



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Este es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite www.cigna.com/sp. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [delineados](#), consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.pdf o llamar al 1-800-Cigna24 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	Para proveedores dentro de la red : \$1,500/persona o \$3,000/familia. Para proveedores fuera de la red : \$5,000/persona o \$10,000/familia.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros miembros de la familia en el plan , cada uno deberá alcanzar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos de deducible que hayan pagado todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Los medicamentos que requieren receta médica , la atención preventiva y las vacunas dentro de la red, las visitas al consultorio y las visitas a instalaciones de atención de urgencia dentro de la red.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el límite a los gastos directos del bolsillo de este plan ?	Para proveedores dentro de la red : \$7,150/persona o \$14,300/familia. Para proveedores fuera de la red : \$10,000/persona o \$20,000/familia. Límite a los gastos directos del bolsillo médico/de salud del comportamiento y de farmacia combinado.	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de la familia en este plan , ellos tienen que alcanzar sus propios límites a los gastos directos del bolsillo hasta que se alcance el límite a los gastos directos del bolsillo general familiar.
¿Qué no incluye el límite a los gastos directos del bolsillo ?	Las multas por falta de autorización previa de los servicios, las primas , los cargos por facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite a los gastos directos del bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí. Vea www.cigna.com o llame al 1-800-Cigna24 para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan usa una lista de proveedores dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$25/visita No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%	Ninguna
	Visita al especialista	Copago de \$50/visita No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%	Ninguna
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%	Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su plan .
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la precertificación.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.cigna.com .	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Copago de \$15/receta (farmacia minorista, 30 días), copago de \$38/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días) No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%/receta (farmacia minorista); sin cobertura (entrega a domicilio) No se aplica ningún deducible	La cobertura se limita a un suministro para un máximo de 90 días (farmacia minorista y entrega a domicilio) y a un suministro para un máximo de 30 días (farmacia minorista y entrega a domicilio) para los medicamentos especializados . Es posible que se apliquen algunas limitaciones, como por ejemplo, autorización previa, tratamiento escalonado y límites de cantidad. Para los medicamentos del programa Patient Assurance Program de Cigna, es posible que pague menos que los montos de costos compartidos indicados para las farmacias minoristas o para la entrega a domicilio. Los medicamentos preventivos requeridos por el gobierno federal dentro de la red se proporcionarán sin cargo.
	Medicamentos de marcas preferidas (nivel 2)	Copago de \$50/receta (farmacia minorista, 30 días), copago de \$125/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días) No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%/receta (farmacia minorista); sin cobertura (entrega a domicilio) No se aplica ningún deducible	
	Medicamentos de marcas no preferidas (nivel 3)	Copago de \$95/receta (farmacia minorista, 30 días), copago de \$238/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días) No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%/receta (farmacia minorista); sin cobertura (entrega a domicilio) No se aplica ningún deducible	
	Medicamentos especializados (nivel 4)	Copago de \$150/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 30 días) No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%/receta (farmacia minorista); sin cobertura (entrega a domicilio) No se aplica ningún deducible	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la precertificación.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de \$300/visita, más un coseguro del 20%	Copago de \$300/visita, más un coseguro del 20%	El copago por visita no se aplica si es admitido. Los servicios fuera de la red se pagan al costo compartido y el deducible dentro de la red.
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Los servicios de ambulancia aérea fuera de la red se pagan al de la red. costo compartido y deducible .
	Atención de urgencia	Copago de \$50/visita No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%	Ninguna

