

RESUMEN DE BENEFICIOS



Administrada por - Cigna Health and Life Insurance Co.
Para - Kinkaid Civil Construction LLC
Open Access Plus Plan
OAP Base
Válido - 03/01/2023

Elección de un proveedor de atención primaria: su plan puede exigir o permitir la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en la red y esté disponible para aceptarlos a usted o a sus familiares como pacientes. Si en su plan es obligatorio designar a un proveedor de atención primaria, es posible que Cigna se encargue de dicha designación hasta que usted lo haga. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y consultar una lista de proveedores de atención primaria participantes, visite www.mycigna.com o llame al número del servicio de atención al cliente indicado en el reverso de la tarjeta de identificación de su plan. Para los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

Acceso directo a obstetras y ginecólogos: no es preciso obtener la autorización previa ni del plan ni de persona alguna (incluidos los proveedores de atención primaria) para recibir atención obstétrica y ginecológica de un profesional médico de nuestra red especializado en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que se le exija a dicho profesional médico que siga ciertos procedimientos, como obtener la autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento aprobado de antemano o seguir procedimientos para derivar los pacientes. Para obtener una lista de los profesionales médicos participantes especializados en obstetricia y ginecología, visite www.mycigna.com o llame al número del servicio de atención al cliente indicado en el reverso de la tarjeta de identificación de su plan.

| Puntos más Importantes del Plan | En la red | Fuera de la red |
|---|--|---|
| Máximo Vitalicio | Ilimitado | Ilimitado |
| Acumulación en Año del Plan | Los Deducibles, Gastos de Bolsillo y límites del nivel de beneficios de su Plan se acumulan sobre una base de año calendario a menos que se indique algo diferente. Además, todos los máximos del plan y los máximos específicos a los servicios (dinero y número de sucesos) se acumulan de forma cruzada entre dentro y fuera de la red a menos que se indique algo diferente. | |
| Coseguro del Plan | El plan paga 100% | El plan paga 50% |
| Cargo Máximo Sujeto a Reembolso | No es aplicable | 110% |
| Deducible del Plan | Personal: \$5,000 Familia: \$10,000 | Personal: \$10,000 Familia: \$20,000 |
| <ul style="list-style-type: none"> Solo la cantidad que usted paga por gastos cubiertos dentro de la red cuenta para su deducible dentro de la red. Solo la cantidad que usted paga por gastos cubiertos fuera de la red cuenta para su deducible fuera de la red. Los copagos/deducibles de beneficios siempre son aplicables antes del deducible y el coseguro del plan. Los miembros de la familia solamente cumplen sus deducibles individuales y luego sus reclamos estarán cubiertos por el coseguro del plan; si se cumple el deducible familiar antes de que se cumpla el deducible individual, sus reclamos se pagarán en el coseguro del plan. | | |
| Nota: Los servicios sobre los que el deducible del plan es aplicable se marcan con un símbolo de intercalación (^). | | |

| Puntos más Importantes del Plan | | En la red | Fuera de la red |
|--|--|--|-----------------|
| Máximo de Gastos de Bolsillo del Plan | Personal: \$7,350 Familia: \$14,700 | Personal: \$20,000 Familia: \$40,000 | |
| <ul style="list-style-type: none"> Solo la cantidad que usted paga por gastos cubiertos dentro de la red cuenta para su máximo de gastos de bolsillo dentro de la red. Solo la cantidad que usted paga por gastos cubiertos fuera de la red cuenta para su máximo de gastos de bolsillo fuera de la red. El deducible del plan contribuye a su máximo de gastos de bolsillo. Todos los copagos/deducibles de los beneficios contribuyen a su máximo de gastos de bolsillo. Los gastos cubiertos que cuentan para su máximo de gastos de bolsillo incluyen coseguros y cargos pagados por el cliente para Trastornos de Salud Mental y Uso de Sustancias. Las multas o cargos por incumplimiento fuera de la red que excedan el Cargo Máximo Sujeto a Reembolso no contribuyen al máximo de gastos de bolsillo. Después de que cada miembro elegible de la familia cumple con su máximo individual de gastos de bolsillo, el plan paga el 100% de sus gastos cubiertos. O, después de haber cumplido el máximo de gastos de bolsillo familiar, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos de cada miembro elegible de la familia. Este plan incluye un máximo combinado de gastos de bolsillo Médicos/Farmacía. | | | |
| Beneficio | En la red | Fuera de la red | |
| Nota: Los servicios sobre los que el deducible del plan es aplicable se marcan con un símbolo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de beneficios siempre son aplicables antes del deducible del plan. | | | |
| Servicios de Médicos: Visitas a Consultorios | | | |
| Servicios de Médicos de Cabecera (PCP)/Visita al Consultorio | \$40 copago, y el plan paga 100% | El plan paga 50% ^ | |
| Servicios de Médicos de Cuidados de Especialidad/Visita al Consultorio | \$80 copago, y el plan paga 100% | El plan paga 50% ^ | |
| Cirugía Efectuada en el Consultorio del Médico | Cubierto igual que Servicios de médicos: Visita a Consultorios | Cubierto igual que Servicios de médicos: Visita a Consultorios | |
| Cuidado Virtual | | | |
| Proveedores Virtuales Dedicados - MDLIVE | | | |
| Servicios de Cuidado Virtual de Urgencia MDLIVE | \$40 copago, y el plan paga 100% | No está cubierto | |
| Servicios de Cuidado Primario MDLIVE | \$40 copago, y el plan paga 100% | No está cubierto | |
| Servicios de Cuidado Especializado MDLIVE | \$80 copago, y el plan paga 100% | No está cubierto | |
| <ul style="list-style-type: none"> El costo compartido de Cuidado Primario se aplica a la atención de rutina. Los exámenes de bienestar virtuales se pagan bajo Cuidado Preventiva. Para Servicios Conductual MDLIVE, consulte la sección Salud Mental y Trastorno por Uso de Sustancias (a continuación). Los servicios de laboratorio en apoyo a visitas virtuales se deben obtener en laboratorios dedicados. Incluye cargos por prestación de servicios y consultas médicas y de la salud por proveedores virtuales dedicados según sea médicamente apropiado mediante audio, video así como tecnología segura basada en internet. | | | |
| Servicios Virtuales de Médicos: Visitas a Consultorios | | | |
| Servicios de Médicos de Cabecera (PCP)/Visita al Consultorio | \$40 copago, y el plan paga 100% | El plan paga 50% ^ | |

