

Cigna HealthCare of North Carolina, 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 North Carolina, Inc.
EVIDENCIA DE COBERTURA INDIVIDUAL Y FAMILIAR**

Cigna Connect 3500 Diabetes Care y Cigna Connect 3500-1 Diabetes Care

Derecho a devolver el contrato dentro de los 10 días 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, escribanos a:

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

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

¡ES POSIBLE QUE ESTA EOC NO SE APLIQUE CUANDO TENGA UN RECLAMO! ¡LEA ESTE AVISO! Cigna HealthCare of North Carolina, Inc. (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.

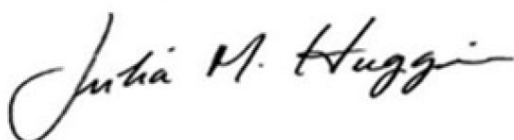
**ESTE ES UN CONTRATO LEGAL
Lea Su Evidencia de cobertura atentamente**

**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

Información importante sobre la cancelación
Lea la disposición titulada “Cancelación”, que se encuentra en la página 97.

Acceso directo a obstetras y ginecólogos

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

Selección de un Médico de cuidado primario

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

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

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
ACERCA DE ESTA EOC.....	1
ESTA ES UNA EOC DE UN PLAN HMO	2
ELECCIÓN DE UN MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO	2
SI NECESITA UN ESPECIALISTA	2
CAMBIO DE MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO	3
SI SU MÉDICO ABANDONA LA RED	3
CONTINUIDAD DEL CUIDADO DE LA SALUD	3
SI ESTÁ INTERNADO EN UN HOSPITAL	4
INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LOS BENEFICIOS	5
PROGRAMA DE AUTORIZACIÓN PREVIA.....	5
PROGRAMA DE BENEFICIOS.....	7
DEFINICIONES	21
¿QUIÉNES CUMPLEN CON LOS REQUISITOS PARA OBTENER LA COBERTURA?	37
REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD.....	37
¿CUÁNDO PUEDO PRESENTAR UNA SOLICITUD?.....	38
CAUSAS ESPECÍFICAS QUE IMPIDEN CUMPLIR CON LOS REQUISITOS PARA RECIBIR COBERTURA.....	43
CONTINUACIÓN.....	43
ESTUDIANTES AUSENTES POR UNA LICENCIA MÉDICAMENTE NECESARIA	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	50
SERVICIOS Y SUMINISTROS PARA PACIENTES INTERNADOS PROPORCIONADOS POR UN HOSPITAL O UN CENTRO QUIRÚRGICO INDEPENDIENTE PARA PACIENTES AMBULATORIOS.....	50
SERVICIOS PARA PACIENTES INTERNADOS EN OTROS CENTROS DE CUIDADO DE LA SALUD.....	51
INFERTILIDAD.....	51
ATENCIÓN DE ENFERMOS TERMINALES.....	51
SERVICIOS PROFESIONALES Y OTROS SERVICIOS.....	52
EQUIPO MÉDICO DURADERO.....	52
SUMINISTROS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS.....	53
PLAGIOCEFALIA POSICIONAL	53
SERVICIOS DE AMBULANCIA.....	53
SERVICIOS DE TERAPIA DE REHABILITACIÓN (FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL Y TERAPIA DEL HABLA).....	53
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN PULMONAR Y CARDÍACA.....	54
SERVICIOS DE HABILITACIÓN.....	54
SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y TRASTORNO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	55
CIRUGÍA BARIÁTRICA.....	56
COBERTURA DE APARATOS AUDITIVOS	56
CIRUGÍA ORTOGNÁTICA	57
CUIDADO DENTAL.....	57
BENEFICIOS DE CUIDADO DENTAL PEDIÁTRICO	57
CUIDADO PARA EL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD.....	57
SERVICIOS DE CUIDADO PREVENTIVO.....	58

TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA	60
TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS, Y CUIDADOS ESPECIALIZADOS RELACIONADOS	61
DIABETES	63
PROVEEDORES EN PAÍS EXTRANJERO	63
SERVICIOS DE CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR.....	63
MASTECTOMÍA Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS	64
SERVICIOS PARA LA DISFUNCIÓN SEXUAL	65
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA	65
TRATAMIENTO DE LA DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (TMJ)	65
APARATOS Y DISPOSITIVOS PROTÉSICOS EXTERNOS.....	65
ESTUDIOS CLÍNICOS	66
EVALUACIÓN DE NUTRICIÓN.....	68
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES: LO QUE ESTA EOC NO CUBRE	69
SERVICIOS EXCLUIDOS	69
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	75
PAGOS DE FARMACIA.....	75
MEDICAMENTOS CON RECETA CUBIERTOS EN VIRTUD DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS	75
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS INYECTABLES AUTOADMINISTRADOS Y MEDICAMENTOS PARA INFUSIÓN E INYECTABLES	76
PROGRAMA DE DESPACHO CON SUMINISTRO DIVIDIDO	76
ADMINISTRACIÓN DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CON RECETA.....	76
GASTOS CUBIERTOS.....	77
PATIENT ASSURANCE PROGRAM	77
LO QUE ESTÁ CUBIERTO	78
CONDICIONES DEL SERVICIO	79
MEDICAMENTOS NO APROBADOS.....	79
EXCLUSIONES	80
LIMITACIONES.....	81
PROGRAMA COMPLEMENTARIO DE DESCUENTO EN MEDICAMENTOS.....	82
PROCESO DE AUTORIZACIÓN, EXCEPCIÓN Y APELACIÓN PARA MEDICAMENTOS CON RECETA Y SUMINISTROS RELACIONADOS.....	82
COBERTURA DE MEDICAMENTOS NUEVOS.....	83
REEMBOLSO/PRESENTACIÓN DE RECLAMOS.....	84
RECLAMOS Y SERVICIO AL CLIENTE.....	84
BENEFICIOS DE CUIDADO DE LA VISTA PEDIÁTRICO BRINDADO POR UN OFTALMÓLOGO U OPTOMETRISTA	85
DEFINICIONES.....	85
BENEFICIOS DE LA VISTA PEDIÁTRICOS.....	85
BENEFICIOS CUBIERTOS.....	85
EXCLUSIONES	86
PROVEEDORES DE CIGNA VISION	87
DISPOSICIONES GENERALES	88
SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO	88
RECUPERACIÓN DE BENEFICIOS EN EXCESO	88
DISPOSICIÓN SOBRE ALTERNATIVA DE CONTENCIÓN DE COSTOS	88
QUÉ HACER CUANDO TENGA UNA QUEJA FORMAL O UNA APELACIÓN	91
COMIENCE CON SERVICIOS A LOS MIEMBROS.....	91
INFORMACIÓN RELEVANTE	96
TÉRMINOS DE LA EOC.....	97
OTROS SEGUROS CON ESTA ASEGURADORA	102
CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO DE BENEFICIOS	102
PRIMAS	104

INTRODUCCIÓN

Acerca de esta EOC

Su cobertura médica se brinda en virtud de una Evidencia de cobertura (EOC) emitida por Cigna HealthCare of North Carolina, 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”, “Su” o “Suyo/a” 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 la 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, NIÑOS EN GUARDA O NIÑOS ADOPTADOS QUE HAYAN SIDO INCORPORADOS DENTRO DE LOS 60 DÍAS SIGUIENTES AL NACIMIENTO O LA COLOCACIÓN EN SU HOGAR), 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.

TENGA EN CUENTA QUE LA RESCISIÓN DE LA COBERTURA ESTÁ SUJETA AL PROCESO DE APELACIÓN INTERNA

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, según lo establecido en las disposiciones de la sección "Circunstancias especiales" de esta EOC.

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

Elección de un Médico de cuidado primario

Un Médico de cuidado primario puede cumplir un rol importante en lo que hace a satisfacer necesidades de cuidado de la salud brindando o coordinando la atención médica para cada 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 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 se le diagnostica una enfermedad o condición grave o crónica degenerativa, discapacitante o con riesgo de vida, puede elegir un especialista que sea un Proveedor participante como Médico de cuidado primario.

Si determinamos que ese especialista no podría coordinar Sus cuidados de la manera apropiada, es posible que deneguemos Su solicitud de usar a ese especialista como Su PCP.

Cigna no limitará ninguna de estas dos particularidades:

- (1) La posibilidad de un Proveedor participante de analizar con un Miembro las opciones de tratamiento clínico médicamente disponibles, los riesgos asociados con los tratamientos o un tratamiento recomendado.
- (2) Las obligaciones profesionales del Proveedor participante con los pacientes, según lo especificado en la licencia profesional del proveedor.

Si necesita un especialista

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

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

Cambio de Médico de cuidado primario

Usted puede cambiar voluntariamente Su PCP, pero no más de una vez en cualquier mes calendario. Nos reservamos el derecho de determinar la cantidad de veces que podrá cambiar de PCP durante un Año del plan. Para solicitar un cambio de un Médico de cuidado primario a otro, visite 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 60 días 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.

Además, en caso de que se hubiera determinado que un Miembro tiene una enfermedad terminal en el momento en que finaliza la participación de un Proveedor en la red, y que ese Proveedor hubiera estado tratando la enfermedad terminal antes de la finalización de su participación, el período de continuidad del cuidado se extenderá durante el resto de la vida del Miembro con respecto a los cuidados directamente relacionados con el tratamiento de la enfermedad terminal o sus manifestaciones médicas.

Si se rechaza Su solicitud de continuidad del cuidado, Usted puede seguir el procedimiento de apelación interna y externa detallado en la sección titulada “Qué hacer cuando tenga alguna queja o apelación”.

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.

Si en la Fecha de entrada en vigor de Su cobertura Usted está en Su segundo o tercer trimestre de embarazo, el período de continuidad del cuidado con el tratamiento del Proveedor que le estaba tratando antes de la Fecha de entrada en vigor de Su cobertura será de hasta 60 días de cuidado posparto brindado por ese Proveedor.

Si en la Fecha de entrada en vigor de Su cobertura Usted ya tiene un diagnóstico y se encuentra en tratamiento por una enfermedad terminal, el período de continuidad del cuidado se extenderá durante el resto de Su vida con respecto a los cuidados del Proveedor que estaba tratando la enfermedad terminal antes de Su Fecha de entrada en vigor, para los cuidados directamente relacionados con el tratamiento de la enfermedad terminal o sus manifestaciones médicas.

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 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, y según lo establecido en la sección “Circunstancias especiales”. Para obtener más detalles, consulte la sección “Cómo funciona la EOC” de Su EOC.

AVISO: Sus gastos reales por los Servicios cubiertos pueden superar el porcentaje de Coseguro establecido o la cantidad del Copago porque es posible que no se usen los cargos reales del Proveedor para determinar las obligaciones de pago del plan y del Miembro.