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la precertificación.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Copago de \$25/visita al consultorio** Sin cargo/todos los demás servicios **No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%/visita al consultorio Coseguro del 50%/todos los demás servicios	Multa del 50% si no se precertifican los servicios fuera de la red que no son de rutina (por ejemplo, hospitalización parcial, etc.). Incluye servicios médicos para diagnósticos de salud mental/toxicomanías.
	Servicios internos	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red. Incluye servicios médicos para diagnósticos de salud mental/toxicomanías.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Se aplican los niveles de beneficios de la atención primaria o de especialistas a la visita inicial para confirmar el embarazo. El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Según el tipo de servicio, es posible que se aplique un copago , coseguro o deducible . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios que están descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, sonogramas).
	Servicios de parto profesionales	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención de la salud en el hogar	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 60 días por año. Máximo de 16 horas por día. (El límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$25/visita al PCP** **No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%/visita al PCP Coseguro del 50%/visita al especialista	Multa del 50% por no precertificar servicios de terapia del habla fuera de la red. Los costos compartidos del PCP se aplican a atención quiropráctica. La cobertura tiene un límite máximo de: 60 días para servicios de rehabilitación ; 36 días para servicios de rehabilitación cardíaca; 60 días para servicios de atención quiropráctica. No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.
	Servicios de habilitación	Copago de \$25/visita al PCP** **No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%/visita al PCP Coseguro del 50%/visita al especialista	Multa del 50% por no precertificar servicios de terapia del habla fuera de la red. Los servicios están cubiertos cuando son medicamente necesarios para tratar una afección mental (p. ej., autismo) o una anomalía congénita. No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.
	Cuidado de enfermería especializada	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 60 días por año.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la precertificación.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Coseguro del 20%/servicios para pacientes internados Coseguro del 20%/servicios para pacientes en consulta externa	Coseguro del 50%/servicios para pacientes internados Coseguro del 50%/servicios para pacientes en consulta externa	Multa del 50% por no precertificar servicios para enfermos terminales para pacientes internados fuera de la red.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su [plan](#) o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Cirugía estética • Atención dental (adultos) • Atención dental (niños) | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de la vista (niños) • Atención a largo plazo • Atención que no sea de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos • Enfermería de práctica privada | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de la vista de rutina (adultos) • Atención de los pies de rutina • Programas para bajar de peso |
|--|--|--|

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura (10 días) • Atención quiropráctica (60 días) | <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos auditivos (2 dispositivos cada 24 meses) | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para la infertilidad |
|--|---|--|

Sus derechos a continuar con su cobertura:

Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Cigna al 1-800-Cigna24, División de Seguros de Iowa al 1-877-955-1212 y Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguro Médico](#). Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:

Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle un [reclamo](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Servicio al Cliente de Cigna al 1-800-Cigna24. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o ingresando en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con la División de Seguros de Iowa al 1-877-955-1212.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras políticas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otra cierta cobertura. Si califica para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no califique para el [crédito fiscal para las primas](#).

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-244-6224.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-244-6224.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-244-6224.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-800-244-6224.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,500
- [Copago](#) de [especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al [especialista](#) (*atención prenatal*)

Servicios de parto profesionales

Servicios de instalaciones de partos profesionales

[Pruebas diagnósticas](#) (*sonogramas y análisis de sangre*)

Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total hipotético **\$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,500
Copagos	\$40
Coseguro	\$2,200
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es	\$3,760

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,500
- [Copago](#) de [especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico primario](#)

(*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)

[Pruebas diagnósticas](#) (*análisis de sangre*)

[Medicamentos por recetas](#)

[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético **\$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$120
Copagos	\$800
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$40
El total que Joe pagaría es	\$960

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,500
- [Copago](#) de [especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Sala de emergencias](#)

(*incluye materiales médicos*)

[Prueba diagnóstica](#) (*radiografía*)

[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)

[Servicios de rehabilitación](#) (*terapia física*)

Costo total hipotético **\$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,500
Copagos	\$600
Coseguro	\$30
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,130

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Nombre del Plan: PPO \$1,500 Ben Ver: 30 Plan ID: 36784705 HP-POL/HP-APP 9/23/12

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO DE MANERA INTENCIONAL.



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Este es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite www.cigna.com/sp. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [delineados](#), consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.pdf o llamar al 1-800-Cigna24 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$0	Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este plan .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	No.	Tendrá que pagar todo el deducible antes de que el plan pague algún servicio.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el límite a los gastos directos del bolsillo de este plan ?	Para proveedores dentro de la red : \$1,500/persona o \$3,000/familia. Límite a los gastos directos del bolsillo médico/de salud del comportamiento y de farmacia combinado.	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de la familia en este plan , ellos tienen que alcanzar sus propios límites a los gastos directos del bolsillo hasta que se alcance el límite a los gastos directos del bolsillo general familiar.
¿Qué no incluye el límite a los gastos directos del bolsillo ?	Las primas , los cargos por facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite a los gastos directos del bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí. Vea www.cigna.com o llame al 1-800-Cigna24 para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan usa una lista de proveedores dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido .

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$20/visita	Sin cobertura	Ninguna
	Visita al especialista	Copago de \$40/visita	Sin cobertura	Ninguna
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su plan .
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.cigna.com .	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Copago de \$10/receta (farmacia minorista, 30 días), copago de \$25/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días)	Sin cobertura	La cobertura se limita a un suministro para un máximo de 90 días (farmacia minorista y entrega a domicilio) y a un suministro para un máximo de 30 días (farmacia minorista y entrega a domicilio) para los medicamentos especializados . Es posible que se apliquen algunas limitaciones, como por ejemplo, autorización previa, tratamiento escalonado y límites de cantidad. Para los medicamentos del programa Patient Assurance Program de Cigna, es posible que pague menos que los montos de costos compartidos indicados para las farmacias minoristas o para la entrega a domicilio. Los medicamentos preventivos requeridos por el gobierno federal dentro de la red se proporcionarán sin cargo.
	Medicamentos de marcas preferidas (nivel 2)	Copago de \$35/receta (farmacia minorista, 30 días), copago de \$88/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días)	Sin cobertura	
	Medicamentos de marcas no preferidas (nivel 3)	Copago de \$60/receta (farmacia minorista, 30 días), copago de \$150/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días)	Sin cobertura	
	Medicamentos especializados (nivel 4)	Copago de \$150/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 30 días)	Sin cobertura	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de \$300/visita	Copago de \$300/visita	El copago por visita no se aplica si es admitido. Los servicios fuera de la red se pagan al costo compartido dentro de la red.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	Los servicios de ambulancia aérea fuera de la red se pagan al costo compartido dentro de la red.
	Atención de urgencia	Copago de \$75/visita	Copago de \$75/visita	Ninguna
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Copago de \$40/visita al consultorio Sin cargo/todos los demás servicios	Sin cobertura	Incluye servicios médicos para diagnósticos de salud mental/toxicomanías.
	Servicios internos	Sin cargo	Sin cobertura	Incluye servicios médicos para diagnósticos de salud mental/toxicomanías.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	Se aplican los niveles de beneficios de la atención primaria o de especialistas a la visita inicial para confirmar el embarazo. El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Según el tipo de servicio, es posible que se aplique un copago , coseguro o deducible . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios que están descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, sonogramas).
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo	Sin cobertura	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Sin cargo	Sin cobertura	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención de la salud en el hogar	Sin cargo	Sin cobertura	La cobertura tiene un límite máximo de 60 días por año. Máximo de 16 horas por día. (El límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias).
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$20/visita al PCP Copago de \$40/visita al especialista	Sin cobertura	Los costos compartidos del PCP se aplican a atención quiropráctica. La cobertura tiene un límite máximo de: 60 días para servicios de rehabilitación ; 36 días para servicios de rehabilitación cardíaca; 60 días para servicios de atención quiropráctica. No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.
	Servicios de habilitación	Copago de \$20/visita al PCP Copago de \$40/visita al especialista	Sin cobertura	Los servicios están cubiertos cuando son medicamente necesarios para tratar una afección mental (p. ej., autismo) o una anomalía congénita. No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.
	Cuidado de enfermería especializada	Sin cargo	Sin cobertura	La cobertura tiene un límite máximo de 60 días por año.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo/servicios para pacientes internados Sin cargo/servicios para pacientes en consulta externa	Sin cobertura	Ninguna
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su [plan](#) o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|--------------------------------|--|--|
| • Cirugía estética | • Atención a largo plazo | • Atención de la vista de rutina (adultos) |
| • Atención dental (adultos) | • Atención que no sea de emergencia mientras viaje fuera de los Estados Unidos | • Atención de los pies de rutina |
| • Atención dental (niños) | | • Programas para bajar de peso |
| • Atención de la vista (niños) | • Enfermería de práctica privada | |

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- | | | |
|------------------------|---|------------------------------------|
| • Acupuntura (10 días) | • Atención quiropráctica (60 días) | • Tratamiento para la infertilidad |
| • Cirugía bariátrica | • Aparatos auditivos (2 dispositivos cada 24 meses) | |

Sus derechos a continuar con su cobertura:

Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Cigna al 1-800-Cigna24, División de Seguros de Iowa al 1-877-955-1212 y Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguro Médico](#). Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:

Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle un [reclamo](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Servicio al Cliente de Cigna al 1-800-Cigna24. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o ingresando en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con la División de Seguros de Iowa al 1-877-955-1212.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras políticas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otra cierta cobertura. Si califica para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no califique para el [crédito fiscal para las primas](#).

