para trasplantes

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

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

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

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

- costos de viaje incurridos debido a un viaje dentro de menos sesenta (60) millas de Su hogar;
- alimentos y comidas;
- facturas de lavandería;
- facturas de teléfono;

- productos con alcohol o tabaco; y
- gastos de transporte en aerolíneas que superen las tarifas de clase económica.

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

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

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

Diabetes

Los Servicios cubiertos para la diabetes se cubren como si se tratara de cualquier otra condición médica. Esta EOC 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.

Proveedores en país extranjero

Esta EOC 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 el Miembro 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 al Miembro. El Miembro es responsable de pagarle al Proveedor en país extranjero. El Miembro 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 EOC, y no podrán superar lo que se habría pagado si el servicio o suministro se hubiera recibido en los Estados Unidos.

Servicios de cuidado de la salud en el hogar

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

Los servicios de salud en el hogar son aquellos servicios de cuidado de la salud especializados que se pueden brindar durante las visitas de Otros profesionales de cuidado de la salud, incluidos los servicios Médicamente necesarios de un trabajador social médico. Los servicios de un asistente de salud en el hogar están cubiertos cuando se prestan en apoyo directo a los servicios de cuidado de la salud especializados proporcionados por Otros proveedores de cuidado de la salud. Una visita se define como un período de 2 horas o menos. Los suministros médicos de consumo y la terapia de infusión en el hogar necesarios aplicados o utilizados por Proveedores para brindar servicios de salud en el hogar están cubiertos. Los

servicios de salud en el hogar no incluyen servicios de una persona que sea miembro de Su familia o de la familia de Su dependiente, o que normalmente resida en Su hogar o en el hogar de Su dependiente, aunque esa persona sea un Proveedor. Los servicios de cuidados especiales o servicios de personal de enfermería privada proporcionados en el hogar están sujetos a los términos, condiciones y limitaciones de beneficios de los servicios de salud en el hogar.

Esta EOC brinda beneficios para Gastos cubiertos por servicios de salud en el hogar indicados por el Médico que trate Su condición cuando se cumplan los siguientes criterios:

- El cuidado descrito en el plan de cuidados corresponde a servicios de cuidados especiales intermitentes, Fisioterapia, Terapia ocupacional y otros servicios de Terapia de rehabilitación a corto plazo.
- El Miembro debe estar internado en su hogar, en lugar de hospitalizado, bajo la supervisión activa de un Médico.
- La agencia de salud en el hogar que brinde los cuidados debe estar certificada dentro del estado donde se reciban los cuidados.
- Los cuidados que se proporcionan no son Cuidados de custodia.

El Médico debe estar tratando la Enfermedad o Lesión que necesita cuidados de la salud en el hogar. **Los servicios de salud en el hogar están limitados al máximo combinado de visitas por Año que se detalla en el programa de beneficios.**

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

Mastectomía y procedimientos relacionados

Esta EOC brinda beneficios para Gastos cubiertos por servicios hospitalarios y profesionales en virtud de esta EOC por mastectomía y disección de ganglios linfáticos para el tratamiento del cáncer de seno y para el tratamiento de las complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, como linfedemas, independientemente de que la mastectomía se haya realizado o no mientras el Miembro estaba cubierto por esta EOC. 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.

La extirpación de un implante de seno y la Cirugía reconstructiva posterior se cubrirán cuando sea Médicamente necesario para tratar una Enfermedad o Lesión.

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

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

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

Nota: No se denegará la cobertura para un Miembro con diagnóstico de senos fibroquísticos únicamente porque recibió el diagnóstico de dicha condición.

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 EOC para ningún diagnóstico, incluida la TMJ.

Aparatos y dispositivos protésicos externos

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

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

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 el Miembro 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.

- 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 Miembros con sensación periférica disminuida y/o circulación periférica alterada (por ejemplo, la neuropatía diabética y la enfermedad vascular periférica);
 - b. Cuando el Aparato ortopédico para pies es una parte integral de un soporte para extremidades inferiores y es necesario para el funcionamiento apropiado del soporte;
 - c. Cuando el Aparato ortopédico para pies se utiliza para reemplazar o sustituir partes faltantes del pie (por ejemplo, amputación), y es necesario para el alivio o la corrección de una Enfermedad, Lesión o defecto congénito; y
 - d. Para Miembros con 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 del Miembro; y
- Se proporcionará el reemplazo cuando los cambios anatómicos vuelvan ineficaz al Aparato o dispositivo protésico externo. El cambio anatómico incluye el aumento o pérdida de peso significativos, atrofia y/o crecimiento.

Estudios clínicos

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

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

A los fines de los estudios clínicos, el término “enfermedad o 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.

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

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

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

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

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

- el artículo, dispositivo o servicio en investigación en sí mismo;
- artículos y servicios que se brinden únicamente para satisfacer necesidades de recopilación y análisis de datos, y que no se usen en el tratamiento clínico directo del paciente;
- transporte, alojamiento, comida u otros gastos para el paciente o un familiar o acompañante del paciente que estén asociados con el viaje hacia y desde un centro en que se esté realizando el estudio clínico;
- cualquier servicio, artículo o medicamento que un patrocinador del estudio clínico proporcione sin cargo a cualquier paciente nuevo; o
- cualquier servicio, artículo o medicamento que cumple con los requisitos para recibir un reembolso de una fuente que no sea la póliza de una persona cubierta, incluso un patrocinador del estudio clínico.

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

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

Servicios bariátricos

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

Sangre y componentes de la sangre

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

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

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

Hospitalización/anestesia para procedimientos dentales

Se brinda cobertura para servicios de anestesia y de un Hospital o un centro en relación con un procedimiento dental a fin de realizarlo de manera segura y eficaz para un miembro que: es un niño; tiene una condición médica que requiere hospitalización o anestesia general para el cuidado dental; tiene una incapacidad mental o física crónica, o autismo que limita sustancialmente una o más de las actividades importantes de la vida.

Servicios y suministros para diabéticos

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

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

Leche materna donada

Esta EOC incluye cobertura para leche materna humana pasteurizada donada, que puede incluir fortificadores de leche humana si los receta un profesional médico con licencia, si:

- el Miembro es un bebé menor de 6 meses,
- un profesional médico con licencia receta la leche para el Miembro; y
- se cumplen todas las condiciones indicadas a continuación:
 - 1) la leche se obtiene de un banco de leche humana que cumple con las pautas de calidad establecidas por la Human Milk Banking Association of North America o que tiene una licencia otorgada por el Departamento de Salud Pública;
 - 2) la mamá del bebé tiene una incapacidad médica o física para producir leche materna o producir leche materna en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades del bebé, o la leche materna está contraindicada;
 - 3) se ha determinado que la leche es Médicamente necesaria para el bebé; y
 - 4) se aplican una o más de las siguientes condiciones:
 - A. el bebé pesa menos de 1,500 gramos;
 - B. el bebé tiene una condición congénita o adquirida que aumenta su riesgo de desarrollar enterocolitis necrotizante;
 - C. el bebé tiene hipoglucemia neonatal;
 - D. el bebé tiene enfermedad cardíaca congénita;
 - E. al bebé se le realizó o se le realizará un trasplante de órganos;
 - F. el bebé tiene septicemia; o
 - G. el bebé tiene alguna otra condición congénita o adquirida grave para la cual el uso de leche materna humana donada es Médicamente necesario y favorece el tratamiento y la recuperación del bebé.