Los siguientes servicios están cubiertos según lo exigido por el estado de North Carolina: linfedema, atención de emergencia, estadía mínima como paciente internado después de un parto, beneficios mínimos ofrecidos para el tratamiento del alcoholismo/abuso de drogas, acceso a medicamentos no incluidos en el formulario, aparatos auditivos, medición de la densidad ósea, anticonceptivos o dispositivos anticonceptivos, examen de detección del cáncer colorrectal, exámenes de audición a Recién nacidos, pruebas de control para el cáncer de ovario, examen de detección del cáncer de próstata, cirugía de reconstrucción mamaria después de una mastectomía, cobertura de defectos congénitos y anomalías, estudios clínicos, anestesia y cargos hospitalarios por procedimientos dentales para ciertas personas, diabetes, equidad en los beneficios y requisito de cobertura mínima para enfermedades mentales, cobertura de ciertos medicamentos no aprobados para el tratamiento del cáncer, cobertura de la disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés), rehabilitación cardíaca y pulmonar, dispositivo ortopédico para plagiocefalia posicional, búsqueda de donante de órganos, disfunción sexual, esterilización, servicios hematológicos.

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS		PROVEEDOR PARTICIPANTE	
Nota:		(En función de la Tarifa negociada) por Gastos cubiertos	
Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible aplicable, salvo que específicamente se disponga lo contrario.		USTED PAGA	
Beneficios médicos			
Deducible			
Individual			\$3,500
Grupo familiar			\$7,000
El Deducible se aplica, salvo que específicamente se disponga lo contrario.			
Coseguro			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

<p>Desembolso máximo</p> <p>Individual</p> <p>Grupo familiar</p>	<p>\$8,550</p> <p>\$17,100</p>
<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:**

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

Cuidado de la vista pediátrico prestado por un Oftalmólogo u Optometrista
para Miembros menores de 19 años.

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

Examen de la vista completo y refracción para niños

Límite de un examen por Año

0% por examen, no se aplica el Deducible

Anteojos y lentes para niños

Marcos pediátricos

0% por par, no se aplica el Deducible

Lentes monofocales

0% por par, no se aplica el Deducible

Lentes bifocales con línea

0% por par, no se aplica el Deducible

Lentes trifocales con línea o progresivos estándares

0% por par, no se aplica el Deducible

Lentes lenticulares

0% por par, no se aplica el Deducible

Lentes de contacto terapéuticos para niños

Límite de un suministro por Año

0% por par, no se aplica el Deducible

Lentes de contacto opcionales para niños

Límite de un par por Año

0% por par, no se aplica el Deducible

Servicios para personas con poca visión

Examen de la vista para personas con poca visión no más de una vez por Año y no menos de una vez cada 5 Años.

0%, no se aplica el Deducible

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

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

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

(En función de la Tarifa negociada) por Gastos cubiertos

USTED PAGA

<p>Servicios del Médico</p> <p>Visita al consultorio</p> <p>Médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)</p> <p>Especialista (incluidos servicios de consulta y segunda opinión)</p> <p>Nota: Las Visitas al consultorio para la evaluación y el tratamiento de la obesidad se limitan a un máximo de cuatro (4) visitas por Año calendario</p>	<p>Copago de \$10 por Visita al consultorio No se aplica el Deducible</p> <p>30%</p>
<p>Otros servicios del Médico</p> <p>Cirugía en el consultorio del Médico</p> <p>Honorarios profesionales para pacientes ambulatorios (incluye cirugía, anestesia, procedimientos de diagnóstico, diálisis, radioterapia)</p> <p>Cirugía, anestesia, radioterapia y quimioterapia para pacientes internados</p> <p>Visitas hospitalarias</p> <p>Pruebas y tratamiento/inyecciones para alergias</p>	<p>30%</p> <p>30%</p> <p>30%</p> <p>30%</p> <p>30%</p>

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 virtual

Servicio de Médicos de atención virtual exclusivos para condiciones médicas agudas menores

Servicio de atención virtual de Médicos participantes que no sean Médicos de atención virtual exclusivos. (Este beneficio excluye los servicios prestados 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

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

Servicios hospitalarios**Servicios hospitalarios para pacientes internados**

Cargos del centro

30%

Honorarios profesionales

30%

Admisiones de emergencia

Cargos del centro

Honorarios profesionales

Los beneficios se muestran en el programa de beneficios de Servicios de emergencia, en la página 17

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

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

(En función de la Tarifa negociada) por Gastos cubiertos

USTED PAGA

<p>Servicios en centros para pacientes ambulatorios Incluye centros de diagnóstico y Centros quirúrgicos independientes para pacientes ambulatorios, y centros hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	<p>30%</p>
<p>Imágenes radiológicas avanzadas (incluye resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés), angiografías por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), tomografías computarizadas (CAT, por sus siglas en inglés) y tomografías por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés) Cargos del centro y por la interpretación</p>	<p>30%</p>
<p>Todos los demás servicios de laboratorio y radiología Cargos del centro y por la interpretación</p> <p>Consultorio del Médico</p> <p>Centro de radiografías o laboratorio independiente</p> <p>Servicios de laboratorio o radiografías en un Hospital para pacientes ambulatorios</p>	<p>30%</p> <p>30%</p> <p>30%</p>
<p>Servicios de rehabilitación</p> <p>El máximo no se aplica a los servicios por el tratamiento de Trastornos del espectro autista.</p> <p>Fisioterapia Tratamiento quiropráctico Terapia ocupacional</p> <p>Límite combinado de 30 visitas por Miembro por Año</p> <p>Terapia del habla Límite de 30 visitas por Miembro por Año</p>	<p>Copago de \$10 por Visita al consultorio No se aplica el Deducible</p> <p>30%</p>
<p>Rehabilitación cardíaca y pulmonar</p> <p>Cardíaca: 30 visitas y pulmonar: 1 tratamiento máximo por Miembro, por Año calendario. Límites basados en las pautas de Necesidad médica.</p>	<p>30%</p>

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

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

(En función de la Tarifa negociada) por Gastos cubiertos

USTED PAGA

<p>Servicios de habilitación</p> <p>Fisioterapia Tratamiento quiropráctico Terapia ocupacional</p> <p>Límite combinado de 30 visitas por Miembro por Año</p> <p>Terapia del habla</p> <p>Límite de 30 visitas por Miembro por Año</p> <p>Los máximos de los Servicios de habilitación no se aplican a los Servicios de rehabilitación.</p> <p>Nota: El máximo no se aplica a los servicios por el tratamiento de Trastornos del espectro autista.</p>	<p>Copago de \$10 por Visita al consultorio No se aplica el Deducible</p> <p>30%</p>
<p>Tratamiento de la Disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ/TMD, por sus siglas en inglés)</p>	<p>30%</p>
<p>Servicios de anticonceptivos para mujeres, planificación familiar y esterilización</p>	<p>0%, no se aplica el Deducible</p>
<p>Esterilización masculina</p>	<p>Se aplica un Copago o Coseguro por el beneficio específico proporcionado</p>
<p>Maternidad (embarazo y parto)/complicaciones del embarazo</p> <p>Visita inicial al consultorio para confirmar el embarazo y visitas prenatales subsiguientes facturadas por separado de la tarifa "total"</p> <p>Servicios prenatales, posnatales y parto facturados como una tarifa "total"</p> <p>Parto en el Hospital</p> <p>Pruebas o tratamientos prenatales facturados por separado de la tarifa "total"</p> <p>Visita o tratamiento posnatales facturados por separado de la tarifa "total"</p>	<p>Se aplica el beneficio de Visita al consultorio del PCP o Especialista</p> <p>30%</p> <p>Se aplica el beneficio de servicios hospitalarios para pacientes internados</p> <p>Se aplica un Copago o Coseguro por el servicio específico proporcionado</p> <p>Se aplica un Copago o Coseguro por el servicio específico proporcionado</p>

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

Servicios de Infertilidad	30%
Servicios para la disfunción sexual	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 Máximo de 60 días por Miembro, por Año calendario, para todos los centros enumerados	30%
Servicios de cuidado de la salud en el hogar	30%
Equipo médico duradero	30%
Prótesis	30%
Dispositivo ortopédico para plagiocefalia posicional	30%
Aparatos auditivos Límite de un aparato auditivo por oído con audición disminuida cada 36 meses	30%
Diagnóstico y tratamiento del linfedema	30%
Estudios clínicos	30%
Cirugía bariátrica (Consulte los detalles de los beneficios en la	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

sección titulada “Lo que está cubierto” para conocer los procedimientos cubiertos y otros límites a los beneficios que puedan aplicarse)	
Atención de enfermos terminales Paciente internado Paciente ambulatorio	 30% 30%
Diálisis Paciente internado Paciente ambulatorio	Se aplica el beneficio de servicios hospitalarios para pacientes internados 30%
Trastorno de salud mental Paciente internado (incluye tratamiento residencial y agudo) Paciente ambulatorio (incluye tratamiento individual, grupal, intensivo para pacientes ambulatorios y hospitalización parcial) Visita al consultorio Todos los demás servicios para pacientes ambulatorios	Se aplica el beneficio de servicios hospitalarios para pacientes internados 30% 30%
Trastorno de consumo de sustancias Rehabilitación para pacientes internados (incluye tratamiento residencial y agudo) Desintoxicación para pacientes internados Paciente ambulatorio (incluye tratamiento individual, grupal, intensivo para pacientes ambulatorios y hospitalización parcial) Visita al consultorio Todos los demás servicios para pacientes ambulatorios	Se aplica el beneficio de servicios hospitalarios para pacientes internados Se aplica el beneficio de servicios hospitalarios para pacientes internados 30% 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

<p>Trasplantes de órganos y tejidos</p> <p>Centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network® Beneficio de viaje (disponible únicamente a través de un Centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network®)</p> <p>Centro participante que no sea de LifeSOURCE contratado específicamente para proporcionar Servicios de trasplante</p> <p>Centro participante que NO sea contratado específicamente para proporcionar Servicios de trasplante</p>	<p>0%</p> <p>Se aplica el beneficio de servicios hospitalarios para pacientes internados</p> <p>Sin cobertura</p>
<p>Servicios de dispositivo de asistencia ventricular</p> <p>Centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network®</p> <p>Centro participante que no sea de LifeSOURCE contratado específicamente para proporcionar Servicios de dispositivo de asistencia ventricular.</p> <p>Centro participante que NO sea contratado específicamente para proporcionar Servicios de dispositivo de asistencia ventricular.</p>	<p>0%</p> <p>Se aplica el beneficio de servicios hospitalarios para pacientes internados</p> <p>Sin cobertura</p>
<p>Medicamentos para infusión e inyectables, y servicios o Suministros relacionados</p> <p>administrados por un profesional médico en un consultorio o en un centro para pacientes ambulatorios</p>	<p>30%</p>
<p>Cuidado dental (que no sea pediátrico)</p> <p>Limitado al tratamiento de lesiones accidentales de los dientes naturales</p>	<p>30%</p>
<p>Servicios y suministros específicos para diabéticos</p>	<p>0% No se aplica el Deducible</p>

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 paga Usted Por Proveedores participantes en función de la Tarifa negociada por Gastos cubiertos	Lo que paga Usted Por Proveedores no participantes en función del Cargo máximo reembolsable por Gastos cubiertos
Tenga en cuenta que: Además de las cantidades de Costo compartido descritas a continuación, es posible que Usted deba pagar cargos adicionales, incluidos a modo de ejemplo: (a) cargos por Servicios no cubiertos y (b) cargos por servicios prestados por Proveedores no participantes que superen el Cargo máximo reembolsable.		
<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 transporte Medicamento necesario: al centro más cercano capaz de tratar la Condición médica de emergencia Transporte de emergencia 	<p style="text-align: center;">50%</p> <p>Sin cobertura (Usted paga el 100% de los cargos)</p> <p style="text-align: center;">Copago de \$35 No se aplica el Deducible</p> <p style="text-align: center;">Copago de \$35 No se aplica el Deducible</p> <p style="text-align: center;">30%</p>	<p>Se aplica el Costo compartido Dentro de la red</p> <p>Sin cobertura (Usted paga el 100% de los Cargos)</p> <p>Se aplica el Costo compartido Dentro de la red</p> <p>Sin cobertura (Usted paga el 100% de los Cargos)</p> <p>Se aplica el Costo compartido Dentro de la red</p>
Servicios hospitalarios para pacientes internados (para admisión de emergencia en un Hospital de cuidados agudos) <ul style="list-style-type: none"> Cargos del centro hospitalario (Los Servicios de emergencia prestados por un Proveedor no participante se cubren al nivel de beneficios Dentro de la red hasta que el paciente pueda ser trasladado a un centro participante. Los beneficios de centros no participantes no se cubren desde el momento en que el paciente puede ser trasladado, ya sea que se traslade o no). Servicios profesionales 	<p style="text-align: center;">30%</p> <p style="text-align: center;">30%</p>	<p>Se aplica el Costo compartido Dentro de la red hasta que pueda trasladarse a un Hospital Dentro de la red; si no se traslada, Sin cobertura (Usted paga el 100% de los Cargos)</p> <p>Se aplica el Costo compartido Dentro de la red hasta que pueda trasladarse a un Hospital Dentro de la red; si no se traslada, Sin cobertura (Usted paga el 100% de los Cargos)</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		
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>		
<u>Deducible de 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>
<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>

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

<p>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>
<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.

