



Cigna Vision administrado por EyeMed Kinkaid Civil Construction, LLC C1 - Standard PPO Comprehensive Plan

Bienvenido a Cigna Vision Programa de cobertura de la vista			
Cobertura	Beneficio dentro de la red***	Beneficio fuera de la red	Período de frecuencia **
Copago por examen	\$10	N/C	12 meses
Asignación para examen (una vez por período de frecuencia)	Cobertura del 100% después del copago	Hasta \$45	12 meses
Copago por materiales	\$25	N/C	12 meses
Asignaciones para cristales de anteojos: (un par por período de frecuencia)			
Monofocales	Cobertura del 100% después del copago	Hasta \$32	12 meses
Bifocales con línea	Cobertura del 100% después del copago	Hasta \$55	12 meses
Trifocales con línea	Cobertura del 100% después del copago	Hasta \$65	12 meses
Lenticulares	Cobertura del 100% después del copago	Hasta \$80	12 meses
Asignaciones para lentes de contacto: (un par o una única compra por período de frecuencia)			
Opcionales	Hasta \$130	Hasta \$105	12 meses
Terapéuticos	Cobertura del 100%	Hasta \$210	12 meses
Asignación para venta minorista de marcos (uno por período de frecuencia)	Hasta \$130	Hasta \$71	12 meses
** Su período de frecuencia comienza el 1 de enero (por año calendario).			
Definiciones			
Copago: la cantidad que usted paga por un examen y/o materiales, cristales y/o marcos. (Nota: los copagos no se aplican a los lentes de contacto).			
Coseguro: el porcentaje de los cargos que pagará Cigna. El cliente deberá pagar el saldo.			
Asignación: la cantidad máxima que pagará Cigna. El cliente deberá pagar cualquier cantidad que supere la asignación.			
Materiales: cristales de anteojos, marcos y/o lentes de contacto.			
<ul style="list-style-type: none"> Para recibir los beneficios dentro de la red, no puede utilizar esta cobertura con otros descuentos, promociones ni pedidos previos. Si usa otros descuentos y/o promociones en lugar de esta cobertura de la vista, o visita a un profesional de cuidado de la vista fuera de la red, puede presentar un reclamo fuera de la red para que le reembolsen los gastos permitidos. 			
La cobertura dentro de la red incluye***:			
<ul style="list-style-type: none"> Una evaluación de la salud de la vista y de los ojos que incluye, a modo de ejemplo, examen de la salud de los ojos, dilatación, refracción y recetas médicas para anteojos. Un par de lentes estándares con receta, plásticos o de vidrio; toda la variedad de recetas (todos los aumentos y prismas). <ul style="list-style-type: none"> Lentes de policarbonato para menores de 19 años. Lentes extragrandes. Colores rosa núm. 1 y núm. 2 lisos. Ahorro mínimo del 20%* en todas las mejoras adicionales de lentes que elija para sus cristales, incluidas, a modo de ejemplo: recubrimientos contra rayones/ultravioleta/antirreflejo; policarbonato (adultos); todos los colores/fotocromáticos (vidrio o plástico); y estilos de cristales, incluidas las mejoras a lentes progresivos; 			

- Un marco para cristales con receta; marco a elección cubierto hasta la asignación minorista del plan, más un 20% de ahorro sobre la cantidad que exceda la asignación para marcos.
- Un par de lentes de contacto o una compra única de un suministro de lentes de contacto, en lugar del beneficio de cristales y marcos (no pueden recibirse lentes de contacto y marcos en el mismo año de beneficios). La asignación se aplica al costo de los servicios profesionales de lentes de contacto adicionales (incluye ajuste y evaluación) y materiales de lentes de contacto.

* La participación del proveedor es 100% voluntaria; por favor, consulte a su profesional de cuidado de la vista sobre los descuentos ofrecidos.

*** La cobertura puede variar en centros oftalmológicos de un club de membresías y líneas minoristas de descuento participantes; comuníquese con Servicio al Cliente para obtener más información sobre la cobertura específica.