La EOC también brinda cobertura para leche materna humana pasteurizada donada, que puede incluir fortificadores de leche humana si los receta un profesional médico con licencia, si:

- el Miembro es un niño de entre 6 y 12 meses,
- un profesional médico con licencia receta la leche para el Miembro; y
- se cumplen todas las condiciones indicadas a continuación:
 - 1) la leche se obtiene de un banco de leche humana que cumple con las pautas de calidad establecidas por la Human Milk Banking Association of North America o que tiene una licencia otorgada por el Departamento de Salud Pública;
 - 2) la mamá del niño tiene una incapacidad médica o física para producir leche materna o producir leche materna en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades del niño, o la leche materna está contraindicada;
 - 3) se ha determinado que la leche es Médicamente necesaria para el niño; y
 - 4) se aplican una o más de las siguientes condiciones:
 - A. el niño tiene atrofia muscular espinal;
 - B. el peso del niño a nacer fue de menos de 1,500 gramos y tiene complicaciones gastrointestinales o vinculadas con la alimentación a largo plazo relacionadas con su nacimiento prematuro;
 - C. al niño se le realizó o se le realizará un trasplante de órganos; o
 - D. el niño tiene una condición congénita o adquirida para la cual el uso de leche materna humana donada es Médicamente necesario y favorece el tratamiento y la recuperación del niño.

Trastorno gastrointestinal eosinofílico

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

Aparatos auditivos

Se brinda cobertura para aparatos auditivos, implantes cocleares y aparatos auditivos implantados en el hueso (implantes auditivos osteointegrados) hasta alcanzar el límite indicado en el programa de beneficios. Máximo de 1 por oído cada 24 meses para adultos y niños. No se aplican máximos en dólares.

Examen de audición

Se brinda cobertura para exámenes de audición pediátricos de rutina.

Tratamiento con gammaglobulina inmune

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

Infertilidad

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

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

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

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

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

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

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

Limitaciones especiales

No se proporcionarán beneficios para la Infertilidad por los siguientes conceptos:

1. Servicios o suministros prestados a una madre sustituta. No obstante, los costos por procedimientos para obtener Sus óvulos, esperma o embriones se cubrirán si Usted elige usar una madre sustituta.
2. Terminación selectiva de un embrión. Se establece, no obstante, que la terminación se cubrirá si la vida de la madre estaría en peligro si se llevara a término a todos los embriones.
3. Costos no médicos de un donante de óvulos o esperma.
4. Gastos de viaje incurridos en un viaje dentro de las 100 millas de Su hogar o gastos de viaje que no son Médicamente necesarios o requeridos por Cigna.
5. Los tratamientos para la Infertilidad que la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva (American Society for

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

6. Tratamientos para la Infertilidad proporcionados a Sus dependientes menores de 18 años.

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

Cirugía bucal

Se brinda cobertura para los servicios mencionados a continuación:

1. extirpación quirúrgica de piezas dentales impactadas completamente óseas;
2. extracción de tumores o quistes de las mandíbulas, las mejillas, los labios, la lengua, el paladar y el suelo de la boca;
3. procedimientos quirúrgicos para corregir lesiones accidentales de las mandíbulas, las mejillas, los labios, la lengua, el paladar y el suelo de la boca;
4. extracción de exostosis de las mandíbulas y el paladar (siempre que este procedimiento no se realice como preparación para dentaduras postizas u otras prótesis); tratamiento de fracturas del hueso facial; incisión externa y drenaje de celulitis; incisión de senos accesorios, glándulas o conductos salivales; reducción de la dislocación de las articulaciones temporomandibulares o escisión de dichas articulaciones.
5. servicios de anestesia administrados por cirujanos bucales o maxilofaciales cuando dichos servicios se brindan en el consultorio del cirujano o en un centro quirúrgico ambulatorio.

Cirugía ortognática

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

Servicios para osteoporosis

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

PANDAS y PANS

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

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

Cirugía reconstructiva

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

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

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

Tratamiento para enfermedades transmitidas por las garrapatas

Los Servicios cubiertos por tratamiento con antibióticos a largo plazo, incluidas las Visitas al consultorio Médicamente necesarias, los Medicamentos con receta y las pruebas continuas, para un Miembro con una enfermedad transmitida por las garrapatas cuando se determine que son Médicamente necesarios y los ordene un Médico.

Exclusiones y limitaciones: Lo que esta EOC no cubre

Servicios excluidos

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

1. **Servicios obtenidos de un Proveedor no participante/Proveedor fuera de la red**, salvo para el tratamiento de una Condición médica de emergencia.
2. **Cantidades que superen las limitaciones de beneficios máximos de los Gastos cubiertos** especificados en esta EOC.
3. Servicios **no incluidos específicamente como Servicios cubiertos** en esta EOC.
4. Servicios o suministros que **no son Medicamente necesarios**.
5. Servicios o suministros que se consideren para **Procedimientos Experimentales, Procedimientos En investigación o Procedimientos No comprobados**.
6. Servicios **que se reciban antes de la Fecha de entrada en vigor de la cobertura**.
7. Servicios **recibidos después de finalizada la cobertura en virtud de esta EOC**.
8. 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.
9. 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 el Miembro no reclama esos beneficios.
10. 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 un Miembro en el servicio militar de cualquier país**; (d) **la participación de un Miembro en una insurrección, una rebelión o un motín**; (e) servicios recibidos como resultado directo de la comisión o el intento de comisión de un **delito grave** por parte de un Miembro (independientemente de que haya dado lugar a acciones legales o no) **o como resultado directo de que el Miembro participe en una actividad ilícita**; (f) el hecho de que un Miembro **se encuentre en estado de embriaguez** —según se defina en las leyes aplicables del estado en el cual se produzca la enfermedad— **o bajo el efecto de narcóticos ilícitos o sustancias controladas sin receta médica**, salvo en los casos en que sean administradas o recetadas por un Médico.
11. Cualquier **servicio proporcionado por una agencia gubernamental local, estatal o federal**, salvo cuando la ley federal o estatal exijan expresamente el pago en virtud de esta EOC.
12. **Servicios que deben ser brindados por un distrito escolar o un sistema escolar público según lo exigido por la ley estatal o federal**.
13. Cualquier **servicio por el cual pueda obtenerse el pago de cualquier agencia gubernamental local, estatal o federal** (a excepción de Medicaid). Los Hospitales de la Administración de Veteranos y los Centros militares de tratamiento serán considerados para el pago de acuerdo con la legislación vigente.
14. **Si el Miembro 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 EOC 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.