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-244-6224.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-244-6224.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-244-6224.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-244-6224.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago de especialista	\$40
■ Coseguro de hospital (instalaciones)	0%
■ Otro coseguro	0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al [especialista](#) (atención prenatal)

Servicios de parto profesionales

Servicios de instalaciones de partos profesionales

[Pruebas diagnósticas](#) (sonogramas y análisis de sangre)

Visita al [especialista](#) (anestesia)

Costo total hipotético **\$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$30
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es	\$50

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago de especialista	\$40
■ Coseguro de hospital (instalaciones)	0%
■ Otro coseguro	0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico primario](#)

(incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)

[Pruebas diagnósticas](#) (análisis de sangre)

[Medicamentos por recetas](#)

[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

Costo total hipotético **\$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$600
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$40
El total que Joe pagaría es	\$640

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago de especialista	\$40
■ Coseguro de hospital (instalaciones)	0%
■ Otro coseguro	0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Sala de emergencias](#)

(incluye materiales médicos)

[Prueba diagnóstica](#) (radiografía)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)

[Servicios de rehabilitación](#) (terapia física)

Costo total hipotético **\$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$500
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$500

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Nombre del Plan: HMO Ben Ver: 30 Plan ID: 36784519 HP-POL/HP-APP 9/23/12

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO DE MANERA INTENCIONAL.



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Este es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite www.cigna.com/sp. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [delineados](#), consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.pdf o llamar al 1-800-Cigna24 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	Para proveedores dentro de la red : \$3,000/persona o \$6,000/familia. Para proveedores fuera de la red : \$10,000/persona o \$20,000/familia.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros miembros de la familia en el plan , cada uno deberá alcanzar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos de deducible que hayan pagado todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Los medicamentos que requieren receta médica genéricos dentro de la red, los medicamentos preventivos genéricos dentro de la red, la atención preventiva y las vacunas dentro de la red, las visitas al consultorio y las visitas a instalaciones de atención de urgencia dentro de la red.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	Sí. Los medicamentos que requieren receta médica : \$250/persona o \$500/familia. No hay otros deducibles específicos.	Usted debe pagar todos los costos por estos servicios hasta la cantidad del deducible específico antes de que el plan comience a pagar por ellos.
¿Cuál es el límite a los gastos directos del bolsillo de este plan ?	Para proveedores dentro de la red : \$6,500/persona o \$13,000/familia. Para proveedores fuera de la red : \$20,000/persona o \$40,000/familia. Límite a los gastos directos del bolsillo médico/de salud del comportamiento y de farmacia combinado.	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de la familia en este plan , ellos tienen que alcanzar sus propios límites a los gastos directos del bolsillo hasta que se alcance el límite a los gastos directos del bolsillo general familiar.
¿Qué no incluye el límite a los gastos directos del bolsillo ?	Las multas por falta de autorización previa de los servicios, las primas , los cargos por facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite a los gastos directos del bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí. Vea www.cigna.com o llame al 1-800-Cigna24 para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan usa una lista de proveedores dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo/visita No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%	Ninguna
	Visita al especialista	Copago de \$90/visita No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%	Ninguna
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%	Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su plan .
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la precertificación.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.cigna.com .	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Sin cargo/receta (farmacia minorista, 30 días), sin cargo/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días) No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%/receta (farmacia minorista); sin cobertura (entrega a domicilio)	La cobertura se limita a un suministro para un máximo de 90 días (farmacia minorista y entrega a domicilio) y a un suministro para un máximo de 30 días (farmacia minorista y entrega a domicilio) para los medicamentos especializados . Es posible que se apliquen algunas limitaciones, como por ejemplo, autorización previa, tratamiento escalonado y límites de cantidad. Para los medicamentos del programa Patient Assurance Program de Cigna, es posible que pague menos que los montos de costos compartidos indicados para las farmacias minoristas o para la entrega a domicilio. Los medicamentos preventivos requeridos por el gobierno federal dentro de la red se proporcionarán sin cargo.
	Medicamentos de marcas preferidas (nivel 2)	Copago de \$50/receta (farmacia minorista, 30 días), copago de \$125/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días)	Coseguro del 50%/receta (farmacia minorista); sin cobertura (entrega a domicilio)	
	Medicamentos de marcas no preferidas (nivel 3)	Copago de \$100/receta (farmacia minorista, 30 días), copago de \$250/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días)	Coseguro del 50%/receta (farmacia minorista); sin cobertura (entrega a domicilio)	
	Medicamentos especializados (nivel 4)	Copago de \$250/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 30 días)	Coseguro del 50%/receta (farmacia minorista); sin cobertura (entrega a domicilio)	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la precertificación.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de \$400/visita, más un coseguro del 20%	Copago de \$400/visita, más un coseguro del 20%	El copago por visita no se aplica si es admitido. Los servicios fuera de la red se pagan al costo compartido y el deducible dentro de la red.
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Los servicios de ambulancia aérea fuera de la red se pagan al de la red. costo compartido y deducible .
	Atención de urgencia	Copago de \$50/visita No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%	Ninguna