| Beneficio | En la red | Fuera de la red |
|--|-----------------------------------|--------------------|
| Nota: Los servicios sobre los que el deducible del plan es aplicable se marcan con un símbolo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de beneficios siempre son aplicables antes del deducible del plan. | | |
| Servicios de Médicos de Cuidados de Especialidad/Visita al Consultorio | \$80 copago, y el plan paga 100% | El plan paga 50% ^ |
| <ul style="list-style-type: none"> Los médicos pueden proveer servicios virtuales que son pagaderos bajo otros beneficios (p. ej. Cuidado preventivo, Servicios de terapia para pacientes ambulatorios). Incluye cargos por prestación de servicios y consultas médicas y relacionados con la salud según sea médicamente apropiado a través de audio, video así como tecnología segura basada en internet que sean similares a servicios por visitas a consultorios suministrados en persona. | | |
| Clínica de Atención de Conveniencia | | |
| Clínica de Atención de Conveniencia | \$40 copago, y el plan paga 100% | El plan paga 50% ^ |
| Cuidado Preventivo | | |
| Visita al Consultorio por Cuidado Preventivo | El plan paga 100% | No está cubierto |
| Servicios Preventivos | El plan paga 100% | No está cubierto |
| <ul style="list-style-type: none"> Incluye Mamografías preventivas, Papanicolaou (Pap), pruebas de Antígeno Prostático Específico (PSA) y exámenes colorrectales. Los servicios relacionados con diagnósticos se cubren al mismo nivel de beneficios como otros servicios de radiografías y de laboratorio, en base al lugar de servicio. | | |
| Vacunas | El plan paga 100% | No está cubierto |
| Pacientes Internados | | |
| Servicios en Instalaciones de Hospital para Pacientes Internados | El plan paga 100% ^ | El plan paga 50% ^ |
| Nota: Incluye todos los servicios de Laboratorio y Radiología, incluyendo Imágenes Radiológicas Avanzadas así como Medicamentos de Especialidades Médicas | | |
| Visitas/Consultas a Médicos en Hospitales para Pacientes Internados | El plan paga 100% ^ | El plan paga 50% ^ |
| Servicios Profesionales para Pacientes Internados | El plan paga 100% ^ | El plan paga 50% ^ |
| <ul style="list-style-type: none"> Por servicios efectuados por Cirujanos, Radiólogos, Patólogos y Anestesiólogos | | |
| Pacientes Ambulatorios | | |
| Servicios en Instalaciones para Pacientes Ambulatorios | El plan paga 100% ^ | El plan paga 50% ^ |
| Servicios Profesionales para Pacientes Ambulatorios | El plan paga 100% ^ | El plan paga 50% ^ |
| <ul style="list-style-type: none"> Por servicios efectuados por Cirujanos, Radiólogos, Patólogos y Anestesiólogos | | |
| Servicios de Emergencia | | |
| Sala de Emergencias | \$500 copago, y el plan paga 100% | |
| <ul style="list-style-type: none"> Incluye Cargos de Médicos en Salas de Emergencias, Laboratorio y Radiología, incluyendo Imágenes Radiológicas Avanzadas (ARI) El copago por visita se anula si se le interna. | | |