15. **Hospitalización o tratamiento ordenado por un juez**, a menos que tal tratamiento sea recetado por un Médico y se encuentre en la lista de conceptos cubiertos por esta EOC.
16. Servicios **profesionales o suministros recibidos o comprados directamente o en Su nombre por cualquier persona, incluido un Médico**, a cualquiera de las siguientes personas:
 - Usted o Su empleador.
 - Una persona que viva en el hogar del Miembro, o el empleador de dicha persona;
 - Una persona que tenga un vínculo de sangre, por matrimonio o por adopción con el Miembro, o el empleador de dicha persona; o
 - Un centro o profesional de cuidado de la salud que le proporcione una remuneración a Usted o a una organización de la cual Usted reciba una remuneración.
17. 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 EOC.
18. **Cuidados de custodia, que incluyen, a modo de ejemplo: curas de reposo, cuidado diurno de bebés, niños o adultos, incluido el cuidado diurno geriátrico.**
19. **Servicios de enfermería privada**, salvo cuando se brinde como parte de los servicios de cuidado de la salud en el hogar o los beneficios de Servicios para enfermos terminales de esta EOC.
20. Cargos de cuarto y comida para pacientes internados **en relación con una estadía en un Hospital, principalmente por un cambio de ambiente o Fisioterapia.**
21. 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.
22. **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.
23. 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.
24. **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.
25. **Servicios brindados por profesionales sin licencia** o servicios cuya realización no requiere una licencia, como por ejemplo, meditación, ejercicios de respiración, visualización guiada.

26. 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.
27. **Servicios que son autodirigidos** a un centro de diagnóstico independiente u Hospitalario.
28. 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.
29. **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 EOC.
30. **Servicios de ortodoncia**, frenillos y otros aparatos ortodóncicos, incluidos los servicios de ortodoncia para la Disfunción de la articulación temporomandibular.
31. **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.
32. 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.
33. **Aparatos auditivos**, que incluyen, a modo de ejemplo, dispositivos semiimplantables para la audición, aparatos auditivos de implante óseo y aparatos auditivos implantados en el hueso (BAHA, por sus siglas en inglés), salvo según lo indicado específicamente en esta EOC, limitados al dispositivo profesionalmente adecuado que sea menos costoso A los fines de esta exclusión, un aparato auditivo es cualquier dispositivo que amplifica el sonido.
34. **Pruebas de audición de rutina**, salvo según lo dispuesto en Cuidado preventivo.
35. **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.
36. **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 EOC en Beneficios de la vista pediátricos.
37. **Cirugía ocular únicamente con el propósito de corregir defectos de refracción** del ojo, como miopía, astigmatismo y/o presbicia.
38. **Cirugía estética, terapia** u otros servicios para embellecerse, mejorar o alterar la apariencia o la autoestima, o con el fin de tratar problemas psicológicos o psicosociales relacionados con la apariencia de una persona. Esta exclusión no se aplica a la Cirugía reconstructiva para restaurar una función del cuerpo o para corregir una malformación provocada por una Lesión o defecto congénito de un niño Recién nacido, ni a la Cirugía reconstructiva Médicamente necesaria para restaurar la simetría después de una mastectomía o tumorectomía.
39. **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, salvo según lo dispuesto específicamente en esta EOC.

40. **Asesoría o servicios auxiliares no médicos** que incluyen, a modo de ejemplo, educación, capacitación, rehabilitación vocacional, entrenamiento del comportamiento, biorretroalimentación, neuroretroalimentación, asesoría laboral, capacitación para cuidar la espalda, servicios de retorno al trabajo, programas de reentrenamiento para el trabajo, seguridad vial y servicios, capacitación, terapia educacional u otros servicios auxiliares no médicos para tratar los trastornos del aprendizaje y los retrasos en el desarrollo, **a menos** que esta EOC establezca lo contrario.
41. **Servicios y procedimientos para** cirugía para retirar piel sobrante, incluidos cirugía de la pared abdominal/paniclectomía, extirpación de papilomas cutáneos, 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, blefaroplastia y cirugías ortognáticas, **sin importar las indicaciones clínicas**.
42. Procedimientos, cirugía o tratamientos para **cambiar características del cuerpo** por las del sexo opuesto, a menos que dichos servicios se consideren Médicamente necesarios o cumplan de otra forma con los requisitos de cobertura aplicables.
43. Cualquier tratamiento, Medicamento con receta, servicio o suministro para **tratar la disfunción sexual**, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual.
44. 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.
45. Administración de sangre **con el propósito de mejorar la condición física general**.
46. **Calzado ortopédico** (salvo cuando esté unido a Soportes), agregados al calzado y Dispositivos ortopédicos.
47. **Mejoras eléctricas internas y externas**, o controles eléctricos para prótesis de extremidades y dispositivos protésicos terminales.
48. Estimuladores de los nervios periféricos mediante **prótesis mioeléctricas**.
49. Las **extremidades o los aparatos protésicos electrónicos**, a menos que sean Médicamente necesarios cuando una alternativa de menor costo no es suficiente.
50. **Aparatos ortopédicos prefabricados para pies**.
51. **Bandas ortopédicas craneales/aparatos ortopédicos craneales/otros dispositivos similares**, excepto cuando se los emplea en el postoperatorio para plagiocefalia sinostótica.
52. **Calzado ortopédico**, agregados al calzado, procedimientos para calzado ortopédico, modificaciones al calzado y transferencias.
53. **Aparatos ortopédicos empleados principalmente por cuestiones de estética** en lugar de motivos funcionales.

54. **Aparatos ortopédicos que no son para los pies**, excepto **únicamente** los siguientes aparatos ortopédicos que no son para pies que se cubren cuando son Médicamente necesarios:
- Aparatos ortopédicos fabricados a medida, rígidos y semirrígidos;
 - Aparatos ortopédicos flexibles y prefabricados semirrígidos; y
 - Aparatos ortopédicos prefabricados rígidos, lo que incluye la preparación, el ajuste y los agregados básicos, tales como barras y conexiones.
55. 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 el Miembro 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.
56. **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 EOC se establezca específicamente lo contrario.
57. 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.
58. Tratamiento que no permitirá una modificación favorable ni impedirá el deterioro.
59. **Servicios educativos**, salvo los Programas de capacitación para el autocontrol de la diabetes, el tratamiento para el Autismo o según lo dispuesto o coordinado específicamente por Cigna.
60. **Asesoría en materia de nutrición o suplementos alimenticios**, salvo según lo indicado en esta EOC.
61. **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 EOC. 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 EOC establezca lo contrario.
62. **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 EOC titulada “Beneficios integrales: Cobertura de la EOC”.
63. Todos los **cargos de los Proveedores en país extranjero** están excluidos en virtud de esta EOC, salvo según lo indicado específicamente en “Tratamiento recibido de Proveedores en país extranjero” en la sección de esta EOC titulada “Beneficios integrales: Cobertura de la EOC”.

64. **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. Sin embargo, los servicios asociados con el cuidado de los pies en los casos de diabetes y enfermedad vascular periférica están cubiertos en caso de ser Médicamente necesarios.
65. **Cargos por los cuales no podemos determinar Nuestra responsabilidad** debido a que el Miembro no realizó lo siguiente dentro de un plazo de 60 días o tan pronto como fuera razonablemente posible: (a) autorizarnos a recibir todos los registros médicos y la información que solicitamos; o (b) suministrarnos la información que solicitamos con respecto a las circunstancias del reclamo u otra cobertura de seguro.
66. Cargos por los **servicios de un Médico de guardia**.
67. Cargos por **trasplantes de órganos de animales a humanos**.
68. **Reclamos recibidos por Cigna después de transcurridos 15 meses desde la fecha en que se prestó el servicio**, salvo en caso de incapacidad legal.