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 móvil 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, en forma directa o indirecta, por una cantidad diferente, inclusive cuando Cigna haya celebrado contratos, en forma directa o indirecta, con una entidad para coordinar la prestación de Servicios cubiertos a través de contratos con Proveedores de dichos servicios y/o suministros.

Cigna, Nosotros, Nuestro y Nos se refiere a Cigna HealthCare of North Carolina, 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®.

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.**

Complicaciones del embarazo significa condiciones médicas cuyos diagnósticos son distintos del embarazo, pero que se ven adversamente afectadas por el embarazo o son ocasionadas por este, que hacen que la vida de la madre esté en peligro o que sea imposible dar a luz a un Recién nacido viable y que requieren que la madre reciba tratamiento antes de que Su embarazo llegue a término (con las excepciones que se establecen más adelante), que incluyen, a modo de ejemplo: desprendimiento de placenta; nefritis aguda; descompensación cardíaca; polihidramnios documentado; eclampsia; embarazo ectópico; diabetes mellitus insulino dependiente; aborto retenido; nefrosis; placenta previa; sensibilización al Rh; preeclampsia severa; enfermedad trofoblástica; toxemia; hemorragia posparto inmediata debido a atonía uterina; retención de placenta o ruptura uterina dentro de las 72 horas después del parto; o las siguientes condiciones dentro de los 10 días después del parto: infección urinaria, mastitis, tromboflebitis, endometritis y cesárea de emergencia. Los efectos secundarios comunes de un embarazo normal, las condiciones no incluidas específicamente en esta definición, la reparación de una episiotomía y las lesiones del parto no se consideran complicaciones del embarazo.

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

Los Gastos cubiertos pueden estar limitados por otros máximos específicos que se describen en esta 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.

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 de Wake, Orange, Chatham, Johnston, Durham, Alamance, Person, Lee, Granville, Vance, Warren y Franklin en el estado de North Carolina, 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 North Carolina, 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 eficacia en comparación con el estándar actual de tratamiento o diagnóstico; o
- existe evidencia confiable que demuestra que el consenso de opinión entre expertos indica que son necesarios más estudios o estudios clínicos para determinar su máxima dosis tolerada, toxicidad, seguridad, eficacia o eficacia en comparación con el método estándar de tratamiento del diagnóstico.

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

Deducible familiar se aplica si Usted y uno o más de los Miembros de Su familia están inscritos para recibir cobertura en virtud de esta 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 la familia significa Su cónyuge, hijos u otras personas inscritas para recibir cobertura en virtud de esta EOC. Los Miembros de la 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 anestesistas con licencia entre su personal médico;
- cuenta con al menos dos quirófanos y una sala de recuperación;
- cuenta con centros de laboratorio y radiografías de diagnóstico;
- cuenta con equipo para cuidado de emergencia;
- cuenta con un banco de sangre;
- lleva registros médicos;
- tiene acuerdos con Hospitales para la admisión inmediata de pacientes que requieren Internación hospitalaria; y
- cuenta con una licencia de acuerdo con las leyes de la agencia legalmente autorizada que corresponda.

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

- Reemplazando un gen que causa una enfermedad por una copia sana de este gen.
- Inactivando un gen que causa una enfermedad que puede no estar funcionando correctamente.
- Introduciendo un gen nuevo o modificado en el cuerpo para ayudar a tratar una enfermedad.

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

Medicamento genérico (o Genérico) significa un Medicamento con receta que Cigna identifica como un Medicamento genérico en su cartera de clientes basándose principalmente en los recursos de datos disponibles, incluidos a modo de ejemplo, First Databank u otra fuente de indicadores de medicamentos con reconocimiento nacional, que clasifican los medicamentos o los productos biológicos (incluidos los

productos biosimilares) como productos de marca o genéricos según diversos factores. Es posible que no todos los productos identificados como “Genéricos” por el fabricante, la Farmacia o Su Médico estén clasificados como Medicamentos genéricos de acuerdo con la EOC.

Queja formal significa una queja escrita presentada por una persona cubierta sobre cualquiera de los siguientes asuntos:

- Decisiones, políticas o acciones de Cigna relacionadas con la disponibilidad, la prestación o la calidad de servicios de cuidado de la salud. Una queja escrita presentada por una persona cubierta sobre una decisión tomada únicamente sobre la base de que el plan de beneficios de salud contiene una exclusión de beneficios por el servicio de cuidado de la salud en cuestión no constituye una queja formal si la exclusión del servicio específico solicitado está claramente establecida en esta EOC.
- Pago o manejo de reclamos; o reembolso de servicios.
- La relación contractual entre una persona cubierta y Cigna.
- El resultado de una apelación de una Denegación de certificación.

Servicios de habilitación son los servicios que:

- (i) están 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,
- (ii) cubren servicios de cuidado de la salud y dispositivos que ayudan a un Miembro a conservar, aprender o mejorar las habilidades y funciones para la vida cotidiana,
- (iii) se prevé que produzcan una mejoría terapéutica o del desarrollo significativa y medible durante un período de tiempo claramente definido, y
- (iv) están individualizados y basados en documentación que describe metas de tratamiento cuantificables, medibles y alcanzables.

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

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

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

Hospital significa:

- una institución que ha obtenido una licencia para operar como Hospital, que: (a) cuenta en el establecimiento con todos los centros necesarios para el tratamiento médico y quirúrgico; (b) proporciona dicho tratamiento mediante hospitalización, a cambio de una compensación, bajo la supervisión de Médicos; y (c) proporciona servicio las 24 horas a cargo de Enfermeras tituladas registradas; o
- una institución que cumple con los requisitos para operar como Hospital, Hospital psiquiátrico, y un Proveedor de servicios de Medicare, si tal institución contara con la certificación de hospital de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Salud para el tratamiento o diagnóstico apropiados; o
- una institución que: (a) se especializa en el tratamiento de 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 significa la incapacidad de concebir un niño después de 12 meses consecutivos de haberlo intentado sin resultados.

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 de Seguros Médicos Administrado por el Gobierno Federal, 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.

Médicamente necesarios o Dentalmente necesarios hace referencia a los servicios o suministros que:

- Se proporcionan para el diagnóstico, el tratamiento, la cura o el alivio de una condición médica, enfermedad o lesión; y, a excepción de lo permitido en virtud del artículo 58-3-255 del Compendio General de Leyes de North Carolina, no tienen fines experimentales, de investigación o estéticos.
- Son necesarios y apropiados para el diagnóstico, el tratamiento, la cura o el alivio de una condición médica, enfermedad o lesión, o sus síntomas.
- Se encuentran dentro de los estándares generalmente aceptados de la atención médica en la comunidad.
- No tienen como fin principal la comodidad del Miembro, la familia del Miembro, el Médico u otro Proveedor.

Para los servicios Médicamente necesarios, ninguna disposición de esta subsección impide que una aseguradora compare la relación costo-eficacia de servicios o suministros alternativos al determinar qué servicios o suministros estarán cubiertos.

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.

Denegación de certificación significa una determinación de Cigna que establece que una admisión, disponibilidad de cuidado, estadía continua u otro servicio de cuidado de la salud han sido analizados y, según la información proporcionada, no cumplen con los requisitos de Cigna sobre necesidad médica, si son apropiados, el lugar donde deben brindarse, el nivel de atención o la efectividad, o no cumplen con el estándar de persona prudente sin conocimiento especializado para la cobertura de servicios de emergencia, en virtud de todo lo cual el servicio solicitado se rechaza, se reduce o se cancela. Una Denegación de certificación no es una decisión tomada únicamente sobre la base de que el plan de beneficios de salud no proporciona beneficios para el servicio de cuidado de la salud en cuestión, si la exclusión del servicio específico solicitado está claramente establecida en esta EOC. Una Denegación de certificación incluye cualquier situación en la que Cigna toma una decisión sobre la condición de una persona cubierta para determinar si un tratamiento solicitado es experimental, de investigación o estético, y el alcance de la cobertura en virtud de Su Plan se ve afectado por esa decisión.

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 directa o indirectamente con Cigna para coordinar, a través de contratos con Proveedores, la prestación de servicios y/o suministros, cuyos cargos son Gastos cubiertos.

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

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

Servicios de cuidado de la vista pediátrico significa exámenes de cuidado de la vista y otros servicios o tratamientos que se describen en la sección “Servicios de cuidado de la vista pediátrico” de esta 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.

Plagiocefalia posicional es la forma asimétrica de la cabeza de un bebé por recibir una presión externa dispareja sobre el cráneo, tanto antes como después de nacer. No incluye la asimetría de la cabeza de un bebé debido al cierre prematuro de las suturas craneales.

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

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

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

Medicamentos inyectables autoadministrados son medicamentos aprobados por la FDA que una persona puede administrarse a sí misma mediante una inyección intramuscular, intravenosa o subcutánea. Esto no incluye 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 visite el sitio web www.mycigna.com y haga clic en el título *Find Care and Cost* (Dónde atenderse y cuánto cuesta).

Disfunción sexual hace referencia a cualquiera de un grupo de trastornos sexuales caracterizados por la inhibición ya sea del deseo sexual o de los cambios psicofisiológicos que generalmente caracterizan la respuesta sexual. Algunos de los trastornos incluidos son: trastorno de la excitación sexual femenina, trastorno eréctil masculino y trastorno del deseo sexual hipoactivo.

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

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

Estabilizar significa, con respecto a una Condición médica de emergencia, brindar la atención médica apropiada para prevenir un agravamiento sustancial de la condición de la persona, con un nivel razonable de probabilidad médica, de conformidad con las pautas de interpretación, las políticas y las reglamentaciones de la Administración de Financiamiento del Cuidado de la Salud (HCFA, por sus siglas en inglés) en lo que respecta a las responsabilidades de los Hospitales en casos de emergencia (según lo dispuesto por la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo, artículo 1867 de la Ley del Seguro Social, artículo 1395dd del Título 42 del Código de los Estados Unidos), incluidos los servicios y suministros Médicamente necesarios para mantener la estabilización hasta que el Miembro sea trasladado.