03/01/2023

ASO

Open Access Plus - OAP Base

| Beneficio | En la red | Fuera de la red |
|---|--|--|
| Nota: Los servicios sobre los que el deducible del plan es aplicable se marcan con un símbolo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de beneficios siempre son aplicables antes del deducible del plan. | | |
| Instalación de cuidados de urgencia • Incluye Cargos de Médicos, Laboratorio y Radiología | \$100 copago, y el plan paga 100% | El plan paga 50% ^ |
| Ambulancia Los servicios de ambulancia utilizados como transporte que no sea de emergencia (por ejemplo, transporte desde el hospital a casa) generalmente no están cubiertos. | El plan paga 100% ^ | |
| Servicios para Pacientes Internados en otras Instalaciones de Cuidado de la Salud | | |
| Instalación de Enfermería Especializada, Hospital de Rehabilitación, Instalaciones Subagudas • Límite Anual: 60 días | El plan paga 100% ^ | El plan paga 50% ^ |
| Servicios de laboratorio | | |
| Servicios de Médicos/Visitas a Consultorios | Cubierto igual que Servicios de médicos: Visita a Consultorios | Cubierto igual que Servicios de médicos: Visita a Consultorios |
| Laboratorio Independiente | El plan paga 100% ^ | El plan paga 50% ^ |
| Instalación Ambulatoria | El plan paga 100% ^ | El plan paga 50% ^ |
| Servicios de Radiología | | |
| Servicios de Médicos/Visitas a Consultorios | Cubierto igual que Servicios de médicos: Visita a Consultorios | Cubierto igual que Servicios de médicos: Visita a Consultorios |
| Instalación Ambulatoria | El plan paga 100% ^ | El plan paga 50% ^ |
| Imágenes Radiológicas Avanzadas (ARI) | Incluye MRI, MRA, CAT Scan, PET Scan, etc. | |
| Instalación Ambulatoria | El plan paga 100% ^ | El plan paga 50% ^ |
| Servicios de Médicos/Visitas a Consultorios | El plan paga 100% ^ | El plan paga 50% ^ |
| Servicios de terapia para Pacientes Ambulatorios | | |
| Fisioterapia, foniatría, terapia auditiva y terapia ocupacional para pacientes ambulatorios Límites Anuales: • Todas las Terapias Combinadas, Incluye Fisioterapia, Habla, Audición y Terapias Ocupacionales, 60 visitas • Los límites no son aplicables para padecimientos de salud mental para Terapias Físicas, del Habla u Ocupacionales. | \$80 copago, y el plan paga 100% | El plan paga 50% ^ |
| Nota: Las visitas de terapia, suministradas como parte de un plan aprobado de Cuidado de la Salud en el Hogar, se acumulan al aplicable máximo para Cuidado de la Salud en el Hogar. | | |
| Cuidado Quiropráctico Límite Anual: • Cuidados Quiroprácticos: 20 visitas | \$80 copago, y el plan paga 100% | El plan paga 50% ^ |

| Beneficio | En la red | Fuera de la red |
|--|--|---|
| <p>Nota: Los servicios sobre los que el deducible del plan es aplicable se marcan con un símbolo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de beneficios siempre son aplicables antes del deducible del plan.</p> | | |
| <p>Hospicio para enfermos</p> | | |
| <p>Instalaciones para Pacientes Internados</p> | <p>El plan paga 100% ^</p> | <p>El plan paga 50% ^</p> |
| <p>Servicios para Pacientes Ambulatorios</p> | <p>El plan paga 100% ^</p> | <p>El plan paga 50% ^</p> |
| <p>Nota: Incluye asesoramiento por luto proporcionado como parte de un programa de cuidados paliativos.</p> | | |
| <p>Medicamentos Farmacéuticos Médicos</p> | | |
| <p>Farmacéuticos Médicos de Especialidades Cigna PathwellSM</p> | <p>Red de Especialidades Cigna PathwellSM: El plan paga 100% ^</p> <p>Todos los demás proveedores médicos en la red: No está cubierto</p> | <p>No está cubierto</p> |
| <p>Otros Farmacéuticos Médicos</p> | <p>El plan paga 100% ^</p> | <p>No está cubierto</p> |
| <p>Nota: Este beneficio es solamente aplicable al costo de medicamentos Farmacéuticos Médicos administrados. Instalaciones Relacionadas, Visitas a Consultorios o cargos Profesionales se cubren de acuerdo al diseño del plan.</p> | | |
| <p>Planificación familiar</p> | | |
| <p>Servicios para Mujeres</p> | <p>El plan paga 100%</p> | <p>No está cubierto</p> |
| <p>Dentro de la red se incluyen dispositivos anticonceptivos según lo ordenado o recetado por un médico y servicios de esterilización quirúrgica, como la ligadura de trompas (no se incluyen reversiones). Se proporciona cobertura fuera de la red para dispositivos anticonceptivos según lo ordenado o recetado por un médico.</p> | | |
| <p>Servicios para Hombres</p> | <p>La cobertura varía de acuerdo al Lugar de Servicio</p> | <p>No está cubierto</p> |
| <p>Incluye servicios de esterilización quirúrgica, tales como vasectomías (no se incluyen reversiones)</p> | | |
| <p>Aborto</p> | | |
| <p>Servicios de Aborto</p> | <p>La cobertura varía de acuerdo al Lugar de Servicio</p> | <p>La cobertura varía de acuerdo al Lugar de Servicio</p> |
| <p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> Incluye procedimientos no electivos Incluye solamente procedimientos electivos dentro de la red | | |
| <p>Esterilidad</p> | | |
| <p>Tratamiento de Infertilidad</p> | | |
| <p>Nota: Se brindará cobertura para el tratamiento de afecciones médicas subyacentes hasta el momento en que se diagnostique una condición de infertilidad. Se cubrirán los servicios como cualquier otra enfermedad.</p> | | |
| <p>Servicios de Diálisis para Pacientes Ambulatorios</p> | | |