Beneficios de Medicamentos con receta

Pagos de farmacia

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

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

Cigna aplicará los pagos de terceros, la asistencia financiera, los descuentos, los cupones de productos o cualquier otra reducción en los gastos de desembolso en los que Usted o los Miembros de Su familia incurran por Medicamentos con receta o Servicios relacionados cubiertos, o medicamentos obtenidos mediante Autorización previa, Tratamiento escalonado o un proceso de excepciones y apelaciones cubierto en virtud de esta EOC, a cualquier Deducible, Desembolso máximo, Copago o Coseguro aplicable.

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.

Para los medicamentos inmunosupresores, si el Médico que los recetó indicó en la Receta “no pueden reemplazarse”, un farmacéutico no podrá reemplazarlos por otra formulación o medicamento inmunosupresor sin notificación y el consentimiento documentado del Médico que los recetó y el Miembro, o el padre o tutor si el Miembro es un menor o el cónyuge del Miembro que esté autorizado a prestar su consentimiento para el tratamiento del Miembro. Esto no se aplica a las recetas de medicamentos emitidas para medicamentos inmunosupresores durante servicios de cuidado de la salud como paciente internado en un Hospital con licencia.

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 EOC. No obstante, es posible que estén sujetos a requisitos de Tratamiento escalonado o Autorización previa para Medicamentos con receta.

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

Beneficios de Medicamentos inyectables autoadministrados y Medicamentos para infusión e inyectables

Medicamentos cubiertos en virtud de los beneficios de Medicamentos con receta

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

- iniciar sesión en Su cuenta de mycigna.com y
- ver la Lista de medicamentos con receta 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 EOC 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 EOC 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 EOC.

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.

Gastos cubiertos

Si un Miembro, mientras cuenta con la cobertura de esta EOC, incurre en gastos por cargos cobrados por una Farmacia, por Medicamentos con receta o Suministros relacionados Médicamente necesarios indicados por un Médico, Cigna brindará cobertura para dichos gastos según lo detallado en el programa de beneficios. La cobertura también incluye Medicamentos con receta y Suministros relacionados Médicamente necesarios indicados a través de una receta emitida a 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 EOC ofrece descuentos adicionales para determinados Medicamentos con receta cubiertos que son despachados por una Farmacia incluida en el programa conocido como “Patient Assurance Program”. Como tal vez se describa en otras secciones de esta EOC, es posible que Cigna, de tanto en tanto 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. 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 un descuento en relación con el programa Patient Assurance Program pueden generar un crédito aplicable a una parte o la totalidad de Su Copago o Coseguro, si lo hubiera, que como se indicó, puede reducirse respecto a la cantidad indicada en el programa de beneficios para los medicamentos de insulina. Además, es posible que los medicamentos de insulina cubiertos que cumplen con los requisitos para los descuentos del programa Patient Assurance Program no estén sujetos a ningún Deducible aplicable, si lo hubiera.

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

Tenga en cuenta que los descuentos del programa Patient Assurance Program que Cigna podría obtener por Medicamentos con receta, y que podría aplicar o acreditar a Su Copago o Coseguro, si lo hubiera, en relación con el programa, no están relacionados con ningún reembolso u otros pagos que Cigna pueda obtener de un fabricante de productos farmacéuticos por los mismos u otros Medicamentos con receta. Salvo según se indique en otras secciones de esta EOC, Usted no tiene derecho a recibir un beneficio por esos reembolsos u otros pagos obtenidos por Cigna porque no están relacionados con el programa Patient Assurance Program. Por otra parte, la disponibilidad del programa Patient Assurance Program, así como de los Medicamentos con receta incluidos en el programa y/o Su Copago o Coseguro, si lo hubiera, para esos Medicamentos con receta que cumplen con los requisitos, podrá cambiar de tanto en tanto según factores que incluyen, a modo de ejemplo, que los descuentos del programa Patient Assurance Program sigan estando disponibles para Cigna en relación con este programa. Puede obtener más información sobre el programa Patient Assurance Program, inclusive los Medicamentos con receta incluidos en el programa, en el sitio web que aparece en Su tarjeta de 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 estatales aplicables, se encuentran restringidos para la venta con Receta únicamente, excepto la Insulina, que no requiere receta.
- Productos farmacéuticos para ayudar a dejar de fumar de conformidad con las recomendaciones “A” o “B” del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.

- Jeringas con insulina (no se requiere receta); adaptadores para inyecciones, monitores de glucosa en sangre, monitores de glucosa en sangre para personas legalmente ciegas; tiras reactivas para medir la glucosa; tiras de cetona para lectura visual; tiras reactivas para orina; lancetas; agentes hipoglucémicos orales; botiquines de emergencia de glucagón y paños con alcohol.
- Para los medicamentos de insulina con receta cubiertos por esta EOC, la cantidad del Costo compartido que Usted deba pagar por un suministro para 30 días tendrá un tope. Consulte la sección de farmacia del programa de beneficios para conocer el tope del suministro para 30 días.
- Medicamentos contra el cáncer de administración por vía oral recetados en relación con tratamientos de quimioterapia contra el cáncer.
- Medicamentos contra el dolor Medicamento necesarios relacionados con el tratamiento del cáncer de seno.
- Todos los Medicamentos con receta compuestos que no se administren por infusión y que contengan al menos un ingrediente recetado aprobado por la FDA, preparados a base de un producto farmacéutico terminado aprobado por la FDA y que están cubiertos de otra manera en virtud de los beneficios de Medicamentos con receta, **sin incluir** los polvos incluidos en el compuesto.
- Medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA.
- Medicamentos de especialidad.
- Inmunizaciones recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, cuando estén disponibles para su administración en una Farmacia participante.
- Medicamentos para tratar la Infertilidad Medicamento necesarios relacionados con el diagnóstico y/o tratamiento de la Infertilidad con una Receta escrita.
- Medicamentos biológicos.
- Las recetas de medicamentos antagonistas opioides para el tratamiento asistido médicamente (MAT, por sus siglas en inglés) del trastorno de consumo de opioides no requieren Autorización previa ni Tratamiento escalonado, ni están sujetas a límites de despacho o límites de por vida.
- Al menos un agente farmacológico intranasal para la reversión de opioides para la receta inicial de opioides con dosis de 50 MME o más altas.
- Medicamentos antiinflamatorios tópicos con receta aprobados por la FDA para el dolor agudo y crónico.
- Los inhaladores recetados para el asma u otras condiciones bronquiales con riesgo de vida se podrán renovar antes del momento en que pueda obtenerse una renovación de otra manera si es Medicamento necesario y lo indica un médico a cargo del tratamiento.
- Los medicamentos tópicos para los ojos con receta indicados para tratar una condición ocular crónica se podrán renovar antes de la última fecha del período de dosis recetada y después de, al menos, el 75% de los días previstos de uso si el Médico que los recetó indica en la Receta original que se permiten las renovaciones y las renovaciones tempranas solicitadas por el Miembro no superan la cantidad total de renovaciones recetadas.