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.

Nosotros/Nos/Nuestro se refiere a Cigna HealthCare of North Carolina, Inc. (Cigna).

"Usted", "Su" o "Suyo/a" 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 North Carolina; 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 legal o pareja de hecho que vive en el Área de inscripción.
- Sus hijos que no hayan cumplido los 26 años.

Sus hijos Recién nacidos o los **hijos Recién nacidos de Su cónyuge** o pareja de hecho estarán automáticamente cubiertos durante los primeros 31 días de vida. Para que el niño continúe teniendo cobertura después de ese plazo, Usted debe inscribirlo como un Miembro 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. Si no se requiere una prima adicional, Usted debe inscribir al niño pero no se requiere notificación previa. La cobertura entrará en vigor en la fecha de nacimiento del niño o el primer día de cobertura en virtud de esta EOC, lo que suceda más tarde.

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 no se requiere una prima adicional, Usted debe inscribir al niño pero no se requiere notificación previa. La cobertura entrará en vigor en la fecha de nacimiento del niño o el primer día de cobertura en virtud de esta EOC, lo que suceda más tarde.

Un **niño que haya recibido en guarda** está automáticamente cubierto durante 31 días a partir de la fecha de asignación a Su residencia. Para que el niño continúe teniendo cobertura después de ese plazo, Usted debe inscribirlo como Miembro de la familia asegurado solicitando su inscripción como

dependiente dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha de asignación del hogar y pagando las primas adicionales necesarias. Si no se requiere una prima adicional, Usted debe inscribir al niño pero no se requiere notificación previa. La cobertura entraría en vigor en la fecha en que Usted haya recibido al niño en guarda o el primer día de cobertura en virtud de esta EOC, lo que suceda más tarde.

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 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 no hayan cumplido los 26 años.
- Sus hijos solteros, o los de Su cónyuge o pareja de hecho, 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 dentro de un plazo de 31 días después del cumpleaños número 26 del hijo en cuestión y con una frecuencia no mayor a una vez por Año después de que haya cumplido los 26 años.

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 un nuevo 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 virtud de las pautas del período de inscripción especial de la PPACA, la persona que cumple con los requisitos o la persona inscrita pueden elegir una Fecha de entrada en vigor de la cobertura que sea el primer día del mes después de la fecha del evento O elegir una Fecha de entrada en vigor regular. Si la persona que cumple con los requisitos o la persona inscrita no eligen una Fecha de entrada en vigor retrasada, se aplicará por defecto la fecha de nacimiento para un hijo Recién nacido, y la fecha de adopción o asignación del hogar para un hijo adoptado o en 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 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 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 “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 “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 la 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.

Estudiantes ausentes por una licencia Médicamente necesaria

Los estudiantes que estén ausentes por una licencia Médicamente necesaria cumplen con los requisitos para recibir cobertura durante un máximo de 12 meses, pero para que puedan seguir recibiendo cobertura tendrán que seguir cumpliendo con todos los demás requisitos de elegibilidad. Los Miembros de 26 años o más que cumplan con los requisitos para recibir cobertura porque son estudiantes y están ausentes por una licencia Médicamente necesaria seguirán estando cubiertos hasta la primera de las siguientes fechas:

- la fecha en que termine la licencia;
- la fecha en la que se cumplan 12 meses desde que comenzó la licencia;
- la fecha en que termine la cobertura por un motivo que no sea la condición de estudiante del Miembro (por ejemplo, si el estudiante cumple 27 años).

Los estudiantes que vuelvan a estudiar después de que termine su licencia podrán recibir cobertura si cumplen con todos los requisitos de elegibilidad. Se debe presentar la documentación de la Necesidad médica de la licencia al menos 30 días antes de que comience la licencia, si la ausencia y el motivo médico de la ausencia son previsibles. Si la ausencia y el motivo médico de la ausencia no son previsibles, la documentación de la necesidad médica de la licencia debe enviarse dentro de un plazo de 30 días después de que comience la licencia.

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, y según lo establecido en la sección “Circunstancias especiales”.

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.

▪ 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 – Excepciones a la red

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

- cuando no hay un Proveedor participante disponible que pueda prestar esos servicios, o
- cuando un Proveedor participante no puede proporcionar Servicios cubiertos en forma oportuna, o
- si un Miembro recibe servicios en un centro Dentro de la red y los Proveedores Hospitalarios no son Proveedores dentro de la red, o

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

La cobertura recibida a través del Proveedor no participante se limita a lo siguiente:

- Servicios cubiertos a los que Usted hubiera tenido derecho en virtud de esta EOC, y
- 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.

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

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

Si 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.

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, ciento ochenta (180) 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.

Es posible que se aplique un Deducible de medicamentos con receta, aparte del Deducible que se muestra en la primera página del programa de beneficios, cada Año, únicamente a los Medicamentos con receta y Medicamentos de especialidad que cubre esta EOC. Consulte las definiciones de “Deducible individual de medicamentos con receta” y “Deducible familiar de medicamentos con receta”. El Deducible

de medicamentos con receta se muestra en la sección “Beneficios de Medicamentos con receta” del programa de beneficios.

Desembolso máximo

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

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

- Determinados procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico para pacientes ambulatorios

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

Beneficios 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 Medicamente 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, salvo los Servicios de emergencia, y según lo establecido en la sección “Circunstancias especiales”.

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.

Infertilidad

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

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 por:

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

Equipo médico duradero

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.

Plagiocefalia posicional

Se cubren los Servicios médicos para el dispositivo ortopédico que trata la forma asimétrica de la cabeza de un bebé por recibir una presión externa dispereja sobre el cráneo, tanto antes como después de nacer. No incluye la asimetría de la cabeza de un bebé debido al cierre prematuro de las suturas craneales.

Servicios de ambulancia

Esta EOC brinda beneficios por Gastos cubiertos Médicamente necesarios incurridos por 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 hasta el centro más cercano capaz de manejar la emergencia.

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

Esta EOC brinda beneficios para Gastos cubiertos incurridos por los siguientes servicios de rehabilitación:

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

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

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

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 por 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 ayudarle 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 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.
- Biorretroalimentación solo para el control del dolor.

Cirugía bariátrica

Esta EOC brinda beneficios para cargos cubiertos cobrados por servicios médicos y quirúrgicos:

- para el tratamiento o el control de la obesidad clínicamente grave (patológica) según se indica a continuación, y
- si se demuestra, a través de la literatura científica basada en evidencias y revisada por colegas médicos y las pautas científicas existentes, que los servicios son seguros y eficaces para el tratamiento o el control de la condición.

El Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés) recomienda un examen de detección de obesidad y asesoría sobre el tema para los adultos que tengan un índice de masa corporal (IMC) de 30 kg/m o más a fin de referirlos a intervenciones conductuales intensivas y de múltiples componentes. Para los niños de 6 años o más, el USPSTF recomienda que los profesionales clínicos hagan un examen de detección de obesidad y les ofrezcan o los refieran a intervenciones conductuales intensivas integrales para fomentar un peso más saludable.

Los siguientes puntos están específicamente excluidos:

- servicios médicos y quirúrgicos para alterar la apariencia o cambios físicos que sean el resultado de cualquier servicio médico o quirúrgico realizado para el tratamiento o el control de la obesidad o de la obesidad clínicamente grave (patológica).

Cobertura de aparatos auditivos

Esta EOC brinda beneficios para Gastos cubiertos por Cargos cobrados por aparatos auditivos Médicamente necesarios y servicios y Suministros relacionados indicados por un Médico o audiólogo con licencia del estado, lo que incluye, a modo de ejemplo:

- aparatos auditivos iniciales y aparatos auditivos de reemplazo,
- un nuevo aparato auditivo cuando alterar el aparato auditivo existente no pueda satisfacer adecuadamente las necesidades de la persona cubierta,
- servicios, incluida la evaluación inicial del aparato auditivo, la adaptación y los ajustes, y los suministros, incluidos los moldes auriculares,
- dispositivos semiimplantables para la audición,
- aparatos auditivos de implante óseo y aparatos auditivos implantados en el hueso (BAHA, por sus siglas en inglés).

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.

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.

Con respecto a la internación/anestesia para procedimientos dentales, los servicios del centro y de anestesia para la hospitalización en relación con una cirugía dental o bucal estarán cubiertos si Cigna autorizó la internación debido a una condición médica peligrosa. Dichas condiciones incluyen: problemas cardíacos, diabetes, hemofilia, extracciones dentales debido a condiciones relacionadas con un cáncer y la probabilidad de tener una reacción alérgica (o cualquier otra condición que pueda aumentar el peligro de la anestesia). Todos los servicios del centro deben ser proporcionados por un Proveedor participante.

Se pagarán beneficios para anestesia general/radioterapia y los Cargos asociados del centro por procedimientos dentales prestados en un Hospital participante o un Centro quirúrgico independiente para pacientes ambulatorios a:

- un Miembro que sea un hijo menor de 9 años;
- un Miembro de cualquier edad que tenga una discapacidad del desarrollo; o
- un Miembro cuya salud esté comprometida y la anestesia general sea Médicamente necesaria.

Beneficios de cuidado dental pediátrico

El cuidado dental pediátrico para Miembros menores de 19 años se describe en la póliza de Cuidado dental pediátrico en la que está inscrito el Miembro. Los beneficios de la póliza de Cuidado dental pediátrico están sujetos a todos los términos y condiciones de dicha póliza.

Cuidado para el embarazo y la maternidad

Esta EOC brinda beneficios de cuidado para el embarazo y después del parto para Usted y los Miembros de Su familia.

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

La madre y su hijo Recién nacido tienen derecho, en virtud de la ley federal, a cobertura hospitalaria para pacientes internados durante un período de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones; y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones. No restringiremos los beneficios de ninguna estadía en un Hospital en relación con el nacimiento, para la madre o el hijo Recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea; ni

exigiremos que un Proveedor obtenga autorización para recetar una estadía que no supere los períodos mencionados. La decisión de acortar el período de 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 Médico se pongan de acuerdo para el alta antes de las 48 horas después de un parto vaginal o de las 96 horas después de una cesárea, se proporcionará cobertura para el cuidado posterior al parto que resulte oportuno para la madre y su hijo dentro de un plazo de 72 horas después del alta por cualquiera de los siguientes Proveedores:

- una enfermera titulada,
- un Médico,
- una enfermera practicante,
- una enfermera partera o
- un asistente médico con experiencia en salud maternoinfantil.

En cualquiera de los siguientes lugares:

- el hogar,
- el consultorio de un Proveedor,
- un Hospital,
- un centro de maternidad o un centro de cuidados intermedios,
- un centro de salud calificado federalmente, una clínica de salud rural calificada federalmente o una clínica de maternidad del departamento de salud de un estado, o
- cualquier otro lugar apropiado según se determine en virtud de las reglamentaciones federales del Título VI de la Ley General 104-204.