Se brindará cobertura para lentes de contacto **terapéuticos** cuando la agudeza visual no pueda corregirse a 20/70 en el ojo con mejor visión con anteojos y cuando la adaptación de los lentes de contacto obtendría este nivel de agudeza visual, y en ciertos casos de anisometropía, queratocono o afaquia, según lo determine y documente su profesional de cuidado de la vista. Los lentes de contacto adaptados para otros fines terapéuticos o la reducción de los campos visuales debido a una alta corrección positiva o negativa se cubrirán de acuerdo con la cobertura de lentes de contacto opcionales detallada en el Programa de beneficios.

Servicios no cubiertos:

- Entrenamiento ortóptico o visual y cualquier prueba complementaria asociada
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos
- Cualquier examen de la vista o accesorio correctivo para la vista, requerido por un empleador como condición para el empleo
- Cualquier lesión o enfermedad pagada o pagadera por la ley de Seguro de accidentes de trabajo o una ley similar, o que se relacione con el trabajo
- Cargos que superen el cargo razonable y usual por el Servicio o los Materiales
- Cargos incurridos después de la finalización de la póliza o de finalizada la cobertura del asegurado en la póliza, a excepción de lo que se especifica en la póliza
- Tratamiento o dispositivo experimental o no convencional
- Dispositivos de aumento o para poca visión que no aparezcan como cubiertos en el Programa de cobertura de la vista
- Cualquier tipo de anteojos, incluidos marcos y cristales, o lentes de contacto, que no requieran receta médica (se exige una receta mínima)
- Tratamientos de cristales para anteojos, "accesorios" o recubrimientos para cristales que no aparezcan como cubiertos en el Programa de cobertura de la vista
- Anteojos de sol con receta
- Dos pares de anteojos, en lugar de lentes bifocales o trifocales
- Anteojos o lentes de seguridad necesarios para el trabajo que no aparezcan como cubiertos en el Programa de cobertura de la vista
- Beneficio de anteojos para terminal de pantalla de video (VDT, por sus siglas en inglés) o computadora
- Reclamos presentados y recibidos después de transcurridos doce (12) meses de la Fecha del servicio original

Cómo usar sus beneficios de Cigna Vision

(Tenga en cuenta que la Red de Cigna Vision es diferente de las redes que respaldan a nuestros planes de salud/médicos).

1. Busque un médico

Existen tres formas de buscar un médico oftalmólogo de calidad en su área:

1. Inicie sesión en myCigna.com, haga clic en *Coverage* (Cobertura) y seleccione *Vision page* (Página de cobertura de la vista). Haga clic en *Visit Cigna Vision* (Visitar Cigna Vision). Luego elija *Find a Cigna Vision Network Eye Care Professional* (Buscar un profesional de cuidado de la vista de la red de Cigna Vision) para buscar en el Directorio de Cigna Vision administrado por Eye Med.



2. ¿No tiene acceso a myCigna.com? Visite Cigna.com; en la parte superior de la página, seleccione *Find A Doctor, Dentist or Facility* (Buscar un médico, un dentista o un centro) y haga clic en *Cigna Vision serviced by EyeMed Directory* (Directorio de Cigna Vision administrado por EyeMed) en *Additional Resources* (Recursos adicionales).
3. ¿Prefiere comunicarse por teléfono? Llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta del seguro de Cigna y hable con un representante de Servicio al Cliente de Cigna Vision.

2. Programe una cita

Identifíquese como cliente de Cigna Vision cuando programe una cita. Muestre su tarjeta de ID de Cigna o de Cigna Vision en el momento de su cita, para que el personal del consultorio pueda acceder rápidamente a los detalles de su plan y verificar si cumple con los requisitos correspondientes.

3. Reembolso del plan por atención fuera de la red

Cómo usar sus beneficios de Cigna Vision

Envíe un formulario de reclamo completo de Cigna Vision administrado por EyeMed y un recibo detallado a: Cigna Vision, Claims Dept. c/oFAA PO Box 8504, Mason, OH. 45040-7111

Para obtener un formulario de reclamo de Cigna Vision:

- Visite **Cigna.com** y vaya a *Forms* (Formularios), *Vision Forms* (Formularios de la vista)
- Visite **myCigna.com** y vaya a la página de su cobertura de la vista

Cigna Vision pagará los gastos cubiertos en un plazo de diez días hábiles luego de recibir el formulario de reclamo completo y el recibo detallado.