- Esta EOC cubre los medicamentos antagonistas opioides con receta, incluso el producto con medicamento, los dispositivos de administración y cualquier tarifa de administración de la Farmacia relacionada con la administración del antagonista opioide. La cobertura incluye renovaciones para antagonistas opioides vencidos o utilizados. A los fines de este beneficio, “antagonista opioide” se refiere a una droga que se une a receptores opioides y bloquea o inhibe el efecto de los opioides que actúan sobre estos receptores, lo que incluye, a modo de ejemplo, clorhidrato de naloxona o cualquier otra droga que tenga una acción similar y que haya sido aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.
- Cigna proporcionará la Sincronización de renovaciones de Medicamentos con receta, al menos, una vez al Año si se cumple con todas las siguientes condiciones:
 - los Medicamentos con receta se encuentran en la Lista de medicamentos con receta, están cubiertos por la póliza de cobertura clínica del plan o han sido aprobados a través del proceso de excepciones de la Lista de medicamentos con receta;
 - son medicamentos que Usted toma en forma continua y tiene cantidades de renovación disponibles en el momento de la Sincronización;
 - no son narcóticos (sustancias controladas del Anexo II, III o IV);
 - se han cumplido todos los criterios de administración de la utilización del medicamento;
 - los medicamentos tienen una presentación que se puede dividir en períodos de despacho más cortos de forma segura para lograr la Sincronización; y
 - los Medicamentos con receta no tienen necesidades de tratamiento o abastecimiento especiales, según lo determine el Plan, que requieran que una única Farmacia designada despache o renueve la Receta.
- Cigna solo impondrá un Copago para despachar los Medicamentos con receta Sincronizados igual a la dosis recetada de esos medicamentos. El Copago se aplicará a cada suministro para 30 días. Todas las tarifas de despacho se basarán en la cantidad de Recetas despachadas o renovadas. Cigna proporcionará formularios de reembolso por los Copagos adicionales si la exención no está implementada antes de despachar la Receta.
- Cigna proporcionará cobertura para los inyectores de epinefrina y los autoinyectores relacionados Medicamento necesarios para las personas de 18 años o menos.

Condiciones del servicio

El medicamento o medicina debe cumplir con todos estos requisitos:

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

- Los Medicamentos para infusión e inyectables, y los Medicamentos de especialidad pueden requerir Autorización previa o Tratamiento escalonado.

Exclusiones

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

- Medicamentos no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- Cualquier medicamento no incluido en la Lista de medicamentos con receta y cuya cobertura no se haya aprobado a través del proceso de excepciones de los medicamentos fuera de la Lista de medicamentos con receta.
- Medicamentos, dispositivos y/o suministros de venta sin receta en virtud de la ley federal o estatal, a menos que esta EOC establezca lo contrario, o que se designen específicamente como Cuidado preventivo sin costo y se exijan en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA);
- 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 EOC 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 EOC.
- 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 EOC, salvo según lo indicado específicamente en las secciones de esta EOC 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 EOC.
- Suministros (como materiales para estoma), dispositivos y aparatos con y sin receta, a excepción de los Suministros relacionados; excepto los vinculados con Suministros y equipos para diabéticos.
- Vitaminas con receta (que no sean vitaminas prenatales), suplementos alimenticios, suplementos a base de hierbas y flúor, a excepción de los suplementos diseñados específicamente como preventivos en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA).
- Medicamentos que se utilicen con fines estéticos que no tengan un uso 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 al Miembro 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 del Miembro.

Limitaciones

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

- Suministro para hasta 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/ifp-providers (para obtener información detallada sobre los niveles de medicamentos, consulte el programa de beneficios).
- Suministro para hasta 90 días en Express Scripts Pharmacy, la Farmacia de entrega a domicilio de Cigna, para medicamentos de los niveles 1 a 4 y suministro para hasta 90 días de los medicamentos del nivel 5, a menos que se indiquen otras limitaciones en el envase del fabricante del medicamento (para obtener información detallada sobre los niveles de medicamentos, consulte el programa de beneficios).
- 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.
- 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.

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 los Miembros 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 del Miembro.

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

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

Autorización previa

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

Tratamiento escalonado

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

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

Si Su Médico le receta un Medicamento con receta o un Suministro relacionado que no está incluido en la Lista de medicamentos con receta de Cigna, el Médico puede solicitarle a Cigna que haga una excepción y acepte cubrir ese medicamento o suministro para Su 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 Su funcionamiento pleno, o si Usted se está realizando un tratamiento con un Medicamento con receta o un Suministro relacionado que no está incluido en la Lista de medicamentos con receta de Cigna. Cigna revisará y completará la solicitud de revisión acelerada dentro de las 24 horas de haberla recibido.

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

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

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

Si Usted, una persona que actúe en Su nombre, el Médico que recetó el medicamento u otro proveedor no están de acuerdo con la decisión respecto de la cobertura, Usted, una persona que actúe en Su nombre, el Médico que recetó el medicamento u otro proveedor podrán apelar la decisión conforme a las disposiciones de esta EOC enviando una solicitud por escrito con los motivos por los que deberían cubrirse los Medicamentos con receta o Suministros relacionados. Consulte la sección de esta EOC titulada “Qué hacer cuando tenga alguna queja o apelación”, que describe el proceso de la Revisión independiente externa.

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

Cobertura de medicamentos nuevos

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

Reembolso/presentación de reclamos

Cuando un Miembro compra Medicamentos con receta o Suministros relacionados a través de una Farmacia participante minorista, paga cualquier Copago, Coseguro o Deducible aplicable que se indique en el Programa al momento de la compra. El Miembro 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:

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

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

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

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

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

Beneficios de cuidado de la vista pediátrico

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

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

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

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

Beneficios cubiertos

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

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

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

- Marcos: Un marco para lentes recetados por año de la Colección de marcos pediátricos. Solo los marcos de la Colección de marcos pediátricos se cubren al 100%. Marcos que no pertenecen a la Colección: El Costo compartido del Miembro puede ser hasta del 75% del precio minorista.

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

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

Exclusiones de cuidado de la vista pediátrico

- entrenamiento ortóptico o visual y cualquier prueba complementaria asociada;
- tratamiento médico o quirúrgico de los ojos;
- cualquier examen de la vista, o accesorio correctivo para la vista, requerido por un empleador como condición para el empleo;
- cualquier Lesión o Enfermedad pagada o pagadera por la ley del Seguro de accidentes de trabajo o una ley similar, o que se relacione con el trabajo;
- Cargos que superen el cargo Usual y habitual por el servicio o los materiales;
- Cargos incurridos después de finalizada la EOC o de finalizada la cobertura del Miembro en virtud de la EOC, a excepción de lo que se especifica en la EOC;
- tratamiento o dispositivo no convencional Experimental, En investigación o No comprobado;
- dispositivos de aumento o para personas con poca visión que no estén incluidos en la sección "Beneficios cubiertos" más arriba;
- cualquier tipo de anteojos, lentes o lentes de contacto que no requieran receta médica;
- lentes para anteojos, tratamientos, "accesorios" o recubrimientos para lentes que no aparezcan de otra forma como un servicio o suministro cubierto dentro de esta sección;
- dos pares de anteojos, en lugar de lentes bifocales o trifocales;
- anteojos o lentes de seguridad necesarios para el trabajo;
- beneficio de anteojos para terminal de pantalla de video (VDT, por sus siglas en inglés) o computadora;
- anteojos de sol con receta;
- lentes de alto índice de refracción de cualquier tipo de material

- para métodos de tratamiento o procedimientos Experimentales, En Investigación o No comprobados no aprobados por la Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association) o la asociación oftalmológica especializada correspondiente, o en relación con dichos métodos;
- reclamos presentados y recibidos después de transcurridos doce (12) meses de la fecha de servicio original;
- los servicios proporcionados fuera de la red sin la aprobación previa de Cigna no están cubiertos.