| Beneficio | En la red | Fuera de la red |
|---|---|--|
| Nota: Los servicios sobre los que el deducible del plan es aplicable se marcan con un símbolo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de beneficios siempre son aplicables antes del deducible del plan. | | |
| Servicios de Médicos/Visitas a Consultorios | Cubierto igual que Servicios de médicos: Visita a Consultorios | No está cubierto |
| Diálisis en el Hogar Nota: Las visitas por Diálisis no se acumulan al máximo del Cuidado de la Salud en el Hogar | Cubiertos igual que el beneficio de Cuidado de la Salud en el Hogar del plan | No está cubierto |
| Servicios en Instalaciones para Pacientes Ambulatorios | Cubiertos igual que el beneficio de Servicios en Instalaciones para Pacientes Ambulatorios del plan | No está cubierto |
| Servicios Profesionales para Pacientes Ambulatorios | Cubiertos igual que el beneficio de Servicios Profesionales para Pacientes Ambulatorios del plan | No está cubierto |
| Otras instalaciones/servicios de cuidado de la salud | | |
| Cuidado de la Salud en el Hogar | El plan paga 100% ^ | El plan paga 50% ^ |
| <ul style="list-style-type: none"> Límite Anual: 60 visitas (El límite no es aplicable para padecimientos de salud mental ni desórdenes por uso de sustancias). | | |
| Transplantes de órganos | Cubierto igual que el beneficio de Pacientes Internados | No está cubierto |
| <ul style="list-style-type: none"> Los servicios se pagan a nivel dentro de la red si se realizan en Instalaciones Cigna LifeSOURCE Transplant Network®. Máximo para Viaje: Instalación Cigna LifeSOURCE Transplant Network® Solamente: Máximo \$10,000 por Transplante | | |
| Equipo médico duradero y Prótesis Externas | El plan paga 100% ^ | No está cubierto |
| <ul style="list-style-type: none"> Límite Anual: Ilimitado | | |
| Equipo y Suministros para Amamantamiento | El plan paga 100% | No está cubierto |
| <ul style="list-style-type: none"> Limitado al alquiler a una bomba de pecho por nacimiento, según lo ordenado o recetado por el médico Incluye los suministros relacionados | | |
| Trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ) | La cobertura varía de acuerdo al Lugar de Servicio | La cobertura varía de acuerdo al Lugar de Servicio |
| <ul style="list-style-type: none"> Límite Anual: Ilimitado para Tratamientos Quirúrgicos y no Quirúrgicos | | |
| Nota: Se proporciona de forma limitada, caso por caso. Excluye aparatos y tratamiento de ortodoncia. | | |
| Nota: Los servicios sobre los que el deducible del plan es aplicable se marcan con un símbolo de intercalación (^). | | |
| Salud Mental y Trastornos por Uso de Sustancias | | |
| Salud Mental para Pacientes Internados | El plan paga 100% ^ | El plan paga 50% ^ |
| Salud Mental para Pacientes Ambulatorios - Consultorio del Médico | \$80 copago, y el plan paga 100% | El plan paga 50% ^ |
| Salud mental para pacientes ambulatorios - Servicios Conductual MDLIVE | \$80 copago, y el plan paga 100% | No está cubierto |