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

Servicios de cuidado preventivo

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

- Exámenes físicos de rutina, que incluyen: orientación y asesoría para el Trastorno de consumo de sustancias, consumo indebido de alcohol, consumo de tabaco, obesidad, ejercicio y dieta saludable/asesoría nutricional.
- Dos Intentos de dejar de fumar (máximo de 4 sesiones de asesoría por intento); los Medicamentos con receta para el tratamiento para dejar de fumar están cubiertos por el beneficio de Medicamentos con receta.
- Mamografía, examen de Papanicolaou y prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) anuales.
- Artículos o servicios que tengan una calificación A o B en las recomendaciones vigentes del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF).
- Inmunizaciones recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
- Para bebés, niños y adolescentes, cuidado preventivo y exámenes de detección basados en evidencias contemplados en las pautas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud.
- Para las mujeres, el cuidado preventivo y los exámenes de detección adicionales que estén contemplados en las pautas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de

Salud, incluidos todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, y asesoramiento para la lactancia y un sacaleches para las madres que amamantan.

Cuidado preventivo de bebés y niños sanos

Los Gastos cubiertos incluyen los siguientes servicios para un Miembro:

- Vacunas contra (a) difteria; (b) *Haemophilus influenzae* tipo b; (c) hepatitis B; (d) sarampión; (e) paperas; (f) tos ferina; (g) poliomielitis; (h) rubéola; (i) tétanos; (j) varicela; (k) rotavirus; y (l) cualquier otra vacuna infantil que exija la Junta de Salud Estatal. Nota: Estas vacunas no están sujetas a ningún deducible, copago ni coseguro.
- Exámenes físicos de rutina.
- Análisis de laboratorio, procedimientos y servicios de radiología médicamente apropiados que se relacionen con el examen físico.
- Exámenes de audición y de la vista de rutina y servicios del Médico que se relacionen con esos exámenes.

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

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

Prueba de medición de la densidad ósea

Cargos con respecto a una persona calificada para el diagnóstico y la evaluación de la osteoporosis o baja densidad ósea si transcurrieron al menos 23 meses desde que se realizó la última Medición de la densidad ósea. Se cubrirán mediciones de seguimiento más frecuentes si se considera Médicamente necesario. Las condiciones por las que se consideraría Médicamente necesario incluyen, a modo de ejemplo: (1) supervisión de Miembros que están recibiendo tratamiento a largo plazo con glucocorticoides por más de 3 meses; o (2) una Medición de la densidad ósea central para determinar la eficacia de agregar un programa de tratamiento adicional para una persona calificada con baja densidad ósea, siempre que la Medición de la densidad ósea se realice entre 12 y 18 meses después de la fecha de inicio del programa adicional.

Medición de la densidad ósea (BMM, por sus siglas en inglés) significa un procedimiento radiológico, radioisotópico o de otro tipo científicamente comprobado, realizado a una persona calificada para identificar la densidad ósea o detectar la pérdida ósea, a fin de iniciar o modificar un tratamiento.

Una persona calificada es una persona que:

- (a) tiene un déficit de estrógeno y riesgo clínico de sufrir osteoporosis o baja densidad ósea;
- (b) tiene osteopenia radiográfica en algún lugar del esqueleto;
- (c) está recibiendo tratamiento a largo plazo con glucocorticoides (esteroides);
- (d) tiene hiperparatiroidismo primario;
- (e) está siendo monitoreada para evaluar la respuesta a tratamientos farmacológicos contra la osteoporosis comúnmente aceptados;
- (f) tiene antecedentes de fracturas mínimamente traumáticas;
- (g) tiene otras condiciones o está recibiendo un tratamiento médico que se sabe que causa osteoporosis o baja densidad ósea.

Cuidado preventivo para adultos

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

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

“Pruebas de control” significa un examen de detección Anual mediante una ecografía transvaginal y un examen pélvico rectovaginal.

- Cargos por mamografías, incluidas:
 - una mamografía de referencia,
 - una mamografía cada dos años,
 - una mamografía todos los años si fuera Médicamente necesario y
 - la interpretación de los resultados de laboratorio por parte del Médico.
- Pruebas de antígeno prostático específico (PSA) o pruebas equivalentes para detectar la presencia de cáncer de próstata, y la Visita al consultorio y el examen físico asociados con esta prueba cuando los indique el Médico o la enfermera practicante del Miembro.
- Los cargos por exámenes de detección del cáncer colorrectal y análisis de laboratorio para la detección del cáncer para un Miembro asintomático o para un Miembro que: tiene un riesgo alto de sufrir cáncer colorrectal de acuerdo con las pautas publicadas más recientemente por la Sociedad Estadounidense de Lucha contra el Cáncer o las pautas adoptadas por el Comité Asesor sobre Coordinación y Control del Cáncer de North Carolina.

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 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) 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 decisión de dar de alta del Hospital a un paciente después de una mastectomía será tomada por el Médico adjunto luego de consultar al paciente, y según el estado de salud y los antecedentes médicos del paciente.

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 "Medicamento necesario" incluida en la EOC. Los beneficios se pagarán como si se tratara de cualquier otra Enfermedad o Lesión en virtud de la EOC.

La cobertura incluye los cargos incurridos por una cirugía reconstructiva realizada en cualquier momento después de una mastectomía, independientemente del tiempo que transcurra entre la mastectomía y la reconstrucción. Los beneficios incluyen: servicios quirúrgicos para restablecer la simetría entre los dos senos, reconstrucción del sitio de la mastectomía, creación de un nuevo montículo mamario y creación de un nuevo complejoaréola-pezones. La cirugía reconstructiva del seno también incluye la mamoplastia de aumento, la mamoplastia de reducción y la mastopexia del seno sano. Prótesis posoperatorias de los

senos; y sostenes y prótesis externas para mastectomías. Durante todas las etapas de la mastectomía, está cubierto el tratamiento de las complicaciones físicas, incluido el tratamiento del linfedema.

Servicios para la disfunción sexual

Esta EOC brinda beneficios para ciertos servicios relacionados con el diagnóstico, el tratamiento y la corrección de las causas subyacentes de la disfunción sexual para todos los Miembros.

Cirugía reconstructiva

Cirugía reconstructiva o tratamiento que constituya un cuidado necesario y tratamiento de defectos congénitos, anomalías congénitas, labio leporino y paladar leporino con diagnóstico médico para Recién nacidos, hijos en guarda, hijos adoptados e hijos en tutela para la adopción que estaban cubiertos desde el nacimiento, la adopción o la tutela para la adopción. Además, la Cirugía reconstructiva o el tratamiento para reparar o corregir una deformidad física grave o desfiguración que está acompañada por un déficit funcional (excepto las anormalidades de la mandíbula o relacionadas con trastornos de la TMJ) siempre que:

- la cirugía o el tratamiento recuperen o mejoren la funcionalidad, o reduzcan el riesgo de sufrir un trastorno funcional; o
- la reconstrucción se requiera como resultado de una cirugía no estética Médicamente necesaria; o
- 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 Cigna determine que existe la probabilidad de una mejoría adicional significativa.

Tratamiento de la Disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ)

Los servicios médicos para los trastornos de la TMJ y otros trastornos de los huesos y las articulaciones de la mandíbula, la cara y la cabeza están cubiertos del mismo modo que 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 en los siguientes casos:
 - 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 en los siguientes casos:
 - a. Para Miembros con sensación periférica disminuida y/o circulación periférica alterada (por ejemplo, la neuropatía diabética y la enfermedad vascular periférica);
 - b. Cuando el Aparato ortopédico para pies es una parte integral de un soporte para extremidades inferiores y es necesario para el funcionamiento apropiado del soporte;
 - c. Cuando el Aparato ortopédico para pies se utiliza para reemplazar o sustituir partes faltantes del pie (por ejemplo, amputación), y es necesario para el alivio o la corrección de una Enfermedad, Lesión o defecto congénito; y
 - d. Para Miembros con 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 por todos los costos de cuidado de rutina de los pacientes relacionados con un estudio clínico aprobado realizado por un Proveedor participante, incluso las Fases I a IV, para un Miembro que cumpla con los siguientes requisitos:

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

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

El estudio clínico debe cumplir con uno de los siguientes requisitos:

1. Contar con la aprobación o la financiación de alguna de las agencias o entidades autorizadas por la ley federal para llevar a cabo estudios clínicos:
 - i. un instituto o centro de los Institutos Nacionales de Salud,
 - ii. la Administración de Alimentos y Medicamentos,

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

Los costos de cuidado de rutina de los pacientes son costos asociados con la provisión de artículos y servicios de cuidado de la salud, incluidos medicamentos, artículos, dispositivos y servicios que Cigna cubriría habitualmente para un Miembro 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 únicamente para suministrar el medicamento, artículo, dispositivo o servicio En investigación.
- Servicios que se requieren para efectuar un control clínicamente apropiado del medicamento, dispositivo, artículo o servicio En investigación.
- Servicios brindados para la prevención de complicaciones que puedan surgir al suministrar el medicamento, dispositivo, artículo o servicio En investigación.
- Cuidado razonable y necesario que pueda surgir al suministrar el medicamento, dispositivo, artículo o servicio En investigación, que incluye el diagnóstico o tratamiento de complicaciones.

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

1. el artículo, dispositivo o servicio En investigación en sí mismo;
2. artículos y servicios que se brinden únicamente para satisfacer necesidades de recopilación y análisis de datos, y que no se usen en el tratamiento clínico directo del paciente; o
3. un servicio que es claramente incongruente con los estándares de cuidado generalmente aceptados y establecidos para un diagnóstico en particular.

Evaluación de nutrición

La asesoría y evaluación en materia de nutrición brindadas por un Proveedor participante están cubiertas cuando los ajustes en la alimentación cumplan una función terapéutica para el tratamiento de una enfermedad crónica/condición diagnosticada, incluidas, a modo de ejemplo:

1. Obesidad patológica
2. Diabetes
3. Enfermedad cardiovascular
4. Hipertensión
5. Enfermedad renal
6. Trastornos alimentarios
7. Trastornos gastrointestinales
8. Alergias a los alimentos
9. Hiperlipidemia

Los demás servicios destinados a controlar la alimentación y bajar de peso no están cubiertos, a menos que se justifique por una condición específicamente identificada de la causa de la enfermedad. Los servicios que no están cubiertos incluyen, a modo de ejemplo: fijación intrabucal, fórmulas dietarias, hipnosis, cosméticos, y productos para la salud y belleza.

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 o según se indica en la sección "Circunstancias especiales".
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 Médicamente necesarios**.
5. Servicios o suministros que se considere que son para **Procedimientos experimentales, Procedimientos en investigación o Procedimientos no comprobados**, a excepción de los costos de cuidado de rutina de los pacientes relacionados con estudios clínicos calificados, según se describe en esta EOC.
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. Condiciones causadas por: (a) un acto bélico (como consecuencia de una guerra declarada o no declarada; esto no se aplica a un acto de terrorismo); 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**.
10. **Servicios que deben ser brindados por un distrito escolar o un sistema escolar público según lo exigido por la ley estatal o federal**.
11. 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.
12. **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.
13. **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.