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la precertificación.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Sin cargo/visita al consultorio** Sin cargo/todos los demás servicios **No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%/visita al consultorio Coseguro del 50%/todos los demás servicios	Multa del 50% si no se precertifican los servicios fuera de la red que no son de rutina (por ejemplo, hospitalización parcial, etc.). Incluye servicios médicos para diagnósticos de salud mental/toxicomanías.
	Servicios internos	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red. Incluye servicios médicos para diagnósticos de salud mental/toxicomanías.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Se aplican los niveles de beneficios de la atención primaria o de especialistas a la visita inicial para confirmar el embarazo. El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Según el tipo de servicio, es posible que se aplique un copago , coseguro o deducible . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios que están descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, sonogramas).
	Servicios de parto profesionales	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención de la salud en el hogar	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 60 días por año. Máximo de 16 horas por día. (El límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Servicios de rehabilitación	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%/visita al PCP Coseguro del 50%/visita al especialista	Multa del 50% por no precertificar servicios de terapia del habla fuera de la red. Los costos compartidos del PCP se aplican a atención quiropráctica. Servicios del médico: el costo compartido de las visitas al consultorio aplican a rehabilitación cardíaca. La cobertura tiene un límite máximo de: 60 días para servicios de rehabilitación; 36 días para servicios de rehabilitación cardíaca; 60 días para servicios de atención quiropráctica. No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.
	Servicios de habilitación	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%/visita al PCP Coseguro del 50%/visita al especialista	Multa del 50% por no precertificar servicios de terapia del habla fuera de la red. Los servicios están cubiertos cuando son médicamente necesarios para tratar una afección mental (p. ej., autismo) o una anomalía congénita. No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.
	Cuidado de enfermería especializada	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 60 días por año.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la precertificación.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Coseguro del 20%/servicios para pacientes internados Coseguro del 20%/servicios para pacientes en consulta externa	Coseguro del 50%/servicios para pacientes internados Coseguro del 50%/servicios para pacientes en consulta externa	Multa del 50% por no precertificar servicios para enfermos terminales para pacientes internados fuera de la red.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su [plan](#) o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Cirugía estética • Atención dental (adultos) • Atención dental (niños) | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de la vista (niños) • Atención a largo plazo • Atención que no sea de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos • Enfermería de práctica privada | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de la vista de rutina (adultos) • Atención de los pies de rutina • Programas para bajar de peso |
|--|--|--|

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura (10 días) • Atención quiropráctica (60 días) | <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos auditivos (2 dispositivos cada 24 meses) | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para la infertilidad |
|--|---|--|

Sus derechos a continuar con su cobertura:

Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Cigna al 1-800-Cigna24, División de Seguros de Iowa al 1-877-955-1212 y Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguro Médico](#). Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:

Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle un [reclamo](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Servicio al Cliente de Cigna al 1-800-Cigna24. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o ingresando en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con la División de Seguros de Iowa al 1-877-955-1212.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras políticas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otra cierta cobertura. Si califica para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no califique para el [crédito fiscal para las primas](#).

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-244-6224.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-244-6224.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-244-6224.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-244-6224.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3,000
- [Copago](#) de [especialista](#) \$90
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al [especialista](#) (*atención prenatal*)

Servicios de parto profesionales

Servicios de instalaciones de partos profesionales

[Pruebas diagnósticas](#) (*sonogramas y análisis de sangre*)

Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total hipotético **\$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$3,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,900
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es	\$4,920

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3,000
- [Copago](#) de [especialista](#) \$90
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico primario](#)

(*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)

[Pruebas diagnósticas](#) (*análisis de sangre*)

[Medicamentos por recetas](#)

[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético **\$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$120
Copagos	\$200
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$40
El total que Joe pagaría es	\$360

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3,000
- [Copago](#) de [especialista](#) \$90
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Sala de emergencias](#)

(*incluye materiales médicos*)

[Prueba diagnóstica](#) (*radiografía*)

[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)

[Servicios de rehabilitación](#) (*terapia física*)

Costo total hipotético **\$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,530
Copagos	\$800
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,330

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Nombre del Plan: PPO-PA \$3,000 Ben Ver: 30 Plan ID: 36785517 HP-POL/HP-APP 9/23/12

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO DE MANERA INTENCIONAL.