03/01/2023

ASO

Open Access Plus - OAP Base

| | | |
|--|----------------------------------|--------------------|
| Nota: Los servicios sobre los que el deducible del plan es aplicable se marcan con un símbolo de intercalación (^). | | |
| Salud Mental para Pacientes Ambulatorios - Todos los Demás Servicios | El plan paga 100% ^ | El plan paga 50% ^ |
| Trastorno por Uso de Sustancias de Pacientes Internados | El plan paga 100% ^ | El plan paga 50% ^ |
| Trastornos por Uso de Sustancias para Pacientes Ambulatorios - Consultorio del médico | \$80 copago, y el plan paga 100% | El plan paga 50% ^ |
| Trastorno por Uso de Sustancias para Pacientes Ambulatorios - Servicios Conductual MDLIVE | \$80 copago, y el plan paga 100% | No está cubierto |
| Trastornos por Uso de Sustancias para Pacientes Ambulatorios - Todos los Demás Servicios | El plan paga 100% ^ | El plan paga 50% ^ |

Límites Anuales:

- Máximo ilimitado

Notas:

- Pacientes Internados incluye Tratamiento Agudo para Pacientes Internados y Tratamiento Residencial.
- Paciente Ambulatorio - Consultorio médico y Servicios Conductual MDLIVE: puede incluir terapia individual, familiar y grupal, psicoterapia, administración de medicamentos, etc.
- Pacientes Ambulatorios - Todos los Demás Servicios - incluye Hospitalizaciones Parciales, Servicios Intensivos para Pacientes Ambulatorios, Análisis de Comportamiento Aplicado (Terapia ABA), etc.

Farmacia

En la red

Cuota de Costos y Suministro

Cuota de Costos de Farmacia

- Al Detalle – suministro de hasta 90 días (excepto Especialidades suministro de hasta 30 días)
- Entregas en el Hogar – suministro de hasta 90 días
- Si recibe un suministro de 34 días o menos por entregas en el hogar de medicamentos de especialidades recetados, los costos compartidos por entregas en el hogar de especialidades serán ajustados para que indiquen un costo compartido al detalle (suministro de 30 días).

Al Detalle (por suministro de 30 días):

Genérico: Usted paga \$20
 Marca Preferida: Usted paga \$50
 Marca no Preferida: usted paga \$80

Al Detalle (por suministro de 90 días):

Genérico: Usted paga \$60
 Marca Preferida: Usted paga \$150
 Marca no Preferida: usted paga \$240

Entregas en el Hogar (por suministro de 90 días):

Genérico: Usted paga \$60
 Marca Preferida: Usted paga \$150
 Marca no Preferida: usted paga \$240

Farmacia

En la red

- Los medicamentos al detalle para suministros de 30 días pueden ser obtenidos dentro de la red en una amplia gama de farmacias a lo largo de todo el país, sin embargo las recetas para suministros de 90 días (tales como los medicamentos para mantenimiento) estarán disponibles en seleccionadas farmacias de la red.
- Este plan no cubre los beneficios de farmacias fuera de la red.
- Programa Cigna 90 Now: Puede optar por abastecer sus medicamentos con suministro de 30 o 90 días. Si elige abastecer una receta para 30 días, puede hacerlo en cualquier farmacia al detalle de la red o farmacia con entregas en el hogar de la red. Si elige abastecer una receta para 90 días, deberá hacerlo en una farmacia al detalle de la red para 90 días o en una farmacia con entregas en el hogar de la red, para que el plan lo cubra.
- Los medicamentos de especialidades se utilizan para tratar enfermedades subyacentes que son consideradas raras y crónicas, incluyendo, sin limitarse a ellas, esclerosis múltiple, hepatitis C y artritis reumatoide. Los medicamentos de especialidades incluyen medicamentos de alto costo así como medicamentos que pudieran requerir manejo especial y supervisión cercana cuando se aplican.
- Cuando solicita un medicamento de marca de fábrica, usted paga la participación del costo por la marca de fábrica más la diferencia de costos entre los medicamentos de marca de fábrica y los genéricos hasta un máximo del costo del medicamento de marca de fábrica (a menos que el médico indique "Dispensar tal y como está escrito" [Dispense As Written, DAW]) (MAC B).
- Exclusivo entregas de especialidades en el hogar: Los medicamentos de especialidades deben ser surtidos a través de entregas en el hogar; de lo contrario usted paga el costo total de la receta al primer surtido. Algunas excepciones podrían ser aplicables.
- Si utiliza un cupón de un fabricante para pagar parcial o totalmente el costo de un medicamento, el valor del cupón podría no ser aplicable en cuanto a alcanzar el deducible de su plan ni para el máximo de los gastos de bolsillo, si los hubiera.
- Sus beneficios de farmacia comparten un máximo de gastos de bolsillo con los beneficios médicos y del comportamiento.