14. Servicios **profesionales o suministros recibidos o comprados directamente o en Su nombre por cualquier persona, incluido un Médico, a cualquiera de las siguientes personas:**
 - a. Usted o Su empleador;
 - b. una persona que viva en el hogar del Miembro, o el empleador de dicha persona;
 - c. una persona que tenga un vínculo de sangre, por matrimonio o por adopción con el Miembro, o el empleador de dicha persona; o
 - d. un centro o profesional de cuidado de la salud que le proporcione una remuneración a Usted, directa o indirectamente, o a una organización de la cual Usted reciba, directa o indirectamente, una remuneración.
15. 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.
16. **Cuidados de custodia, que incluyen, a modo de ejemplo: curas de reposo, cuidado diurno de bebés, niños o adultos, incluido el cuidado diurno geriátrico.**
17. **Servicios de enfermería privada**, salvo cuando se brinden como parte de los servicios de cuidado de la salud en el hogar o los beneficios de Servicios para enfermos terminales, o cuando se consideren Médicamente necesarios. Los servicios de enfermería privada no se excluirán en un establecimiento para pacientes internados si los cuidados especiales no están disponibles.
18. Cargos de cuarto y comida para pacientes internados **en relación con una estadía en un Hospital, principalmente por un cambio de ambiente o Fisioterapia.**
19. 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.
20. **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.
21. 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.
22. **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.
23. **Servicios brindados por profesionales sin licencia** o servicios cuya realización no requiere una licencia, como por ejemplo, meditación, ejercicios de respiración, visualización guiada.
24. 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.

25. **Servicios que son autodirigidos** a un centro de diagnóstico independiente u Hospitalario.
26. **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.
27. **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.
28. **Servicios de ortodoncia**, frenillos y otros aparatos ortodóncicos, incluidos los servicios de ortodoncia para la Disfunción de la articulación temporomandibular, salvo según lo dispuesto específicamente en esta EOC.
29. **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.
30. **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.
31. **Pruebas de audición de rutina**, salvo según lo dispuesto en Cuidado preventivo.
32. **Exámenes genéticos**, a excepción de las pruebas para detectar la presencia del gen BRCA (marcador genético vinculado con el cáncer de seno) en virtud de las disposiciones federales sobre cuidado preventivo para la mujer; o exámenes genéticos de preimplantación: el diagnóstico genético general basado en la población es un método de prueba que se realiza cuando no hay ningún síntoma o ningún factor de riesgo significativo comprobado de enfermedades hereditarias de transmisión genética.
33. **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.
34. **Servicios de optometría**, ejercicios de los ojos, que incluyen ortóptica, anteojos, lentes de contacto, exámenes y refracciones de rutina de la vista, a excepción del primer par de lentes de contacto para el tratamiento de queratocono o cirugía postcataratas, y según lo indicado específicamente en esta EOC en Beneficios de la vista pediátricos.
35. **Cirugía ocular únicamente con el propósito de corregir defectos de refracción** del ojo, como miopía, astigmatismo y/o presbicia.
36. **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 o un niño que haya recibido en guarda o adoptado, ni a la Cirugía reconstructiva Medicamente necesaria para restaurar la simetría después de una mastectomía o tumorectomía.
37. **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.

38. **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.
39. **Servicios y procedimientos para** cirugía para retirar piel sobrante, que incluye 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; rinoplastia y blefaroplastia **sin importar las indicaciones clínicas**.
40. Todos los servicios relacionados con el **tratamiento de la Terapia conductual aplicada**, que incluyen, a modo de ejemplo: el diseño, la implementación y la evaluación de modificaciones ambientales usando estímulos y consecuencias conductuales para producir mejoras socialmente significativas en el comportamiento humano, incluido el uso de la observación directa, medición y análisis funcional de las relaciones entre el entorno y el comportamiento.
41. 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.
42. Todos los servicios relacionados con la fertilización *in vitro*, transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés) y transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), que incluyen, a modo de ejemplo, todas las pruebas, consultas, exámenes, medicamentos y procedimientos invasivos, médicos, de laboratorio o quirúrgicos, entre los cuales se incluyen la reversión de la ligadura de trompas, salvo según lo indicado específicamente en esta EOC.
43. La **criopreservación** de esperma u óvulos, o el almacenamiento de esperma para inseminación artificial (incluidos los pagos por servicios del donante).
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 el estado físico 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, a excepción de los servicios bariátricos para la obesidad patológica**, o cualquier cuidado que incluya la pérdida de peso como principal método de tratamiento. Esto incluye cualquier cirugía, aunque el Miembro tenga otras condiciones médicas que pudieran beneficiarse con una pérdida de peso, o cualquier programa, producto o tratamiento médico para bajar de peso, o cualquier gasto de cualquier tipo para 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, salvo para el tratamiento de la diabetes, 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 18 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.

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

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

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

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

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

Medicamentos con receta cubiertos en virtud de los beneficios médicos

Cuando los Medicamentos con receta incluidos en la Lista de medicamentos con receta de Cigna sean administrados en un entorno de cuidado de la salud por un Médico o un profesional de cuidado de la salud, y se facturen junto con los cargos del consultorio o el centro, estarán cubiertos en virtud de los beneficios médicos de esta 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, en forma directa o indirecta, celebre convenios con fabricantes de productos farmacéuticos para ofrecer descuentos que permitan reducir sus gastos de desembolso para determinados Medicamentos con receta cubiertos por los cuales Cigna obtiene los descuentos, en forma directa o indirecta. Específicamente, una parte o la totalidad del descuento del programa Patient Assurance Program que Cigna obtiene para determinados Medicamentos con receta cubiertos incluidos en el programa se aplica o acredita a una parte de Su Copago o Coseguro, si lo hubiera. El Copago o Coseguro, si lo hubiera, que de otro modo se aplicaría a esos Medicamentos con receta cubiertos según lo indicado en el programa de beneficios puede reducirse para que los descuentos del programa Patient Assurance

Program u otros pagos obtenidos por Cigna se apliquen o acrediten al Copago o Coseguro, si lo hubiera, como se describió arriba.

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

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

Tenga en cuenta que los descuentos del programa Patient Assurance Program que Cigna podría obtener por Medicamentos con receta, y que podría aplicar o acreditar a Su Copago o Coseguro, si lo hubiera, en relación con el programa, no están relacionados con ningún reembolso u otros pagos que Cigna pueda obtener de un fabricante de productos farmacéuticos por los mismos u otros Medicamentos con receta. Salvo según se indique en otras secciones de esta EOC, Usted no tiene derecho a recibir un beneficio por esos reembolsos u otros pagos obtenidos por Cigna porque no están relacionados con el programa Patient Assurance Program. Por otra parte, la disponibilidad del programa Patient Assurance Program, así como de los Medicamentos con receta incluidos en el programa y/o Su Copago o Coseguro, si lo hubiera, para esos Medicamentos con receta que cumplen con los requisitos, podrá cambiar de tanto en tanto según factores que incluyen, a modo de ejemplo, que los descuentos del programa Patient Assurance Program sigan estando disponibles para Cigna en relación con este programa. Puede obtener más información sobre el programa Patient Assurance Program, inclusive los Medicamentos con receta incluidos en el programa, en el sitio web que aparece en Su tarjeta de 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.
- Medicamentos contra el cáncer de administración por vía oral recetados en relación con tratamientos de quimioterapia contra el cáncer.
- Todos los Medicamentos con receta compuestos que no se administren por infusión y que contengan al menos un ingrediente recetado aprobado por la FDA, preparados a base de un producto farmacéutico terminado aprobado por la FDA y que están cubiertos de otra manera en virtud de los beneficios de Medicamentos con receta, **sin incluir** los polvos incluidos en el compuesto.
- Medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA.
- Medicamentos de especialidad.

- Inmunizaciones recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, cuando estén disponibles para su administración en una Farmacia participante.

Condiciones del servicio

El medicamento o medicina debe cumplir con todos estos requisitos:

- Ser recetado por escrito, excepto la insulina, por un Médico y administrado dentro del plazo de un Año a partir de haber sido recetado, con sujeción a las leyes federales o estatales.
- Contar con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos para su uso.
- Ser para el cuidado y el tratamiento directos de la Enfermedad, Lesión o 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 comprado en una Farmacia minorista con licencia o pedido 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.

Medicamentos no aprobados

Se cubren los cargos de un medicamento que se recetó para el tratamiento de un tipo de cáncer para el cual no ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Dicho medicamento debe haber sido aprobado por la FDA para otras indicaciones y estar reconocido, sin ninguna contraindicación de la FDA, para el tratamiento del tipo de cáncer específico para el cual el medicamento se recetó en uno de los siguientes compendios de referencia establecidos: las Evaluaciones de medicamentos de la Asociación Médica Estadounidense; la Información sobre medicamentos de American Hospital Formulary Service; Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology; National Comprehensive Cancer Network Drugs & Biologics Compendium; Thomson Micromedex DrugDex; la información sobre medicamentos de la Farmacopea de los Estados Unidos; o cualquier otro compendio con autoridad reconocido periódicamente por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

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, salvo que estén cubiertos por esta EOC, 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 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, Centro de cuidados especiales, un hogar de ancianos u otra institución similar, que opere o permita que operen en su establecimiento instalaciones para despachar productos farmacéuticos.
- 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 30 días en una Farmacia minorista participante 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).
- 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.
- **No puede renovar una receta para obtener Su suministro para 30 días hasta que hayan pasado 15 días de la última vez que le despacharon los medicamentos, ni para obtener Su suministro para 90 días en una farmacia minorista/de pedido por correo hasta que hayan pasado 69 días de la última vez que le despacharon los medicamentos, salvo durante un estado de emergencia o desastre declarado.**

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 www.mycigna.com. Para obtener la autorización de Tratamiento escalonado, Su Médico debe seguir el proceso de solicitud de autorización y excepción para Medicamentos con receta y Suministros relacionados que se describe a continuación.

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

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

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

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

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

Su Médico puede solicitar una revisión acelerada si Usted tiene una condición médica que puede poner en grave peligro Su vida, Su salud o Su capacidad para recuperar 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.

Definiciones

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

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

Beneficios de la vista pediátricos

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

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

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 premium.
- * 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 de la Colección de marcos pediátricos por Año. Solo los marcos de la Colección de marcos pediátricos se cubren al 100%. Marcos que no pertenecen a la colección: El costo compartido del Miembro puede ser hasta del 75% del precio minorista.
- **Lentes de contacto opcionales:** Un par de lentes de contacto o una compra única de un suministro de lentes de contacto en lugar del beneficio de lentes y marcos (no pueden recibirse lentes de contacto y marcos en el mismo Año de beneficios), que incluye los servicios profesionales.