Proveedores de Cigna Vision

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

Disposiciones generales

Responsabilidad de terceros

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

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

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

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

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 EOC. El plan de tratamiento alternativo debe ser establecido, de mutuo acuerdo, por Nosotros, el Miembro 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 EOC en cualquier otro momento o para el Miembro.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

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

Definiciones

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

Plan

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

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

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

Plan primario

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

Plan secundario

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

Gasto permitido

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

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

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

Período de determinación del reclamo

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

Reglas para determinar el orden de los beneficios

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

- El plan que 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 este plan, Usted también tiene cobertura de otro plan individual o colectivo de Cigna, tendrá derecho a recibir los beneficios de un solo plan. Usted podrá elegir este plan o el plan en virtud del cual tendrá cobertura. Luego, Cigna reembolsará cualquier Prima recibida en virtud del otro plan correspondiente al período durante el cual ambas pólizas se encontraban en vigor. No obstante, todos los pagos de reclamos realizados por Cigna en virtud del plan que Usted eligió cancelar se deducirán de dicho reembolso de Primas.

Recuperación de beneficios en exceso

Si este plan es el Plan secundario, y Cigna paga los Gastos cubiertos que debería haber pagado el Plan primario, o si Cigna paga alguna cantidad que supera lo que tiene obligación de pagar, Cigna tendrá derecho a recuperar el sobrepago real efectuado. Cigna tendrá exclusiva discreción para solicitar tal reembolso a cualquier persona que haya recibido el servicio o el pago, o con respecto a la cual se haya

brindado el servicio o efectuado el pago, por parte de cualquier compañía de seguros, cualquier plan de cuidado de la salud u otra organización. Si así lo solicitáramos, Usted deberá confeccionar y enviarnos los instrumentos y documentos que determinemos necesarios para asegurarnos el derecho al reembolso.

Derecho a recibir y divulgar información

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

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

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

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

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

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

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

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

Comience con el Servicio al Cliente

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

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

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

Haremos todo lo que esté a Nuestro alcance para resolver la cuestión en Su contacto inicial. Si necesitamos más tiempo para revisar o investigar Su inquietud, Nos comunicaremos con Usted lo antes posible, dentro de un plazo de 30 días como máximo. Si no está satisfecho con los resultados de una decisión con respecto a la cobertura, puede iniciar el procedimiento de apelación; este plazo no se aplica a las apelaciones aceleradas. Puede presentar una apelación acelerada en cualquier momento.

Procedimiento de apelación

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

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

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

En dicha solicitud, debe indicar el motivo por el cual cree que se debería aprobar Su apelación e incluir cualquier información que respalde Su apelación.

Si no puede escribir o decide no hacerlo, puede solicitar que se registre Su apelación llamando al número gratuito que aparece en Su tarjeta de ID de Cigna HealthCare o tarjeta de ID de beneficios.

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

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

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

Apelación acelerada

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

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

En caso de que Usted solicite que se acelere el proceso de Su apelación sobre la base del punto (a) precedente, también puede solicitar, al mismo tiempo, una Revisión independiente externa 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. En caso de que se acelere una apelación, le comunicaremos la decisión en forma verbal, dentro de las 24 horas, y luego por escrito.

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

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

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

Procedimiento de Revisión independiente externa

Procedimiento de revisión externa

Si Usted no está completamente satisfecho con la decisión de la revisión de apelación de Cigna con respecto a alguno de los siguientes asuntos: la Necesidad médica, el carácter de servicio Experimental/En investigación, una determinación sobre la elegibilidad inicial, la rescisión de la cobertura de salud, una determinación respecto de si Usted tiene derecho a un estándar alternativo razonable para recibir una recompensa en virtud de un programa de bienestar, una determinación respecto de si Su plan cumple con las disposiciones sobre limitación del tratamiento no cuantitativo y paridad en la aplicación de técnicas de administración médica que cumplan con la Ley de Paridad de la Salud Mental y Equidad para las Adicciones (Mental Health Parity and Addiction Equity Act), o si Cigna demoró una decisión respecto de Su apelación a Cigna por más de 30 días en el caso de apelaciones simultáneas o prospectivas y 60 días en el caso de apelaciones retrospectivas, Usted o Su representante autorizado podrán solicitar que Su apelación se transfiera a una Organización de Revisión Independiente. La Organización de Revisión Independiente está integrada por personas que no son empleadas de Cigna ni de ninguna de sus afiliadas. La decisión de usar el nivel voluntario de apelación no afectará los derechos de la persona que hace el reclamo a los demás beneficios en virtud del plan.

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

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

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

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

Procedimiento de revisión externa acelerada

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

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

- si la cobertura se denegó debido a que Cigna determinó que el servicio de cuidado de la salud solicitado es Experimental o está En investigación, y el Médico a cargo de Su tratamiento certifica por escrito, y respalda la certificación con evidencia, que el servicio o tratamiento de cuidado de la salud recomendado o solicitado sería significativamente menos eficaz si no se iniciara de inmediato; o
- en el caso de una admisión, disponibilidad de cuidado, estadía continua o servicio de cuidado de la salud por los cuales la persona cubierta haya recibido Servicios de emergencia, pero no se le haya dado el alta del centro.

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

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

Teléfono gratuito: (877) 850-4740

Fax: (217) 557-8495

Correo electrónico: doi.externalreview@illinois.gov

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

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

No cumple con los requisitos para una revisión externa:

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

Teléfono gratuito: (877) 527-9431
Fax: (217) 557-8495
Correo electrónico: doi.externalreview@illinois.gov
Sitio web: <https://mc.insurance.illinois.gov/messagecenter.nsf>

No cumple con los requisitos para una revisión externa acelerada:

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

Teléfono gratuito: (877) 850-4740
Fax: (217) 557-8495
Correo electrónico: doi.externalreview@illinois.gov
Sitio web: <https://mc.insurance.illinois.gov/messagecenter.nsf>

Quejas o asistencia

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

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

Teléfono gratuito: (877) 527-9431
Fax: (217) 558-2083
Correo electrónico: complaints@ins.state.il.us
Sitio web: <https://mc.insurance.illinois.gov/messagecenter.nsf>

Notificación de determinación de beneficios en caso de apelación

Todas las notificaciones respecto de decisiones en caso de apelación se le cursarán a Usted, la persona que Usted designe o Su tutor, Su Médico de cuidado primario y el Proveedor de cuidado de la salud que haya indicado el servicio por escrito o en forma electrónica y, en el caso de una determinación adversa, se incluirá lo siguiente: (1) información suficiente para identificar el reclamo; (2) el (los) motivo(s) específico(s) de la decisión de denegación; (3) una referencia a las disposiciones específicas de la EOC sobre las que se basó la decisión; (4) una declaración que indique que la persona que hizo el reclamo tiene derecho a recibir, a solicitud y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, registros y otra Información relevante, según la definición, así como copias de esta documentación; (5) a solicitud y sin cargo, una copia

INDHMOIL01-2021

01/21

Cigna HealthCare of Illinois, Inc. Cigna Connect 2600-2 Diabetes Care

MIHM0270

de cualquier norma, pauta o protocolo interno, u otro criterio similar, en los que se haya basado la determinación adversa con respecto a Su apelación, y una explicación del criterio científico o clínico si la determinación se basa en una exclusión o limitación por Necesidad médica, tratamiento Experimental u otra exclusión o limitación similar; (6) información acerca de cualquier oficina de asistencia al consumidor de seguros de salud o de defensa de derechos con que pueda contar para brindarle asistencia para el proceso de apelación; (7) la dirección, el número de teléfono gratuito, el número de fax y la dirección de correo electrónico para apelaciones de Cigna; (8) información específica de los procedimientos de apelación y revisión externa de Su plan, y limitada a estos; (9) información sobre el nivel de apelación disponible; (10) la fecha de la determinación adversa y, si corresponde, la fecha de la determinación adversa definitiva; y (11) si el Miembro ha agotado las apelaciones internas, la notificación de determinación adversa definitiva debe indicar claramente que es la determinación adversa definitiva, que se agotaron todas las apelaciones internas y que Usted tiene 4 meses desde la fecha de la carta para solicitar una revisión externa. En la notificación definitiva de una determinación adversa se incluirá un análisis de la decisión.