Medicamentos Cubiertos

Listado de Medicamentos Recetados:

La lista de sus medicamentos bajo prescripción de Cigna Advantage incluye un rango completo de medicamentos incluyendo todos los requeridos por las leyes aplicables sobre cuidado de la salud. Se excluyen algunos de los medicamentos más caros si existen alternativas más económicas. Para comprobar cuáles medicamentos están incluidos en su plan, inicie sesión en myCigna.com.

Algunos puntos destacados:

- La cobertura incluye medicamentos inyectables autoadministrados, pero excluye medicamentos para la infertilidad.
- Los dispositivos anticonceptivos y los medicamentos están cubiertos con productos federalmente obligatorios cubiertos al 100%.
- Insulina, tiras para pruebas de glucosa, lancetas, agujas y jeringas para insulina, plumas y cartuchos de insulina están cubiertos.

Información sobre el Programa de Farmacia

Gestión Clínica de Farmacia: Esencial

Su plan cuenta con programas y ediciones para la administración de medicamentos con el fin de garantizar una prescripción segura y el acceso a medicamentos comprobados de ser los más confiables y rentables para las afecciones médicas, que incluyen:

- Requisitos de autorización previa
- Terapia Escalonada en clases selectas de medicamentos y drogas nuevas en el mercado
- Límites de cantidad, incluyendo ediciones de dosis diarias máximas, ediciones de cantidad en el tiempo, ediciones de duración de terapia y ediciones de optimización de dosis
- Ediciones de edad y ediciones de resurtidos demasiado pronto
- Ediciones de exclusión del plan
- A los actuales usuarios de medicamentos para Terapia Escalonada se les permitirá un abastecimiento para 30 días durante los primeros tres meses de cobertura antes de que sea aplicable el programa de Terapia Escalonada.
- Su plan incluye funciones de Gestión para Medicamentos Especializados, tal como autorización previa y límites de cantidades, para garantizar una prescripción segura y acceso a medicamentos especializados.
- A los clientes con afecciones complicadas que toman medicamentos especializados, ofreceremos los Centros de Recursos Terapéuticos Accredo (Accredo Therapeutic Resource Centers, TRCs) para suministrar medicamentos especializados y asesoramiento sobre padecimientos. A los clientes que toman medicamentos especializados no suministrados por Accredo, los expertos de Cigna ofrecerán esos importantes medicamentos especializados y asesoramiento sobre padecimientos.

Programa de Suministro Clínico Diario

Su plan incluye el Programa de suministro clínico diario para medicamentos de especialidades que provee un equilibrio entre el control de desperdicio de medicamentos de especialidades y un mejor apego a las terapias. Durante un período de estabilización, algunos medicamentos de especialidades dispensados por farmacias de especialidades designadas por Cigna podrían estar limitados a suministros de menos de 90 días consecutivos. Asimismo, para algunos medicamentos con un alto riesgo de interrupción temprana, se podrían dispensar abastecimientos parciales (de 14 o 15 días). Su costo compartido será prorrateado para reflejar el suministro de días realmente dispensado.

Programa de Seguridad de Pacientes

Su plan incluye el Programa de seguridad de pacientes que exime el deducible y reduce la cantidad a deber por ciertos medicamentos utilizado para tratar afecciones crónicas incluidas en el programa. Además:

- Cualquier cantidad que pague por estos medicamentos solo cuenta para cumplir su máximo de gastos de bolsillo.
- Cualquier descuento suministrado por un fabricante farmacéutico para ciertos medicamentos de insulina para diabéticos solo cuenta para cumplir su máximo de gastos de bolsillo.

Información adicional

Programa Cigna Diabetes Prevention Program en colaboración con Omada

Cigna Diabetes Prevention Program en colaboración con Omada es un programa para ayudarle a evitar la aparición de la diabetes, así como de los riesgos de la salud que pudieran generar enfermedades del corazón o derrames cerebrales. El programa está cubierto por su plan de salud a nivel preventivo, igual que sus visitas de bienestar. Los participantes en el programa gozan de acceso a un entrenador de salud virtual profesional, un grupo de apoyo en línea, lecciones interactivas y una escala de tecnología inteligente. El programa le ayudará a hacer cambios pequeños en su alimentación, actividad, sueño y estrés para lograr una pérdida de peso saludable mediante una serie de 16 lecciones semanales y herramientas que le ayudarán a mantener la pérdida de peso a lo largo del tiempo. También se le ofrecerá la oportunidad de hacerse miembro de un gimnasio mediante una tarifa mensual baja y sin tarifas de inscripción.