- Se cubre un suministro para un Año de Lentes de contacto terapéuticos, independientemente del tipo de lentes de contacto, incluidos los servicios profesionales, en lugar de marcos y lentes. Se brindará cobertura para lentes de contacto Terapéuticos cuando la agudeza visual no pueda corregirse a 20/70 en el ojo con mejor visión con anteojos y cuando el ajuste de los lentes de contacto obtendría este nivel de agudeza visual, y en ciertos casos de anisometropía, queratocono o afaquia, según lo determine y documente Su Proveedor de beneficios de la vista. Los lentes de contacto ajustados para otros fines terapéuticos o la reducción de los campos visuales debido a una alta corrección en menos o más no están cubiertos.
- Cobertura para personas con poca visión: Los elementos de asistencia y servicios profesionales y complementarios para personas con poca visión se cubren por completo una vez cada 12 meses para un Miembro con visión parcial o cuya visión no se pueda corregir por completo mediante cirugía, productos farmacéuticos, lentes de contacto o anteojos. Los exámenes para personas con poca visión también están cubiertos. Existen diversos elementos de asistencia para personas con poca visión, como anteojos de alta potencia, lupas y telescopios, que pueden 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

- Servicios no proporcionados por un Proveedor de la red de Cigna Vision.
- Entrenamiento ortóptico o visual y cualquier prueba complementaria asociada.
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos.
- Cualquier examen de la vista, o accesorio correctivo para la vista, requerido por un empleador como condición para el empleo.
- Servicios o suministros para el tratamiento de una Lesión o Enfermedad ocupacional que se paguen en virtud de la Ley de Seguro de Accidentes de Trabajo de North Carolina, solo en la medida en que dichos servicios o suministros sean responsabilidad del empleado, el empleador o la aseguradora del seguro de accidentes de trabajo de conformidad con una sentencia o laudo definitivo dictado en virtud de la Ley de Seguro de Accidentes de Trabajo de North Carolina o una orden de la Comisión Industrial de North Carolina que apruebe un acuerdo de conciliación en virtud de la Ley de Seguro de Accidentes de Trabajo de North Carolina. Cargos que superen el cargo razonable y usual por el Servicio o los Materiales.
- Cargos incurridos después de finalizada la Evidencia de cobertura o la cobertura de la Persona asegurada en virtud de la Evidencia de cobertura, a excepción de lo que se especifica en la Evidencia de cobertura.
- Tratamiento o dispositivo no convencional Experimental, En investigación o No comprobado.
- Dispositivos de aumento o para personas con poca visión que no estén incluidos en “Beneficios cubiertos” de esta sección, más arriba.
- Cualquier tipo de anteojos, lentes o lentes de contacto sin receta.
- Tratamientos de lentes para anteojos, “accesorios” o recubrimientos para lentes que no aparezcan de otra forma en “Beneficios cubiertos” de esta sección.
- Dos pares de anteojos, en lugar de lentes bifocales o trifocales.
- Anteojos o lentes de seguridad necesarios para el trabajo.
- Beneficio de anteojos para terminal de pantalla de video (VDT, por sus siglas en inglés) o computadora.

- Para métodos de tratamiento o procedimientos Experimentales, En Investigación o No comprobados no aprobados por la Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association) o la asociación oftalmológica especializada correspondiente, o en relación con dichos métodos.
- Reclamos 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 **www.mycigna.com** y usar el vínculo que se encuentra en la página de cobertura de la vista. Si Usted o los Miembros de Su familia tienen alguna pregunta sobre el beneficio de Servicios de cuidado de la vista pediátrico, llame al número gratuito de Servicio al Cliente que aparece en la parte de atrás de Su tarjeta de ID.

Reembolso de servicios de cuidado de la vista pediátrico/Cómo presentar un reclamo

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

Disposiciones generales

Seguro de accidentes de trabajo

Los beneficios en virtud de esta EOC no deben duplicar ningún beneficio que el Miembro tenga derecho a recibir en virtud de la legislación en materia de accidentes de trabajo. En el caso de que Cigna preste o pague servicios de salud cubiertos por un plan de seguro de accidentes de trabajo, Cigna tendrá derecho a recibir un reembolso (1) directamente de la entidad que proporciona la cobertura del seguro de accidentes de trabajo al Miembro; o (2) directamente del Miembro en la medida en que, si corresponde, el Miembro haya recibido pagos de dicha entidad de la siguiente forma:

1. Si Cigna prestó los servicios o coordinó su prestación directamente, Cigna tendrá derecho al reembolso a las tarifas vigentes por el cuidado y tratamiento proporcionados.
2. Si Cigna no presta los servicios, pero paga por los servicios que están dentro del alcance de la sección "Servicios y beneficios" de la EOC, Cigna tendrá derecho al reembolso en la medida de los pagos que haya realizado por el cuidado y el tratamiento proporcionados.

Además, el Miembro tiene la obligación de colaborar por completo con cualquier intento que haga Cigna de recuperar dichos gastos del empleador del Miembro en el caso de que la cobertura no esté disponible debido a que el empleador no tomó las medidas requeridas por la ley o por reglamentaciones en relación con dicha cobertura.

Recuperación de beneficios en exceso

En el caso de que Cigna proporcione un servicio o beneficio que esta EOC no requiera, dicho servicio o beneficio se considerará un beneficio en exceso. El pago o la prestación de un beneficio en exceso puede producirse debido al pago en exceso de un reclamo o a la prestación de servicios a personas que no son Miembros. Cigna tendrá derecho a recuperar el monto del beneficio en exceso. Si el beneficio en exceso es un servicio, la recuperación se hará en función del valor en efectivo razonable de dicho servicio. Si el beneficio en exceso es un pago, la recuperación se hará en función del pago efectivamente realizado. Cigna puede procurar la recuperación de cualquier persona o entidad a la cual, para la cual o respecto de la cual se hayan prestado dichos servicios o realizado dichos pagos. El derecho de recuperación le corresponderá únicamente a Cigna y será a su entera discreción. Si Cigna determina que es necesario, el Miembro (o su representante legal si es menor o legalmente incompetente), previa solicitud, deberá confeccionar y enviarle a Cigna los instrumentos y documentos que sean necesarios y tomar cualquier otra medida que sea necesaria para asegurar los derechos de Cigna en virtud del presente instrumento.

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.

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.

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 Denegación de certificación, 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 dentro de un plazo de 3 días hábiles 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 dentro de un plazo de 90 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. Después de que Cigna reciba la información que faltaba, notificará al Miembro o a su representante acerca de la determinación dentro de un plazo de 3 días hábiles.

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 dentro de un plazo 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 dentro de un plazo 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 dentro de un plazo 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 dentro de un plazo 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 dentro de un plazo 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 dentro de un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la solicitud.

Determinaciones de reclamos o 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 dentro de un plazo de 30 días 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 dentro de un plazo de 90 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. Después de que Cigna reciba la información que faltaba, notificará al Miembro o a su representante acerca de la determinación dentro de un plazo de 30 días hábiles.

QUÉ HACER CUANDO TENGA UNA QUEJA FORMAL O UNA APELACIÓN

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

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

Comience con Servicios a los Miembros.

Estamos para escucharle y ayudarle. Si tiene alguna inquietud con respecto a alguna persona; un servicio; la calidad de la atención; los beneficios contractuales; una determinación de necesidad médica; una denegación de elegibilidad inicial o una rescisión de la cobertura, puede llamar a Nuestro número gratuito y explicarle Su inquietud a uno de Nuestros representantes de Servicio al Cliente. Llámenos al número gratuito de Servicio al Cliente que aparece en Su tarjeta de ID de beneficios, explicación de beneficios o formulario de reclamo.

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

Nota: Una queja formal válida no incluye la denegación de un servicio excluido específicamente por esta EOC.

Procedimiento de apelación

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

Cigna HealthCare of North Carolina, Inc.
National Appeals Organization (NAO)
PO Box 188011
Chattanooga, TN 37422

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

La mayoría de las solicitudes de revisión serán analizadas por el Comité de Apelaciones, que está compuesto por un mínimo de tres personas. Cualquier persona que haya estado involucrada en la decisión anterior no podrá votar en el Comité. Para las apelaciones con respecto a la Necesidad médica o a la determinación de si un servicio o suministro es clínicamente apropiado, el Comité consultará con al menos un revisor médico de la misma especialidad o de una especialidad similar a la del servicio o suministro bajo revisión, que sea un Médico con licencia para ejercer la medicina en North Carolina y que no haya estado involucrado en la decisión anterior, según lo determine el revisor médico de Cigna. Puede plantear Su situación al Comité en persona o mediante llamada en conferencia.

Acusaremos recibo por escrito de Su solicitud dentro de un plazo de 3 días hábiles después de recibirla y programaremos la revisión por parte del Comité. El acuse de recibo incluirá el nombre, la dirección y el número de teléfono del coordinador de apelaciones e información sobre cómo enviar material escrito. El acuse de recibo también incluirá una descripción de Sus derechos de apelación, que incluyen el derecho a: (a) solicitar y recibir toda la información que sea relevante para la revisión; (b) asistir a la reunión del Comité; (c) presentar Su caso al Comité y presentar material de respaldo antes y durante la reunión del Comité; (d) hacer preguntas a cualquier miembro del Comité; y (e) ser asistido por un representante de Su elección, como un Médico, Miembro de la familia o abogado. También puede asistir un abogado en representación de Cigna. Para las apelaciones de reclamos posteriores al servicio, la revisión del Comité se completará dentro de los 30 días calendario. En caso de que, en relación con la apelación, Cigna considere o genere información (evidencia) nueva o adicional, o se base en dicha información nueva o adicional, le brindaremos esta información a Usted tan pronto como sea posible y con suficiente anticipación respecto de la decisión, para que Usted tenga la oportunidad de responder. Asimismo, si Cigna incorpora fundamentos nuevos o adicionales, se los notificaremos tan pronto como sea posible y con suficiente anticipación respecto de la decisión, para que Usted tenga la oportunidad de responder.

Usted y Su proveedor recibirán una notificación de Cigna por escrito, en términos claros, con la decisión del Comité, dentro de los 30 días después de que hayamos recibido Su apelación.

Notificación de decisión escrita

Si la decisión no es favorable para Usted, la notificación de decisión escrita de Cigna se le proporcionará por escrito o por medios electrónicos, e incluirá la siguiente información relacionada con la determinación: (1) las calificaciones profesionales y la licencia de la(s) persona(s) encargada(s) de la revisión; (2) una declaración del motivo de la apelación de la persona cubierta, según lo entendido por el revisor; (3) la decisión del revisor en términos claros y el fundamento médico lo suficientemente detallado para que Usted pueda responder con respecto a la posición de Cigna; (4) una referencia a las pruebas o la documentación sobre las cuales se basó la decisión, incluidos los criterios de revisión clínica que se usaron para tomar la determinación e instrucciones para solicitar los criterios de revisión clínica; (5) un aviso sobre la disponibilidad de asistencia a través del programa Health Insurance Smart NC, incluidos el número de teléfono y la dirección del programa.

Apelaciones aceleradas

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

Si considera que cumple con los requisitos correspondientes y solicita una apelación acelerada a Cigna, es posible que pueda solicitar una apelación acelerada al Departamento de Seguros de North Carolina (NCDOI, por sus siglas en inglés). La revisión externa acelerada está disponible si Usted tiene una condición médica a raíz de la cual el plazo para que se complete una apelación acelerada con Nosotros podría, desde un punto de vista razonable, poner en grave peligro Su vida, Su salud o Su capacidad para recuperar el funcionamiento pleno. No obstante, también debe haber presentado una solicitud de apelación acelerada (aunque todavía no haya recibido una decisión sobre la apelación) antes de que el NCDOI pueda aceptar Su solicitud de una revisión externa acelerada.

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, consultaremos con un Médico con licencia para ejercer la medicina en North Carolina, y le comunicaremos nuestra decisión en forma oral dentro de las 72 horas siguientes y, luego, se la enviaremos por escrito dentro de dos días hábiles o cuatro días calendario, lo que sea menos tiempo. Si la revisión acelerada es una determinación de revisión simultánea, Cigna seguirá siendo responsable de los servicios de cuidado de la salud hasta que se notifique la determinación al Miembro.

