Continuidad del Cuidado de la Salud

Cigna HealthCare of California

Sus beneficios de Continuidad del Cuidado de la Salud de Cigna HealthCare of California

Los beneficios de Continuidad del Cuidado de la Salud están disponibles para usted y sus dependientes cubiertos, y brindan cobertura para servicios médicos, hospitalarios y quirúrgicos cuando se cumplen los criterios indicados a continuación.

- Tiene una de las condiciones médicas especificadas.
- Necesita atención médica o servicios continuos durante un período de tiempo determinado.
- Recibe servicios de médicos, hospitales, centros u otros proveedores auxiliares (como laboratorios, centros de estudios de imágenes o pruebas de diagnóstico) que abandonan la red de su plan de salud.
- Su empleador cancela su póliza de seguro con Cigna Healthcare y su nueva póliza colectiva no incluye el acceso al profesional de cuidado de la salud en los niveles de cobertura dentro de la red para los cuidados continuos cuando se solicitan.

Cómo funciona

- Puede solicitar los beneficios de Continuidad del Cuidado de la Salud apenas le notifiquen/se entere de que finalizará el contrato de su proveedor.
- Ya se debe estar atendiendo por una condición médica calificada con el proveedor identificado en el Formulario de solicitud de Continuidad del Cuidado de la Salud.
- Si se aprueban los beneficios de Continuidad del Cuidado de la Salud, usted recibirá el nivel de beneficios dentro de la red para el tratamiento de la condición específica durante un plazo específico o mientras dure la condición, según la situación.
- Los beneficios aprobados se aplican únicamente al tratamiento proporcionado o pedido por el proveedor identificado en el Formulario de solicitud de Continuidad del Cuidado de la Salud, para la condición médica especificada en el formulario.
- La disponibilidad de beneficios de Continuidad del Cuidado de la Salud no significa que un tratamiento esté cubierto ni constituye una preautorización de los servicios médicos que se proporcionarán. Las decisiones de cobertura deben obtenerse igualmente durante el proceso de aprobación y administración de casos.
- Todos los beneficios están sujetos a las disposiciones del plan.

Si no tiene cobertura fuera de la red en su plan, será responsable de pagar el costo de cualquier servicio brindado por cualquier proveedor de cuidado de la salud que haya finalizado su contrato, a menos que aprobemos los beneficios de Continuidad del Cuidado de la Salud.

593690SP g L CA 03/26

cigna healthcare

Los beneficios de Continuidad del Cuidado de la Salud pueden estar disponibles para las siguientes condiciones:

- Una condición aguda, mientras exista. Una "condición aguda" es una condición médica que incluye la aparición repentina de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere atención médica inmediata y tiene una duración limitada.
- Una condición crónica grave, por el período necesario para completar un tratamiento y para coordinar la transferencia segura a otro proveedor, según lo que determinemos previa consulta con usted y el proveedor de cuidado de la salud a cargo de su tratamiento, de conformidad con las buenas prácticas profesionales. Este período no debe superar los 12 meses desde la fecha de finalización del contrato de su proveedor de cuidado de la salud, que es la fecha en que su proveedor abandona la red de Cigna. Una "condición crónica grave" es una condición médica debido a una enfermedad u otro problema médico que es de naturaleza grave y:
  - persiste sin una cura completa; o
  - empeora a lo largo de un período prolongado; o
  - requiere tratamiento continuo para estar controlada o impedir que empeore.
- Un embarazo, por el tiempo que dure el embarazo (tres trimestres) e inmediatamente después del parto (período posparto). Una condición de salud del comportamiento materna, hasta 12 meses después del diagnóstico o el final del embarazo, lo que suceda más tarde. Una "condición de salud mental materna" es una condición de salud del comportamiento que puede afectar a una mujer durante el embarazo o inmediatamente después del parto durante hasta un año después del parto.
- Una enfermedad terminal, por el tiempo que dure la enfermedad terminal. Una "enfermedad terminal" es una condición que no tiene cura y no puede revertirse. Es muy probable que cause la muerte al cabo de un año o menos.
- El cuidado de un niño de hasta 3 años, por un período no mayor a 12 meses desde la fecha de finalización del contrato de su proveedor de cuidado de la salud.
- La realización de una cirugía u otro procedimiento que su proveedor recomendó que se llevara a cabo dentro de los 180 días siguientes a la fecha de finalización del contrato de su proveedor.