Información adicional

Cargo Máximo Sujeto a Reembolso

El gasto cubierto permitido para los servicios recibidos fuera de la red se basa en el que sea menor entre el cargo normal del profesional del cuidado de la salud para un servicio similar o un porcentaje del plan de tarifas (110%) desarrollado por Cigna siguiendo una metodología similar a la que emplea Medicare para determinar la tarifa admisible para el mismo servicio o un servicio similar en una determinada área geográfica. En ciertos casos, no se utilizará el plan de tarifas basado en Medicare y el cargo máximo sujeto a reembolso de los servicios cubiertos se basa en el que sea menor entre el cargo normal del profesional del cuidado de la salud para un servicio similar o un percentil (80avo) de los cargos hechos por los profesionales del cuidado de la salud para tales servicios o suministros en la área geográfica donde fueron recibidos. Si en la base de datos no hay suficientes datos disponibles sobre los cargos para esa área geográfica para determinar el Cargo Máximo Sujeto a Reembolso, entonces se podrán usar datos en cuanto a servicios similares en la base de datos. Los servicios recibidos fuera de la red están sujetos a un deducible y a límites en cuanto al cargo máximo sujeto a reembolso por año calendario.

Cargos por Servicios de Emergencia Fuera de la Red

1. Los Servicios de Emergencia están cubiertos al nivel de costo compartido Dentro de la Red según lo requieran las leyes estatales o federales aplicables si los servicios se reciben de un proveedor no participante (Fuera de la Red).
2. La cantidad permitida que se utiliza para determinar el pago de beneficios del Plan por los Servicios de Emergencia cubiertos prestados en un Hospital Fuera de la Red, o por un proveedor Fuera de la Red en un Hospital Dentro de la Red, es la cantidad acordada por el proveedor Fuera de la Red y Cigna, o según lo requiera la ley estatal o federal aplicable.

El miembro es responsable de los montos correspondientes de participación en los costos Dentro de la Red (cualquier deducible, copago o coseguro). El miembro no es responsable de ningún cargo que pueda hacerse en exceso de la cantidad permitida. Si el proveedor Fuera de la Red le factura una cantidad superior a la cantidad que debe según se indica en la Explicación de Beneficios (EOB), póngase en contacto con Cigna Customer Service al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación.

Coordinación de Medicare

Cigna pagará como el Plan Secundario a la Parte A y B de Medicare **independientemente de que si la persona esté realmente inscrita en la Parte A y/o B de Medicare según lo permite la Ley de Seguridad Social de 1965** a continuación:

- (a) un Exempleado por ejemplo un jubilado, un Empleado Exdiscapacitado, un Exdependiente del Empleado, que sea elegible para participar en Medicare y cuyo seguro haya continuado por cualquier motivo según lo indicado en este plan (incluyendo la continuación de COBRA);
- (b) un Empleado, un Exempleado, un Dependiente del Empleado o un Exdependiente del Empleado, que sea elegible para participar en Medicare debido a Enfermedad Renal en Etapa Terminal después que la persona haya sido elegible para participar en Medicare durante 30 meses.

Cigna pagará como el Plan Secundario a la Parte A y B de Medicare **independientemente de que si la persona busca o no cuidados con un Proveedor de Medicare para los servicios cubiertos por Medicare.**

One Guide

Disponible por teléfono o a través de nuestra aplicación móvil myCigna. One Guide le ayuda a navegar el sistema de cuidado de la salud y obtener lo máximo de sus beneficios y programas para la salud.

Información adicional

Servicios recibidos fuera de área

- Cobertura de servicios recibidos fuera del área de la red
- Los servicios de salas de emergencias y ambulancias se pagan como si se tratara de servicios recibidos dentro de la red
- Los servicios de cuidado preventivo recibidos fuera del área se cubren en un 100%
- Son aplicables el Deducible y los máximos en Gastos de Bolsillo establecidos para los servicios recibidos Fuera de la Red

Para todos los demás servicios, el plan paga 80% una vez alcanzado el deducible para servicios fuera de la red

Gestión Completa de Cuidados

Se requiere autorización previa para toda admisión de pacientes internos y para ciertos procedimientos selectos para pacientes externos, pruebas para diagnóstico y cirugía para pacientes externos. Los proveedores dentro de la red están obligados por contrato a efectuar la autorización previa a nombre de sus clientes. En caso de proveedores fuera de la red, los clientes son los responsables de seguir los procedimientos de autorización previa. Si un cliente no cumple los requisitos en cuanto a la obtención de autorización previa para tratamiento, se aplicará una multa de \$750.

Limitación de Condición Preexistente (PCL) no es aplicable.

Definiciones

Coseguro: Después de alcanzar su deducible, usted y su plan comparten algunos de sus costos médicos. La porción de los gastos cubiertos por la cual usted es responsable se llama Coseguro.

Copago: Es una cuota fija que usted paga por ciertos servicios cubiertos, tales como visitas al médico o recetas.

Deducible: Es un monto fijo en dólares que debe pagar de su propio bolsillo antes de que su plan comience a pagar los servicios cubiertos.