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Este es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite www.cigna.com/sp. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [delineados](#), consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.pdf o llamar al 1-800-Cigna24 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	Para proveedores dentro de la red : \$6,500/persona - empleado únicamente o \$13,000/máximo familiar (no más de \$6,500 por persona dentro de la familia). Para proveedores fuera de la red : \$10,000/persona - empleado únicamente o \$20,000/máximo familiar (no más de \$10,000 por persona dentro de la familia). Deducible médico/de salud del comportamiento y de farmacia combinado.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros miembros de la familia en el plan , cada uno deberá alcanzar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos de deducible que hayan pagado todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. La atención preventiva y las vacunas dentro de la red, y los medicamentos preventivos genéricos dentro de la red.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el límite a los gastos directos del bolsillo de este plan ?	Para proveedores dentro de la red : \$7,000/persona - empleado únicamente o \$14,000/máximo familiar (no más de \$7,000 por persona dentro de la familia). Para proveedores fuera de la red : \$20,000/persona - empleado únicamente o \$40,000/máximo familiar (no más de \$20,000 por persona dentro de la familia). Límite a los gastos directos del bolsillo médico/de salud del comportamiento y de farmacia combinado.	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de la familia en este plan , ellos tienen que alcanzar sus propios límites a los gastos directos del bolsillo hasta que se alcance el límite a los gastos directos del bolsillo general familiar.
¿Qué no incluye el límite a los gastos directos del bolsillo ?	Las multas por falta de autorización previa de los servicios, las primas , los cargos por facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite a los gastos directos del bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí. Vea www.cigna.com o llame al 1-800-Cigna24 para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan usa una lista de proveedores dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Coseguro del 20%/visita	Coseguro del 50%	Ninguna
	Visita al especialista	Coseguro del 20%/visita	Coseguro del 50%	Ninguna
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%	Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su plan .
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la precertificación.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.cigna.com .	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Copago de \$15/receta (farmacia minorista, 30 días), copago de \$38/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días)	Coseguro del 50%/receta (farmacia minorista); sin cobertura (entrega a domicilio)	La cobertura se limita a un suministro para un máximo de 90 días (farmacia minorista y entrega a domicilio) y a un suministro para un máximo de 30 días (farmacia minorista y entrega a domicilio) para los medicamentos especializados . Es posible que se apliquen algunas limitaciones, como por ejemplo, autorización previa, tratamiento escalonado y límites de cantidad. Para los medicamentos del programa Patient Assurance Program de Cigna, es posible que pague menos que los montos de costos compartidos indicados para las farmacias minoristas o para la entrega a domicilio. Los medicamentos preventivos requeridos por el gobierno federal dentro de la red se proporcionarán sin cargo.
	Medicamentos de marcas preferidas (nivel 2)	Copago de \$50/receta (farmacia minorista, 30 días), copago de \$125/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días)	Coseguro del 50%/receta (farmacia minorista); sin cobertura (entrega a domicilio)	
	Medicamentos de marcas no preferidas (nivel 3)	Copago de \$95/receta (farmacia minorista, 30 días), copago de \$238/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días)	Coseguro del 50%/receta (farmacia minorista); sin cobertura (entrega a domicilio)	
	Medicamentos especializados (nivel 4)	Copago de \$150/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 30 días)	Coseguro del 50%/receta (farmacia minorista); sin cobertura (entrega a domicilio)	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la precertificación.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Los servicios fuera de la red se pagan al costo compartido y el deducible dentro de la red.
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Los servicios de ambulancia aérea fuera de la red se pagan al de la red. costo compartido y deducible .
	Atención de urgencia	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Ninguna