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

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

Información relevante

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

Acción legal

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

Arbitraje vinculante

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

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

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

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

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

Términos de la EOC

- **Totalidad del contrato:**

Esta EOC, que incluye la página de especificaciones, los endosos, la solicitud y los documentos adjuntos, si los hubiera, constituye el contrato de seguro completo. Los cambios introducidos en esta EOC solo tendrán validez si son aprobados por un Funcionario de Cigna y se adjuntan a esta EOC. Ningún agente tiene autoridad para modificar esta EOC 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 EOC, ninguna declaración incorrecta, salvo declaraciones incorrectas fraudulentas, que haya realizado el solicitante en la solicitud de dicha EOC podrá utilizarse para anular la EOC 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.

- **Renuncia a acción de clase:**

Excepto según lo estipule el estado de IL, en virtud de esta disposición de la EOC, Usted (incluso cualquier representante legal que actúe en Su nombre) renuncia expresamente al derecho a participar, como demandante o demandante colectivo, en cualquier supuesto procedimiento de clase, colectivo,

de representantes, de múltiples demandantes o similar (“Acción de clase”). Excepto según lo estipule el estado de IL, en virtud de esta disposición de la EOC, Usted renuncia expresamente a la capacidad de llevar adelante una Acción de clase en cualquier tribunal.

▪ **Período de gracia:**

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

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

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

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

▪ **Cancelación:**

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

1. Si Usted no paga Sus Primas en la fecha de vencimiento o para el final del período de gracia de 31 días para planes no contratados a través del Mercado o el período de gracia de 90 días para planes contratados a través de un Mercado.
2. El primer día del mes posterior a que recibamos Su notificación de cancelación por escrito.
3. Cuando Usted deje de cumplir con los requisitos para esta cobertura.
4. Si Usted ha cometido o permitió que alguna otra persona cometiera un fraude o una falsificación en relación con esta EOC o cobertura.
5. Violación sustancial de los términos de la EOC.
6. Si dejamos de ofrecer pólizas de este tipo a todas las personas de Su clase. En este caso, la ley de Illinois exige que cumplamos con los siguientes requisitos: (1) cursar notificación por escrito a cada Miembro respecto de la interrupción de la cobertura más de 90 días antes de la interrupción de la cobertura; (2) ofrecer a cada Miembro, bajo la modalidad de emisión garantizada, la opción de contratar cualquier otra cobertura de seguro hospitalaria, médica o quirúrgica individual que ofrezcamos al momento de la interrupción; y (3) actuar de manera uniforme, sin tener en cuenta ningún factor vinculado con el estado de salud de un Miembro.
7. Si dejamos de ofrecer algún plan en el mercado de cobertura individual Illinois, le notificaremos la extinción inminente de Su cobertura al menos 180 días antes de Su cancelación.
8. Cuando el Suscriptor deje de vivir en el Área de inscripción.

9. En caso de dictado de una sentencia definitiva por parte de un tribunal que declare que la totalidad o parte de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (Ley Pública 111-148) es inválida, inconstitucional o nula por otro motivo, si el estado no brinda medios alternativos y suficientes para financiar créditos fiscales por las Primas por adelantado, esta EOC estará sujeta a la cancelación, conforme con la ley federal y estatal aplicable.

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

- **Modificación de la cobertura:**

Nos reservamos el derecho de modificar esta EOC, incluso las disposiciones, los beneficios y las coberturas de la EOC, siempre que dicha modificación cumpla con las leyes estatales o federales, y se aplique de manera uniforme a todas las personas que tienen cobertura en virtud de este mismo formulario de EOC. Modificaremos esta EOC únicamente para todos los Miembros de la misma clase que estén cubiertos en virtud del mismo formulario de EOC, no solo de forma individual. Cursaremos notificación escrita a tal efecto, y el cambio entrará en vigor en la fecha indicada en la notificación o en la siguiente fecha de vencimiento de la Prima programada luego de dicha fecha. El pago de las Primas indicará la aceptación del cambio.

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

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

- **Programas adicionales:**

Es posible que periódicamente ofrezcamos, en forma directa o a través de diversas entidades, descuentos, beneficios u otras prestaciones a Nuestros miembros con el fin de promover su bienestar y salud general. 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 EOC se cancela porque Usted no pagó Su Prima dentro del plazo que se le otorga para el pago, Nosotros podremos, si Usted lo solicita y a Nuestra discreción, aceptar la rehabilitación de la cobertura en virtud de esta EOC.

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

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

▪ **Renovación:**

Esta EOC se renueva por Año calendario.

▪ **Fraude:**

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

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

En caso de que se haya brindado información incorrecta respecto de la edad de cualquier Miembro en la solicitud de cobertura, Cigna determinará las tarifas de las Primas para dicho Miembro 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 del Miembro.

▪ **Certificado de cobertura acreditable:**

Si la cobertura en virtud de esta EOC finaliza para cualquier Miembro, 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. Un Miembro también podrá solicitar un Certificado de cobertura acreditable sin cargo, en cualquier momento, mientras esté inscrito en la EOC 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 al Miembro a obtener cobertura en el futuro. No obstante, Cigna es responsable únicamente de que la información contenida en cualquier certificado que prepare sea correcta. Cigna no tiene responsabilidad alguna por las determinaciones que haga otra compañía de seguros de salud respecto de la cobertura que esta proporcione, incluso respecto de si la información incluida en el certificado es relevante para las acciones de la otra compañía de seguros de salud o no, y en qué medida lo es.

▪ **Acciones legales:**

No puede iniciar un juicio antes de que transcurran 60 días desde que hayamos recibido prueba de pérdida por escrito. No se podrá iniciar ninguna acción más de 3 años después del momento en que se exija la presentación de esa prueba.

▪ **Conformidad con las leyes estatales y federales:**

Si alguna disposición de esta EOC, en su Fecha de entrada en vigor, es contraria a las leyes del estado en el cual se emitió o a una ley federal, será modificada para que cumpla con los requisitos mínimos de dichas leyes.

▪ **Disposición para casos de nulidad parcial:**

Si alguna disposición o alguna palabra, término, cláusula o parte de alguna disposición de esta EOC resultara nula, por cualquier motivo, quedará sin efecto, pero el resto de esta EOC y de la disposición no se verá afectado y permanecerá en plena vigencia y efecto.