Para recibir asistencia, puede comunicarse con el Departamento de Seguros de North Carolina a:

North Carolina Department of Insurance
Health Insurance Smart NC
1201 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-1201
Teléfono: 1-919-807-6860
Teléfono: 1-855-408-1212 (número gratuito)
<https://www.ncdoi.gov/consumers/health-insurance>

Revisión externa

La ley de North Carolina contempla la revisión de las decisiones de Denegación de certificación por parte de una organización de revisión independiente (IRO, por sus siglas en inglés) externa. El Departamento de Seguros de North Carolina (NCDOI) administra este servicio sin cargo para Usted, a través del cual coordina que una IRO revise Su caso una vez que el NCDOI establezca que Su solicitud está completa y cumple con los requisitos para la revisión. Usted o alguien a quien Usted haya autorizado para que le represente pueden solicitar una revisión externa. Cigna le notificará por escrito Su derecho a solicitar una revisión externa cada vez que Usted:

- reciba una decisión de Denegación de certificación, o
- reciba una decisión con respecto a una apelación que confirme una Denegación de certificación.

Para que Su solicitud cumpla con los requisitos para que se haga una revisión externa, el NCDOI debe determinar lo siguiente: (a) que Su solicitud es sobre una determinación de Necesidad médica que derivó en una decisión de Denegación de certificación; (b) que Usted tenía una cobertura de Cigna vigente cuando se emitió la decisión de Denegación de certificación; (c) que el servicio por el que se emitió la Denegación de certificación aparentemente es un servicio cubierto en virtud de Su EOC; y (d) que Usted agotó el proceso de revisión interna de Cigna que se describe a continuación.

La revisión externa puede realizarse con plazos estándares o acelerados, según qué se solicite y si las circunstancias médicas cumplen con los criterios para que se haga una revisión acelerada.

El proceso de revisión externa es un programa voluntario.

Procedimiento de revisión externa estándar

Para una revisión externa estándar, se considerará que Usted ha agotado el proceso de apelación interna de Cigna si: (1) completó el proceso de apelación de Cigna y recibió una determinación escrita sobre la apelación por parte de Cigna, (2) presentó una apelación y, salvo en la medida que haya solicitado o aceptado una demora, no recibió una decisión escrita de Cigna sobre la apelación dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha en que Usted pueda demostrar que envió la solicitud, o (3) recibió una notificación de que Cigna aceptó que no se aplique el requisito de agotar el proceso de apelación interna de Cigna. Si Su solicitud de una revisión externa estándar está relacionada con una decisión de Denegación de certificación retrospectiva (una Denegación de certificación que ocurre después de que Usted ha recibido los servicios en cuestión), no podrá solicitar una revisión estándar hasta que haya completado el proceso de revisión interna de Cigna y recibido una determinación definitiva por escrito de Cigna.

Si desea solicitar una revisión externa estándar, Usted (o Su representante) deben presentar esta solicitud ante el NCDOL dentro de un plazo de 120 días después de recibir la notificación escrita de la determinación definitiva de Cigna que establece que no se aprueban los servicios en cuestión. Al procesar Su solicitud de revisión externa, el NCDOL le pedirá que le proporcione una autorización firmada escrita para divulgar cualquiera de Sus registros médicos que sea necesario revisar a fin de tomar una decisión sobre la revisión externa.

Dentro de un plazo de 10 días hábiles después de recibir Su solicitud de revisión externa estándar, el NCDOL le notificará a Usted y a Su Proveedor si Su solicitud está completa y ha sido aceptada. Si el NCDOL le notifica que Su solicitud está incompleta, Usted deberá proporcionarle toda la información adicional solicitada al NCDOL dentro de un plazo de 150 días a partir de la fecha de la notificación escrita de la determinación definitiva de Cigna. Si el NCDOL acepta Su solicitud, la notificación de aceptación incluirá: (a) el nombre y la información de contacto de la IRO asignada a Su caso; (b) una copia de la información sobre Su caso que Cigna le proporcionó al NCDOL; (c) un aviso de que Cigna le proporcionará a Usted o a Su representante autorizado una copia de los documentos y la información que se tuvieron en cuenta al tomar la decisión de denegación (que también se enviarán a la IRO); y (d) una notificación de que Usted podrá enviar información escrita y documentos de respaldo adicionales relevantes para la Denegación de certificación inicial a la IRO asignada dentro de un plazo de siete días a partir de la fecha de la notificación de aceptación.

Si decide proporcionar información adicional a la IRO, también deberá proporcionarle la misma información a Cigna, al mismo tiempo, usando los mismos medios de comunicación (por ejemplo, si le envió la información por fax a la IRO, deberá enviársela por fax a Cigna). Cuando envíe información por fax a Cigna, marque el 1-877-815-4827. Si opta por enviar la información por correo, escriba a:

Cigna HealthCare of North Carolina, Inc.
National Appeals Organization (NAO)
PO Box 188011
Chattanooga, TN 37422

Tenga en cuenta que también podrá proporcionar esta información adicional al NCDOL dentro del plazo de siete días en lugar de enviarla directamente a la IRO y a Cigna. El NCDOL reenviará esta información a la IRO y a Cigna dentro de un plazo de dos días hábiles después de recibir Su información adicional.

La IRO le enviará una notificación escrita de la determinación dentro de un plazo de 45 días a partir de la fecha en que el NCDOL haya recibido Su revisión externa estándar. Si la decisión de la IRO es revertir la Denegación de certificación, Cigna revertirá la decisión de Denegación de certificación dentro de un plazo de tres días hábiles después de recibir la notificación de la decisión de la IRO y cubrirá el servicio o suministro solicitado que haya sido objeto de la decisión de Denegación de certificación. Si Usted ya no tiene la cobertura de Cigna en el momento en que Cigna recibe la notificación de la decisión de la IRO de revertir la Denegación de certificación, Cigna solo cubrirá los servicios o suministros que Usted efectivamente haya recibido o que habría recibido antes de la cancelación de la inscripción si la certificación del servicio no se hubiera denegado cuando se solicitó el servicio por primera vez.

Procedimiento de revisión externa acelerada

Es posible que pueda solicitar una revisión externa acelerada de una decisión de Denegación de certificación si Usted tiene una condición médica a raíz de la cual el plazo que se exige para que se complete una apelación interna acelerada, una revisión de una queja formal de segundo nivel o una revisión externa estándar podría, desde un punto de vista razonable, poner en grave peligro Su vida, Su salud o Su capacidad para recuperar el funcionamiento pleno. Si Usted cumple con este requisito, podrá presentar una solicitud escrita ante el NCDOL para una revisión acelerada después de que reciba una decisión de Denegación de certificación de Cigna Y de que presente una solicitud ante Cigna para una apelación acelerada o de que reciba una decisión con respecto a una apelación que confirme una Denegación de certificación. También puede presentar una solicitud de revisión externa acelerada si recibe una decisión adversa con respecto a una apelación sobre la Denegación de certificación de una admisión, disponibilidad de cuidado, estadía continua o atención de emergencia, pero no ha recibido el alta del centro para pacientes internados.

El NCDOL consultará a un profesional médico para revisar Su solicitud y determinar si reúne los requisitos para una revisión acelerada. Se les notificará a Usted y a Su Proveedor dentro de un plazo de dos días si Su solicitud es aceptada para una revisión externa acelerada. Si Su solicitud no es aceptada para una revisión acelerada, el NCDOL podrá: (1) aceptar el caso para hacer una revisión externa estándar si ya se completó el proceso de apelación interna de Cigna, o (2) solicitar que se complete el proceso de revisión interna de Cigna antes de que Usted presente otra solicitud para una revisión externa ante el NCDOL. La revisión externa acelerada no está disponible para las denegaciones de certificaciones retrospectivas.

La IRO le comunicará su decisión dentro de un plazo de tres días a partir de la fecha en que el NCDOL haya recibido Su solicitud de revisión externa acelerada. Si la decisión de la IRO es revertir la Denegación de certificación, dentro de un plazo de un día a partir de que reciba la notificación de la decisión de la IRO, Cigna revertirá la decisión de Denegación de certificación con respecto al servicio o suministro solicitado. Si Usted ya no tiene la cobertura de Cigna en el momento en que Cigna recibe la notificación de la decisión de la IRO de revertir la Denegación de certificación, Cigna solo cubrirá los servicios o suministros que Usted efectivamente haya recibido o que habría recibido antes de la cancelación de la inscripción si la certificación del servicio no se hubiera denegado cuando se solicitó el servicio por primera vez.

La decisión que tome la IRO en la revisión externa es vinculante para Cigna y para Usted, excepto en la medida en que Usted tenga otros recursos disponibles en virtud de la legislación federal o estatal aplicable. Usted no podrá presentar otra solicitud de revisión externa que involucre la misma decisión de Denegación de certificación por la cual ya haya recibido una decisión a través de una revisión externa.

Contacto para la revisión externa

Para obtener más información sobre la revisión externa o para solicitar una revisión externa, comuníquese con el NCDOL de alguna de estas maneras:

Por correo:

NC Department of Insurance
Health Insurance Smart NC
1201 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-1201
Teléfono: 855-408-1212 (número gratuito)

En persona:

Health Insurance Smart NC
Albemarle Building
325 N. Salisbury Street
Raleigh, NC 27603
1-855-408-1212 (número gratuito)

<https://www.ncdoi.gov/consumers/health-insurance/health-claim-denied/request-external-review>

El Programa Health Insurance Smart NC también está disponible para brindar asistencia a los consumidores que deseen presentar una apelación o una queja formal ante su plan de salud.

Notificación de determinación de beneficios en caso de apelación

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

Información relevante

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

Términos de la 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.

- **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 10 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 10 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. Si dejamos de ofrecer pólizas de este tipo a todas las personas de Su clase. En este caso, la ley de North Carolina 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.
6. Si dejamos de ofrecer algún plan en el mercado de cobertura individual de North Carolina, le notificaremos la extinción inminente de Su cobertura al menos 180 días antes de Su cancelación.
7. Cuando el Suscriptor deje de trabajar, vivir o residir en el Área de inscripción.
8. En caso de dictado de una sentencia definitiva por parte de un juez que declare que la totalidad o parte de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (Ley General 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.

- **Programas adicionales de Servicios a los Miembros:**

Es posible que periódicamente ofrezcamos, en forma directa o a través de diversas entidades, descuentos, beneficios, créditos de Primas o costos compartidos 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 \$50.

- **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 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 una acción legal 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
P.O. 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 Póliza**, esto no significará que anularemos, modificaremos o declararemos inoponible dicha disposición en algún otro momento, independientemente de que las circunstancias sean las mismas o no.
- **Si 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 General 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 18 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.

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.

Un pago indirecto de la prima es cualquier pago de la prima realizado por una persona o entidad que no sean Usted, los Miembros de Su familia o un Tercero responsable del pago aceptable, según lo especificado en el artículo 156.1250 del Título 45 del CFR, independientemente de si la transferencia de dinero fue efectivamente realizada por Usted, un Miembro de Su familia o un Tercero responsable del pago aceptable a favor de Cigna, si los fondos de ese pago de la prima le fueron proporcionados a Usted o el Miembro de Su familia por cualquier otra persona o entidad.