Los beneficios están asegurados o son administrados por Connecticut General Life Insurance Company o Cigna Health and Life Insurance Company. Lea los materiales de su plan atentamente. Este resumen de beneficios proporciona una descripción muy breve de las características importantes de su plan. No es el contrato de seguro. Podrá consultar sus derechos y beneficios completos en los documentos reales del plan, que puede solicitar en cualquier momento. Puede descargar una copia del Resumen de la cobertura de la vista en [Health Insurance & Medical Forms for Customers \(Seguro de salud y formularios médicos para clientes\) | Cigna](#), dentro de *Vision Forms* (Formularios para cuidado de la vista). Los proveedores participantes son contratistas independientes exclusivamente responsables por los productos y sus exámenes de la vista de rutina.

Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, entre las que se incluyen Cigna Health and Life Insurance Company. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Healthy Rewards® es un programa de descuentos, no un beneficio asegurado.

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura de la vista

Cigna cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Cigna no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Cigna:

- 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 necesita estos servicios, comuníquese con servicio al cliente al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación y pídale a un asociado de Servicio al cliente que le ayude.

Si cree que Cigna no ha brindado estos servicios o ha discriminado de algún 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
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar una queja escrita, llame al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación 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
1.800.868.1019, 800.537.7697 (TDD)

Los formularios para presentar una queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company y Connecticut General Life Insurance Company. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. Call 1.888.353.2653 (TTY dial 711 for operator, then dial 1-844-230-6498). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.888.353.2653 (TTY: marque 711 para hablar con un operador y luego marque 1-844-230-6498).

824734SP 07/22 © 2022 Cigna.

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.888.353.2653 (TTY dial 711 for operator, then dial 1-844-230-6498).

Spanish – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al 1.888.353.2653 (TTY: marque 711 para hablar con un operador y luego marque 1-844-230-6498).

Chinese – 注意：我們可為您免費提供語言協助服務。請致電 1.888.353.2653（聽語障人士請撥打 711（聽語障專線）由操作人員為您服務，然後撥打 1-844-230-6498）。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi 1.888.353.2653 (TTY xin quay số 711 để kết nối với tổng đài, sau đó quay số 1-844-230-6498).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1.888.353.2653번으로 문의하십시오(TTY는 교환원 연결을 위해 711번으로 전화하신 후, 1-844-230-6498번으로 전화하십시오).

Tagalog – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Tumawag sa 1.888.353.2653 (Para sa TTY, i-dial ang 711 para sa operator, pagkatapos ay i-dial ang 1-844-230-6498).

Russian – ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1.888.353.2653 (линия TTY: наберите 711 для соединения с оператором, затем наберите 1-844-230-6498).

Arabic – ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1.888.353.2653 (بنبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711 للتحدث إلى عامل الهاتف، ثم الاتصال على الرقم 1-844-230-6498).

French Creole – ATANSYON: Gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1.888.353.2653 (TTY konpoze 711 pou pale ak yon operatè, apres a konpoze 1-844-230-6498).

French – ATTENTION : Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le 1.888.353.2653 (ATS: composez le 711 pour joindre l'opérateur, puis composez le 1-844-230-6498).

Portuguese – ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue 1.888.353.2653 (TTY: marque 711 para o telefonista e, em seguida, marque 1-844-230-6498).

Polish – UWAGA: Możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1.888.353.2653 (użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 711, aby otrzymać połączenie z telefonistą, a następnie wybrać numer 1-844-230-6498).

Japanese – 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1.888.353.2653 にお電話ください (TTYをご利用の場合は、711 をダイヤルしてオペレーターに接続してから 1-844-230-6498 におかけください)。

Italian – ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1.888.353.2653 (TTY: comporre il 711 per l'operatore, quindi comporre il numero 1-844-230-6498).

German – ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: Rufen Sie die Nummer 1.888.353.2653 an (TTY-Benutzer wählen 711 für die Vermittlung und dann 1-844-230-6498).

Persian (Farsi) – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می شود. با شماره 1.888.353.2653 تماس بگیرید (TTY شماره 711 را برای اپراتور گرفته و سپس 1-844-230-6498 را شماره گیری کنید).