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la precertificación.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Coseguro del 20%/visita al consultorio Coseguro del 20%/todos los demás servicios	Coseguro del 50%/visita al consultorio Coseguro del 50%/todos los demás servicios	Multa del 50% si no se precertifican los servicios fuera de la red que no son de rutina (por ejemplo, hospitalización parcial, etc.). Incluye servicios médicos para diagnósticos de salud mental/toxicomanías.
	Servicios internos	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red. Incluye servicios médicos para diagnósticos de salud mental/toxicomanías.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Se aplican los niveles de beneficios de la atención primaria o de especialistas a la visita inicial para confirmar el embarazo. El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Según el tipo de servicio, es posible que se aplique un copago , coseguro o deducible . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios que están descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, sonogramas).
	Servicios de parto profesionales	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención de la salud en el hogar	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 60 días por año. Máximo de 16 horas por día. (El límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias).
	Servicios de rehabilitación	Coseguro del 20%/visita al PCP Coseguro del 20%/visita al especialista	Coseguro del 50%/visita al PCP Coseguro del 50%/visita al especialista	Multa del 50% por no precertificar servicios de terapia del habla fuera de la red. Los costos compartidos del PCP se aplican a atención quiropráctica. La cobertura tiene un límite máximo de: 60 días para servicios de rehabilitación ; 36 días para servicios de rehabilitación cardíaca; 60 días para servicios de atención quiropráctica. No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.
	Servicios de habilitación	Coseguro del 20%/visita al PCP Coseguro del 20%/visita al especialista	Coseguro del 50%/visita al PCP Coseguro del 50%/visita al especialista	Multa del 50% por no precertificar servicios de terapia del habla fuera de la red. Los servicios están cubiertos cuando son médicamente necesarios para tratar una afección mental (p. ej., autismo) o una anomalía congénita. No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.
	Cuidado de enfermería especializada	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 60 días por año.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación para servicios fuera de la precertificación.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Coseguro del 20%/servicios para pacientes internados Coseguro del 20%/servicios para pacientes en consulta externa	Coseguro del 50%/servicios para pacientes internados Coseguro del 50%/servicios para pacientes en consulta externa	Multa del 50% por no precertificar servicios para enfermos terminales para pacientes internados fuera de la red.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su [plan](#) o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Atención dental (niños)
- Atención de la vista (niños)
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos
- Enfermería de práctica privada
- Atención de la vista de rutina (adultos)
- Atención de los pies de rutina
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- Acupuntura (10 días)
- Aparatos auditivos (2 dispositivos cada 24 meses)
- Tratamiento para la infertilidad
- Atención quiropráctica (60 días)

Sus derechos a continuar con su cobertura:

Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Cigna al 1-800-Cigna24, División de Seguros de Iowa al 1-877-955-1212 y Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguro Médico](#). Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:

Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle un [reclamo](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Servicio al Cliente de Cigna al 1-800-Cigna24. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o ingresando en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con la División de Seguros de Iowa al 1-877-955-1212.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras políticas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otra cierta cobertura. Si califica para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no califique para el [crédito fiscal para las primas](#).

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-244-6224.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-244-6224.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-244-6224.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-244-6224.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$6,500
- [Coseguro](#) de [especialista](#) 20%
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al [especialista](#) (*atención prenatal*)

Servicios de parto profesionales

Servicios de instalaciones de partos profesionales

[Pruebas diagnósticas](#) (*sonogramas y análisis de sangre*)

Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total hipotético **\$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$6,500
Copagos	\$0
Coseguro	\$500
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es	\$7,020

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$6,500
- [Coseguro](#) de [especialista](#) 20%
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico primario](#)

(*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)

[Pruebas diagnósticas](#) (*análisis de sangre*)

[Medicamentos por recetas](#)

[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético **\$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$5,260
Copagos	\$100
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$40
El total que Joe pagaría es	\$5,400

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$6,500
- [Coseguro](#) de [especialista](#) 20%
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Sala de emergencias](#)

(*incluye materiales médicos*)

[Prueba diagnóstica](#) (*radiografía*)

[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)

[Servicios de rehabilitación](#) (*terapia física*)

Costo total hipotético **\$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$2,800
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,800

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Nombre del Plan: HDHP \$6,500 Ben Ver: 30 Plan ID: 36786532 HP-POL/HP-APP 9/23/12

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO DE MANERA INTENCIONAL.

La discriminación es ilegal.

Cobertura médica

Cigna Healthcare cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por razón de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, estado civil, identidad de género u orientación sexual. Cigna Healthcare no excluye a ninguna persona ni la trata de manera diferente por razón de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Cigna Healthcare:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros; por ejemplo:
 - intérpretes de lenguaje de señas calificados;
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de asistencia lingüística gratuita a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - intérpretes calificados
 - información escrita en otros idiomas.