Máximo de Gastos de Bolsillo: Son los límites específicos al monto total que paga de su propio bolsillo antes de que ya no se aplique el porcentaje del coseguro de su plan. Una vez que alcanza esos máximos, su plan paga el 100 por ciento de los "Cargos Máximos Sujetos a Reembolso" o las cuotas negociadas para servicios cubiertos.

Lugar del servicio: Su plan paga dependiendo del lugar dónde recibe los servicios. Por ejemplo, para estadías en hospitales, su cobertura se paga a nivel de paciente internado.

Listado de Medicamentos Recetados: Es el listado de medicamentos recetados de marca y genéricos cubiertos por su plan de farmacia.

Servicios Profesionales: Son servicios prestados por Cirujanos, Cirujanos Auxiliares, Médicos de Hospital, Radiólogos, Patólogos o Anestesiólogos

Transición de Cuidados: Suministra cobertura de salud dentro de la red a clientes nuevos cuando el médico del cliente no forma parte de la red de Cigna y existen razones clínicas aprobadas por las cuales el cliente debe continuar viendo al mismo médico.

Exclusiones

Servicios que no están cubiertos (ésta no es una lista exhaustiva; encontrará una lista completa en los documentos del plan)

- Servicios que no son necesarios por razones médicas
- Tratamientos experimentales o en vías de investigación, excepto por costos rutinarios para el cuidado de pacientes relacionados con ensayos clínicos calificados según se describe en el documento de su plan
- Lesiones sufridas accidentalmente mientras realiza trabajo remunerado
- Enfermedades para las cuales se pueden recibir o se reciben beneficios bajo las leyes de indemnización del trabajador u otras leyes similares
- Servicios proporcionados por planes de salud gubernamentales
- Cirugía con fines estéticos, a menos que se lleve a cabo con el fin de corregir las malformaciones que resulten de una enfermedad, la reconstrucción del seno después de una mastectomía, o los defectos congénitos de un recién nacido, de un hijo adoptivo o de un niño entregado para adopción

03/01/2023

ASO

Open Access Plus - OAP Base

Exclusiones

- Tratamientos e implantes dentales
- Cuidados de custodia
- Procedimientos quirúrgicos para mejorar la vista, si el problema se puede corregir mediante gafas o lentes de contacto
- Terapia de la vista y tratamiento ortóptico
- Audífonos
- Tratamientos para revertir un procedimiento de esterilización
- Medicamentos que no requieren receta (de venta libre) o para combatir la obesidad
- Programas para dejar de fumar
- Servicios que no son de emergencia incurridos fuera de Estados Unidos
- Cirugía bariátrica
- Servicios de infertilidad

Éstos son sólo los puntos más importantes

En este resumen se describen los puntos más importantes de su plan. Para ver la lista completa de los servicios que están y no están cubiertos, incluidos los beneficios que son obligatorios en su Estado particular, consulte el certificado del seguro (insurance certificate) de su empleador, el acuerdo de servicio (service agreement) o la breve descripción del plan (summary plan description), que son los documentos oficiales del plan. En caso de existir alguna diferencia entre este resumen y los documentos del plan, prevalecerá la información en los documentos del plan.

Todos los productos y servicios de Cigna se suministran exclusivamente mediante subsidiarios operativos de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y organizaciones para gestión de la salud (HMO) o subsidiarios de compañías de servicio de Cigna Health Corporation. El nombre, logotipo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

EHB Estado: AZ

DISCRIMINATION IS AGAINST THE LAW

Medical coverage

Cigna complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Cigna does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Cigna:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact customer service at the toll-free number shown on your ID card, and ask a Customer Service Associate for assistance.

If you believe that Cigna has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file

a grievance by sending an email to ACAGrievance@Cigna.com or by writing to the following address:

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

If you need assistance filing a written grievance, please call the number on the back of your ID card or send an email to ACAGrievance@Cigna.com. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

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)

Complaint forms are available at
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



All Cigna products and services are provided exclusively by or through operating subsidiaries of Cigna Corporation, including Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc., and HMO or service company subsidiaries of Cigna Health Corporation and Cigna Dental Health, Inc. The Cigna name, logos, and other Cigna marks are owned by Cigna Intellectual Property, 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).

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: 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).

Spanish – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. 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).

Chinese – 注意：我們可為您免費提供語言協助服務。對於 Cigna 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, 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 가입자님들께서는 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락해주시십시오. 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주시십시오.

Tagalog – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna, 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, 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 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 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, 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 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 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せん。現在のCigna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 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-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 می‌شود. برای مشتریان فعلی Cigna، لطفاً با شماره‌ای که در پشت کارت شناسایی شماست تماس بگیرید. در غیر اینصورت با شماره 1.800.244.6224 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنوايان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).