Si recibo la aprobación para recibir los beneficios de Continuidad del Cuidado de la Salud para una enfermedad, ¿puedo recibir cobertura dentro de la red para una condición no relacionada?

La cobertura proporcionada como parte de los beneficios de Continuidad del Cuidado de la Salud es para la enfermedad/condición específica únicamente y no puede aplicarse a otra enfermedad/condición. Debe completar un Formulario de solicitud de Continuidad del Cuidado de la Salud para cada enfermedad/condición no relacionada. **Para servicios relacionados con la salud del comportamiento, comuníquese con Evernorth Behavioral Health llamando al 1.800.926.2273.**

Vea en la parte de atrás las instrucciones para completar este formulario.

Formulario de solicitud de Continuidad del Cuidado de la Salud

*****ATENCIÓN: Tal vez no necesite completar este formulario*****

- **Complete este formulario solo si se está atendiendo con un proveedor de cuidado de la salud que no participa en la red de su plan. Consulte el directorio de proveedores o inicie sesión en myCigna.com y haga clic en *Find a doctor* (Buscar un médico) para verificar si su proveedor está en la red de su plan. También puede llamar al 1.800.244.6224 y hablar con un especialista de Servicio al Cliente para que le ayude.**
- **Para servicios relacionados con la salud del comportamiento, comuníquese con Evernorth Behavioral Health llamando a Servicio al Cliente al 1.800.926.2273.**
- Use un formulario distinto para cada condición. Se aceptan fotocopias. Adjunte información adicional si es necesario.

Empleador			N.º de póliza	
Nombre del empleado			N.º de ID del miembro	Teléfono laboral
Dirección particular	Calle	Ciudad	Estado Código postal	Teléfono particular
Nombre del paciente			Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)	Relación con el empleado ❑ Cónyuge ❑ Dependiente ❑ Titular

1. ¿La paciente está embarazada? ❑ Sí ❑ No
   Si la respuesta es "sí", ¿cuál es la fecha aproximada de parto? _____ (mm/dd/aaaa)
2. ¿La solicitud es para un medicamento de infusión o inyección? ❑ Sí ❑ No
   Si la respuesta es sí, especifique el nombre del medicamento de infusión o inyección _____
3. ¿El paciente está recibiendo tratamiento para una condición aguda, una condición crónica o un traumatismo en la actualidad? ❑ Sí ❑ No
4. ¿El paciente tiene programada una cirugía u hospitalización después de la fecha de entrada en vigor de nuestra cobertura? ❑ Sí ❑ No
5. ¿El paciente está recibiendo quimioterapia, radioterapia, terapia para el cáncer o es candidato para un trasplante de órganos? ❑ Sí ❑ No
6. ¿El paciente está recibiendo tratamiento como resultado de una cirugía mayor reciente? ❑ Sí ❑ No
7. ¿El paciente se está atendiendo por una enfermedad terminal? ❑ Sí ❑ No
8. Si no respondió que "Sí" a ninguna de las preguntas anteriores, describa la condición para la cual el paciente pide los beneficios de Continuidad del Cuidado de la Salud.

   _____

9. Complete la información sobre el proveedor a continuación.

Nombre del grupo médico		
Nombre del proveedor		N.º de teléfono del proveedor
Especialidad del proveedor		
Dirección del proveedor		
Hospital donde ejerce el proveedor del paciente		N.º de teléfono del hospital
Dirección del hospital		
Razón/diagnóstico		
Fecha de admisión (mm/dd/aaaa)	Fecha de la cirugía (mm/dd/aaaa)	Tipo de cirugía
Tratamiento recibido y duración prevista		

10. ¿Se prevé que este paciente se encontrará en el hospital cuando el proveedor u hospital abandone Cigna Healthcare o después de ello? ❑ Sí ❑ No
11. Mencione cualquier otra necesidad de continuidad del cuidado de la salud que podría permitir recibir beneficios de Continuidad del Cuidado de la Salud. Si estas necesidades no están relacionadas con la condición para la que usted está solicitando beneficios de Continuidad del Cuidado de la Salud, deberá completar un Formulario de solicitud de Continuidad del Cuidado de la Salud por separado.