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación y pida ayuda a un representante de Servicio al Cliente.



Los productos y servicios de Cigna Healthcare son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de The Cigna Group, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Behavioral Health, Inc., Evernorth Care Solutions, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation que incluyen Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of California, Inc., Cigna HealthCare of Colorado, Inc., Cigna HealthCare of Connecticut, Inc., Cigna HealthCare of Florida, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Illinois, Inc., Cigna HealthCare of Indiana, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of New Jersey, Inc., Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Tennessee, Inc., and Cigna HealthCare of Texas, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si considera que Cigna Healthcare no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja escribiendo un mensaje de correo electrónico a **ACAGrievance@Cigna.com** o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna Healthcare

Nondiscrimination Complaint Coordinator
P.O. Box 188016
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar una queja escrita, llame al número que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de ID o envíe un mensaje de correo electrónico a **ACAGrievance@cigna.com**. También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Los formularios para presentar una queja están disponibles en **<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>**

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. For current Cigna Healthcare customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711).

Spanish – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Si es un cliente actual de Cigna Healthcare, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Chinese – 注意：我們可為您免費提供語言協助服務。對於 Cigna Healthcare 的現有客戶，請致電您的 ID 卡背面的號碼。其他客戶請致電 1.800.244.6224（聽障專線：請撥 711）。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna Healthcare, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên. Các trường hợp khác xin gọi số 1.800.244.6224 (TTY: Quay số 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 현재 Cigna Healthcare 가입자님들께서는 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락해주시요. 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주시요.

Tagalog – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna Healthcare, tawagan ang numero sa likuran ng iyong ID card. O kaya, tumawag sa 1.800.244.6224 (TTY: I-dial ang 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Если вы уже участвуете в плане Cigna Healthcare, позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки участника плана. Если вы не являетесь участником одного из наших планов, позвоните по номеру 1.800.244.6224 (TTY: 711).

Arabic – برجاء الانتباه خدمات الترجمة المجانية متاحة لكم. لعملاء Cigna Healthcare الحاليين برجاء الاتصال بالرقم المدون علي ظهر بطاقتكم الشخصية. او اتصل ب 1.800.244.6224 (TTY: اتصل ب 711).

French Creole – ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Pou kliyan Cigna Healthcare yo, rele nimewo ki dèyè kat ID ou. Sinon, rele nimewo 1.800.244.6224 (TTY: Rele 711).

French – ATTENTION: Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Si vous êtes un client actuel de Cigna Healthcare, veuillez appeler le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité. Sinon, veuillez appeler le numéro 1.800.244.6224 (ATS : composez le numéro 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Tem ao seu dispor serviços de assistência linguística, totalmente gratuitos. Para clientes Cigna Healthcare atuais, ligue para o número que se encontra no verso do seu cartão de identificação. Caso contrário, ligue para 1.800.244.6224 (Dispositivos TTY: marque 711).

Polish – UWAGA: w celu skorzystania z dostępnej, bezpłatnej pomocy językowej, obecni klienci firmy Cigna Healthcare mogą dzwonić pod numer podany na odwrocie karty identyfikacyjnej. Wszystkie inne osoby prosimy o skorzystanie z numeru 1 800 244 6224 (TTY: wybierz 711).

Japanese – 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。現在のCigna Healthcareのお客様は、IDカード裏面の電話番号まで、お電話にてご連絡ください。その他の方は、1.800.244.6224（TTY: 711）まで、お電話にてご連絡ください。

Italian – ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per i clienti Cigna Healthcare attuali, chiamare il numero sul retro della tessera di identificazione. In caso contrario, chiamare il numero 1.800.244.6224 (utenti TTY: chiamare il numero 711).

German – ACHTUNG: Die Leistungen der Sprachunterstützung stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie gegenwärtiger Cigna Healthcare-Kunde sind, rufen Sie bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Krankenversicherungskarte an. Andernfalls rufen Sie 1.800.244.6224 an (TTY: Wählen Sie 711).

Persian (Farsi) – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می شود. برای مشتریان فعلی Cigna Healthcare، لطفاً با شماره ای که در پشت کارت شناسایی شماست تماس بگیرید. در غیر اینصورت با شماره 1.800.244.6224 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنوایان: شماره 711 را شمار گیری کنید).