- **Los Miembros son las únicas personas con derecho a recibir beneficios en virtud de esta EOC.** EL USO FRAUDULENTO DE DICHS BENEFICIOS TENDRÁ COMO RESULTADO LA CANCELACIÓN DE ESTA EOC Y SE INICIARÁN LAS ACCIONES LEGALES CORRESPONDIENTES.
- **La Fecha de entrada en vigor de esta EOC** se encuentra impresa en la tarjeta de ID de Cigna y en la página de especificaciones de la EOC.
- **Las tarjetas de ID** son emitidas por Cigna a favor de los Miembros únicamente con fines de identificación. El hecho de tener la tarjeta no garantiza la cobertura. Para tener derecho a recibir cobertura, el Miembro debe estar inscrito 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 un Miembro mientras recibía cuidado de cualquier Proveedor participante o no participante.
- **Cigna cumplirá con los requisitos de notificación** enviando dicha notificación por correo al Miembro a la dirección de facturación que aparece en Nuestros registros. Es responsabilidad del Miembro comunicarnos cualquier cambio de dirección. El Miembro cumplirá con los requisitos de notificación enviando la notificación a:

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

- **Cuando la cantidad pagada por Cigna supere la cantidad por la cual seamos responsables en virtud de esta EOC**, tendremos derecho a exigir que el Miembro restituya la cantidad excedente, salvo que esté prohibido por ley.
- **Los Servicios cubiertos respecto de los cuales se proporcionan beneficios en virtud de esta EOC están limitados a** los tratamientos, suministros o servicios con la mejor relación costo-beneficio y que se consideren clínicamente apropiados, según lo defina Cigna.
- **Para que un Miembro tenga derecho a recibir beneficios en virtud de esta EOC**, la cobertura conforme a esta EOC 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 EOC, se considera que se incurre en un gasto en la fecha en que el Miembro recibe el servicio o suministro respecto del cual se cobra el cargo.
- **Pagaremos todos los beneficios de la presente EOC directamente a los Hospitales participantes, Médicos participantes y todos los demás Proveedores participantes**, independientemente de que el Miembro haya autorizado la cesión de beneficios o no, salvo que el Miembro 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 el Miembro 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 al Miembro. El Miembro es responsable de pagarle al Proveedor en país extranjero. Mediante estos pagos, cumpliremos Nuestra obligación para con el Miembro 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 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 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 un Miembro hasta el día 90 contado desde la fecha de finalización de los servicios del Proveedor.
 - Tratamiento continuo de un Miembro 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 al Miembro una lista actualizada de Proveedores participantes locales cuando lo solicite.**
Si el Miembro 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 al Miembro, o visite Nuestro sitio web, www.cigna.com.
- **Si Cigna no exigiera el cumplimiento de alguna disposición de esta EOC**, 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 los Miembros estaban cubiertos por una EOC individual de Cigna anterior que se reemplaza por esta EOC sin interrupción de la cobertura**, los beneficios utilizados en virtud de la EOC anterior se imputarán a los beneficios pagaderos en virtud de esta EOC.
- **Cigna se reserva los siguientes derechos:** (i) cambiar las tarifas que se pueden cobrar conforme a la EOC y (ii) modificar los términos de esta EOC para eliminar, alterar o modificar disposiciones requeridas únicamente por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (Ley Pública 111-148) en caso de (a) dictado de una sentencia definitiva por parte de un juez que declare que la totalidad o parte de la ley es inválida, inconstitucional o nula por otro motivo o (b) reformas a la ley a través de la ley legislativa.

- **Examen físico y autopsia:** Cigna tendrá el derecho y la oportunidad, asumiendo todos los cargos, de examinar a cualquier Miembro por el 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 EOC. En caso de fallecimiento de un Miembro, Cigna tendrá el derecho y la oportunidad de realizar una autopsia en los casos en que no esté prohibido por ley.

Otros seguros con esta aseguradora

Si, mientras cuentan con la cobertura de esta EOC, los Miembros también se encuentran cubiertos por otra póliza individual o colectiva de Cigna, los Miembros tendrán derecho a recibir los beneficios de una sola póliza. Los Miembros podrán elegir esta EOC o la póliza en virtud de la cual recibirán cobertura. Luego, Cigna reembolsará cualquier Prima recibida en virtud de la otra póliza correspondiente al período durante el cual ambas pólizas se encontraban en vigor.

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

Cómo presentar un reclamo de beneficios

Notificación del reclamo: No es necesario completar ningún trámite para hacer reclamos por servicios de Proveedores participantes. Usted deberá mostrar Su tarjeta de 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: 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 EOC 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 de reclamo, según se describió anteriormente. No se aceptan cheques cancelados ni recibos. Cigna no será responsable de los beneficios si no recibe una prueba de pérdida, presentada por escrito, dentro de dicho plazo.

Cesión de pagos de reclamos:

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

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

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

Nosotros podemos, a Nuestra entera discreción, pagarle a Usted el costo de cualquier Gasto cubierto de un Proveedor no participante, aun si los beneficios se han cedido. Cuando los beneficios se 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.

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

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

Pago de reclamos: Los beneficios pagaderos en virtud de esta EOC 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 EOC 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.

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

Procedimientos sobre determinaciones de Necesidad médica

En general, los servicios y beneficios de salud deben ser Médicamente necesarios para estar cubiertos por la EOC. 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 EOC indica quién es responsable de obtener esta revisión. El Miembro 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 EOC y en los documentos de participación en la red del Proveedor del Miembro, según corresponda.

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

Determinaciones de Necesidad médica previas al servicio

Cuando el Miembro o su representante soliciten una determinación de Necesidad médica requerida antes del cuidado, Cigna notificará al Miembro 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 al Miembro o a su representante en el término de 15 días a partir de la recepción de la solicitud. Esta notificación incluirá la fecha en que se puede esperar recibir la determinación, que no superará los 30 días contados a partir de la recepción de la solicitud. Si se necesita más tiempo porque en la solicitud falta información necesaria, en la notificación también se especificará qué información se necesita, y el Miembro 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 el Miembro o su representante respondan la notificación.

Si los períodos de determinación precedentes (a) pusieran en grave peligro la vida o la salud del Miembro, o su capacidad para recuperar la funcionalidad plena, o (b) a criterio de un Médico con conocimiento de la condición médica del Miembro, 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 al Miembro 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 al Miembro o a su representante en el término de 24 horas a partir de la recepción de dicha solicitud y especificará qué información se necesita. El Miembro 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 al Miembro o a su representante respecto de la determinación de beneficios acelerada en el término de 48 horas a partir de que el Miembro 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 el Miembro 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 el Miembro 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 un Miembro y este desee extender la aprobación, el Miembro 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 el Miembro 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 un Miembro 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 al Miembro 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 el Miembro 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 el Miembro o su representante respondan la notificación.

Determinaciones sobre reclamos posteriores al servicio

Cuando un Miembro 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 al Miembro 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 el Miembro 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 el Miembro o su representante respondan la notificación.

Notificación de determinación adversa

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

Primas

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

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

Su Prima podrá modificarse debido a (por ejemplo):

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

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

Cigna también se reserva el derecho a modificar la Prima mediante notificación cursada por escrito con 60 días de anticipación. No obstante, no modificaremos la tabla de Primas en forma individual, sino para todos los Miembros de la misma clase que estén cubiertos en virtud de la misma EOC 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 EOC.