    _____

Mediante el presente, autorizo al proveedor mencionado anteriormente a proporcionarle a Cigna HealthCare of California, Inc. o sus afiliadas y partes contratadas cualquier información y registro médico que se necesite para tomar una decisión informada en relación con mi solicitud de beneficios de Continuidad del Cuidado de la Salud en virtud de mi plan. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario de autorización.	
Firma del paciente, padre o tutor	Fecha (mm/dd/aaaa)

Instrucciones para completar el Formulario de solicitud de Continuidad del Cuidado de la Salud

- Para servicios relacionados con la salud del comportamiento, comuníquese con Evernorth Behavioral Health llamando al 1.800.926.2273.
- Debe completar un Formulario de solicitud de Continuidad del Cuidado de la Salud por separado para cada condición médica por la que usted o sus dependientes soliciten beneficios de Continuidad del Cuidado de la Salud. Encontrará más formularios en **Cigna.com/customer-forms**. Puede usar fotocopias.
- Responda todas las preguntas en su totalidad.
- Los formularios completados deben estar firmados por el paciente para el que se han solicitado beneficios de Continuidad del Cuidado de la Salud. Si el paciente es menor de edad, el formulario debe ser firmado por un tutor.
- Para ayudar a que la revisión de su caso se realice en forma oportuna, entregue el formulario lo más pronto posible. **Usted y sus dependientes pueden solicitar los beneficios de Continuidad del Cuidado de la Salud apenas le notifiquen/se entere de que finalizará el contrato de su proveedor.**

Notas importantes

Preguntas 1–7: Si respondió que "Sí" a alguna de estas preguntas o si está enviando este Formulario de solicitud de Continuidad del Cuidado de la Salud por un servicio de cuidado de la salud no relacionado con el comportamiento, envíe el formulario a:

Cigna HealthCare
ATTN: Precert Dept. 2nd Floor
1640 Dallas Parkway
Plano, TX 75093
FAX (800) 558-3710

Pregunta 8: Incluya información acerca del plan de tratamiento actual o propuesto y cuánto se prevé que durará el tratamiento. Si se ha planificado una cirugía, mencione el tipo de cirugía y la fecha propuesta.

Pregunta 11: Describa brevemente la condición médica. ¿Cuándo comenzó y con qué proveedor se está atendiendo en este momento? ¿Con qué frecuencia usted o sus dependientes cubiertos visitan a este proveedor? Sea lo más específico posible.

Todos los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group.
593690SP g L CA 03/26 © 2026 Cigna Healthcare. Parte del contenido se suministra bajo licencia.

No Cost Language Services for customers who live in California and customers who live outside of California who are covered under a policy issued in California. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-800-244-6224 for Cigna medical/dental or 1-866-421-8629 for mental health/substance use. For more help, call either the HMO Help Center at 1-888-466-2219 or for Non-HMO plans (e.g. PPO) call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. **English**

Servicios de idioma sin costo para asegurados que viven en California y para asegurados que viven fuera de California y que están cubiertos por una póliza emitida en California. Puede obtener un intérprete. Puede hacer que le lean los documentos en español y que le envíen algunos de ellos en ese idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación o al 1-800-244-6224 para servicios médicos/dentales de Cigna o al 1-866-421-8629 para la salud mental/consumo de sustancias. Para obtener ayuda adicional, llame al Centro de ayuda HMO al 1-888-466-2219 o para los planes que no sean HMO (p. ej. PPO) llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. **Spanish**

居住在加州境內的被保人和居住在加州境外但受到加州境內核發保單承保的被保人可取得**免費語言服務**。您可取得口譯員服務。我們可以用中文將文件讀給您聽，並將部分備有中文版的文件寄送給您。欲取得協助，請撥打您會員卡上所列示的電話號碼，或致電 1-800-244-6224 與 Cigna 醫療 / 牙科聯絡，或撥打 1-866-421-8629 聯繫 行為健康服務的精神健康 / 物質使用部門。欲取得其他協助，請致電 1-888-466-2219 與 HMO 協助中心聯絡，或非 HMO 計畫 (例如：PPO) 請致電 1-800-927-4357 與加州保險部聯絡。**Chinese**

خدمات لغوية بدون تكلفة للعملاء المقيمين في ولاية كاليفورنيا والعملاء المقيمين خارج ولاية كاليفورنيا الذين تشملهم سياسة تأمين صادرة في ولاية كاليفورنيا. يُمكنك الاستعانة بمترجم. يمكنك طلب قراءة الوثائق لك وإرسال بعض منها إليك بلغتك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المبين على بطاقة عضويتك أو على الرقم 1-800-244-6224 لخدمات Cigna الطبية / صحة الأسنان أو على الرقم 1-866-421-8629 للصحة النفسية / تعاطي المواد المخدرة. للحصول على المزيد من المساعدة، اتصل إما بمركز HMO للمساعدة على الرقم 1-888-466-2219 أو للبرامج الأخرى غير HMO (مثل PPO)، اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. **Arabic**

캘리포니아 거주 고객 및 캘리포니아에서 발행된 보험으로 보장을 받는 캘리포니아 이외 지역 거주 고객님들을 위한 **무료 언어 지원 서비스**. 귀하는 통역 서비스를 받으실 수 있습니다. 한국어로 서류를 낭독해주는 서비스를 받으실 수 있으며 한국어로 번역된 서류를 받아보실 수도 있습니다. 도움이 필요하신 분은 본인의 ID 카드상에 기재된 안내번호 혹은 Cigna 의료/치과 안내번호(1-800-244-6224번), 혹은 정신 건강/약물 사용에 대해서는 안내번호(1-866-421-8629번)로 연락해주십시오. 더 많은 도움이 필요하신 분은 HMO 헬프 센터(HMO Help Center), 안내번호 1-888-466-2219번으로 문의하시거나 비-HMO 플랜(예: PPO)에 해당하시는 분은 캘리포니아주 보험국(CA Dept. of Insurance) 안내번호 1-800-927-4357번으로 연락해주십시오. **Korean**

Walang Gastos na Mga Serbisyo sa Wika para sa mga customer na nakatira sa California at mga customer na nakatira sa labas ng California na sakop ng isang polisiyang inisyu sa California. Makakakuha ka ng interpreter. Maaari mong ipabasa para sa iyo ang mga dokumento at maaaring ipadala sa iyo ang ilan sa iyong wika. Para sa tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o sa 1-800-244-6224 para sa medikal/dental ng Cigna o sa 1-866-421-8629 para sa mga kalusugang pangkaisipan/paggamit ng droga. Para sa karagdagang tulong, tumawag sa HMO Help Center sa 1-888-466-2219 o para sa mga planong Hindi HMO (hal. PPO) tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. **Tagalog**

Dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ miễn phí cho khách hàng sinh sống trong tiểu bang California và khách hàng sống ngoài California được đài thọ qua một hợp đồng bảo hiểm y tế ký kết tại California. Quý vị có thể được cấp thông dịch viên. Quý vị có thể được có người đọc văn bản cho quý vị hoặc được nhận tài liệu, văn bản bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, vui lòng gọi cho chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên (ID) của quý vị hoặc gọi chương bảo hiểm y tế/nha khoa Cigna theo số 1-800-244-6224, hoặc gọi số 1-866-421-8629 để biết thông tin về chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần/sử dụng chất gây nghiện. Để được giúp đỡ thêm, vui lòng gọi Trung tâm Trợ giúp HMO tại 1-888-466-2219 hoặc gọi Bộ Bảo hiểm California tại số 1-800-927-4357 cho các vấn đề thuộc các chương trình bảo hiểm không thuộc loại HMO (như các chương trình PPO). **Vietnamese**

សេវាបកប្រែភាសាដោយឥតអស់ថ្លៃ សម្រាប់អតិថិជនដែលរស់នៅក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា និងអតិថិជនដែលរស់នៅក្រៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា ដែលបានរ៉ាប់រង នៅក្រោមច្បាប់សន្យា បានចេញឱ្យក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា។ អ្នកអាចទទួលជំនួយពីអ្នកបកប្រែបាន។ អ្នកអាចឱ្យគេអានឯកសារជូនអ្នក និងធ្វើឯកសារខ្លះ ទៅឱ្យអ្នក ជាភាសាខ្មែរ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខមានកត់នៅលើប័ណ្ណ ID របស់អ្នក ឬលេខ 1-800-244-6224 សម្រាប់ខាងសុខភាព/ធ្មេញ Cigna ឬ 1-866-421-8629 សម្រាប់ខាងតំរិយាបថសុខភាពអារម្មណ៍/ការរំលោភសារធាតុញៀន Cigna។ សម្រាប់ជំនួយថែមទៀត ទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ HMO តាមលេខ 1-888-466-2219 ឬសម្រាប់គម្រោងមែនមែនជា HMO (ដូចជា PPO) ទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357។**Khmer**

ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਹਨਾਂ ਗਾਹਕਾਂ ਲਈ ਹਨ ਜੋ ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਗਾਹਕਾਂ ਲਈ ਜੋ ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ ਵਿੱਚ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਅਧੀਨ ਕਵਰਡ ਹਨ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਮਿਲ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਕੁਝ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭੇਜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਆਈ.ਡੀ. ਕਾਰਡ ਉੱਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਨੰਬਰ ਤੇ ਜਾਂ Cigna ਮੈਡੀਕਲ/ਡੈਂਟਲ ਲਈ 1-800-244-6224 ਤੇ ਜਾਂ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ/ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੇ ਉਪਯੋਗ ਲਈ 1-866-421-8629 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਹੋਰ ਮਦਦ ਲਈ, ਜਾਂ ਤਾਂ HMO ਮਦਦ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ 1-888-466-2219 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ ਜਾਂ ਗੈਰ HMO ਯੋਜਨਾਵਾਂ (ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ PPO) ਲਈ CA ਦੇ ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ (CA Dept.of Insurance) ਨੂੰ 1-800-927-4357 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। **Punjabi**

خدمات رایگان مربوط به زبان برای مشتریانی که در کالیفرنیا زندگی می‌کنند و مشتریانی که در خارج کالیفرنیا زندگی کرده و بر اساس بیمه نامه‌ای که در کالیفرنیا صادر شده تحت پوشش هستند. می‌توانید از خدمات یک مترجم شفاهی برخوردار شوید. می‌توانید بگوئید که مدارک به زبان شما برایتان خوانده شوند و برخی از آن‌ها به زبان شما برایتان ارسال شوند. برای دریافت کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسایی شما قید شده است تماس بگیرید و یا با شماره 1-800-244-6224 برای طرح پزشکی/دندانپزشکی Cigna یا با شماره 1-866-421-8629 برای برنامه بهداشت روانی/مصرف مواد مخدر تماس بگیرید. برای دریافت کمک بیشتر، با مرکز کمک HMO به شماره 1-866-466-2219 و یا برای طرح‌های غیر HMO (برای مثال PPO) به اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. **Persian**

無料の言語サービス。カリフォルニア州にお住まいのお客様、および、カリフォルニア州外にお住まいで、カリフォルニア州において発行された保険のお客様が対象。通訳がご利用でき、書類を日本語でお読みします。また、書類によっては日本語版をお届けできるものもあります。サービスをご希望の方は、IDカードに記載の電話番号、またはCigna医療・歯科サービス担当：1-800-244-6224、またはメンタルヘルス・薬物使用のための担当：1-866-421-8629までご連絡ください。その他のお問い合わせは、HMO Help Center：1-888-466-2219、またはNon-HMOプラン（例：PPO「優先医療給付機構」）については、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。**Japanese**

Бесплатные услуги перевода для клиентов, проживающих на территории штата Калифорния, а также для тех клиентов, которые проживают за его пределами и имеют страховой полис, выданный в штате Калифорния. Вы имеете право воспользоваться услугами устного переводчика. Вам могут прочесть ваши документы, а также выслать перевод некоторых из них на вашем языке. Чтобы получить помощь, позвоните нам по номеру, указанному в вашей идентификационной карте; по вопросам получения медицинских/стоматологических услуг, оказываемых Cigna, позвоните по номеру 1-800-244-6224, по вопросам психического здоровья/употребления наркотиков — 1-866-421-8629. Для получения дополнительной помощи обращайтесь либо в Центр поддержки HMO по телефону 1-888-466-2219 либо обращайтесь в Министерство страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance) по телефону 1-800-927-4357 для получения информации в отношении не HMO планов (например PPO). **Russian**

Անվճար Լեզվական Ծառայություններ անդամների համար, ովքեր բնակվում են Կալիֆորնիայում և անդամների համար, ովքեր բնակվում են Կալիֆորնիայից դուրս բայց ապահովագրված են Կալիֆորնիայում տրված ապահովագրությամբ: Դուք կարող եք թարգմանիչ ձեռք բերել: Դուք կարող եք փաստաթղթերը ձեր լեզվով ընթերցել տալ ձեզ համար և նրանց մի մասը ստանալ ձեր լեզվով: Օգնության համար, զանգահարեք մեզ ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված համարով կամ՝ 1-800-244-6244, Cigna-ի բժշկական/ատամնաբուժական ծրագրի համար կամ՝ 1-866-421-8629 վարքային առողջապահական ծառայությունների համար՝ հոգեկան առողջության/թմրանյութերի օգտագործման դեպքում: Լրացուցիչ օգնության համար զանգահարեք կա՛մ HMO-ի Օգնության կենտրոն 1-888-466-2219 համարով կամ՝ Ոչ-HMO ծրագրերի համար (օրինակ՝ PPO) զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք 1-800-927-4357 համարով: **Armenian**

Cov Kev Pab Txhais Lus Uas Tsis Tau Them Nqi rau cov qhua uas nyob hauv xeev California thiab cov qhua uas nyob tawm Xeev California uas tau muaj kev pov fwm los ntawm California. Koj yeej muaj tau tus neeg txhais lus. Koj hais tau kom muab cov ntawv nyeem rau koj mloog thiab kom muab qee cov ntaub ntawv txhais ua koj hom lus xa rau. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis 1-800-244-6224 rau Cigna chaw pab them nqi kho mob/kho hniav los sis 1-866-421-8629 rau thov kev pab cuam kev noj qab haus huv fab kev coj cwj pwm los ntawm rau kev coj cwj pwm/kev siv yeeb tshuaj. Yog xav tau kev pab ntxiv, hu rau HMO Qhov Chaw Muab Kev Pab ntawm tus xov tooj 1-888-466-2219 los sis rau cov chaw pab them nqi kho mob uas Tsis Koom HMO (piv txwv li yog PPO) hu rau CA Lub Tuam Tsev Tswj Xyuas Txog Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357. **Hmong**

कैलिफ़ोर्निया और कैलिफ़ोर्निया के बाहर रहने वाले कैलिफ़ोर्निया में जारी पॉलिसी के तहत कवर किये गए ग्राहकों के लिए निःशुल्क भाषा सेवाएं। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आप इन दस्तावेज़ों को किसी से पढ़वा सकते हैं और कुछ दस्तावेज़ों को अपनी भाषा में प्राप्त कर सकते हैं। Cigna स्वास्थ्य/दंत के लिए अपने ID कार्ड पर सूचीबद्ध नंबर 1-800-244-6224 पर या मानसिक स्वास्थ्य/नशे के उपयोग संबंधी सहायता के लिए 1-866-421-8629 पर कॉल करें। अधिक सहायता के लिए, HMO सहायता केंद्र पर 1-888-466-2219 पर कॉल करें या गैर-HMO योजनाओं (उदा. PPO) के लिए 1-800-927-4357 पर CA बीमा विभाग (CA Dept. of Insurance) को कॉल करें। **Hindi**

บริการภาษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย สำหรับลูกค้าที่อาศัยอยู่ในรัฐแคลิฟอร์เนีย และที่อาศัยอยู่นอกรัฐแคลิฟอร์เนียที่ได้รับการคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ที่ออกในรัฐแคลิฟอร์เนีย คุณสามารถขอล่ามแปลภาษาได้ คุณสามารถขอให้อ่านเอกสารให้คุณฟัง และขอให้ส่งเอกสารบางส่วนถึงคุณเป็นภาษาของคุณ หากต้องการความช่วยเหลือ โปรดโทรศัพท์ถึงเราตามหมายเลขที่ระบุไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ หรือหมายเลข 1-800-244-6224 สำหรับบริการของ Cigna ด้านการรักษาพยาบาล/ทันตกรรมของ Cigna หรือ 1-866-421-8629 สำหรับบริการของ ด้านสุขภาพจิต/การใช้สารที่มีผลต่อจิตประสาทในทางที่ผิด หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดโทรศัพท์ถึงศูนย์ช่วยเหลือสำหรับแผนการรักษาพยาบาลแบบ HMO ที่หมายเลข 1-888-466-2219 หรือสำหรับแผนการรักษาพยาบาลที่ไม่ใช่ HMO (เช่น PPO) โปรดโทรศัพท์ถึง Dept. of Insurance ของรัฐแคลิฟอร์เนียที่หมายเลข 1-800-927-4357 **Thai**

824713_d 05/21