

BORGWARNER INC.

BENEFICIOS MÉDICOS DE OPEN ACCESS PLUS
Basic HRA Plan

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 1 de enero de 2019

ASO249 – HRAS/HRAT/HRAF
3207248

Este documento impreso en junio de 2019 reemplaza a cualquier otro documento que le hayan emitido previamente con la descripción de sus beneficios.

Impreso en los EE. UU.

Índice

Información importante	5
Disposiciones especiales del Plan	7
Avisos importantes.....	8
Cómo presentar su reclamo	10
Cumplimiento de los requisitos - Fecha de entrada en vigor.....	10
Seguro del Empleado	10
Período de espera	11
Seguro de Dependientes.....	11
Información importante sobre su plan médico	11
Beneficios médicos de Open Access Plus	12
El Programa	12
Requisitos de certificación - Fuera de la red.....	27
Autorización previa/Preautorizado	28
Gastos cubiertos.....	28
Beneficios de medicamentos con receta	38
El Programa	38
Gastos cubiertos	41
Limitaciones	41
Sus pagos	43
Exclusiones	43
Reembolso/presentación de reclamos	44
Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones generales.....	44
Coordinación de beneficios	47
Gastos por los que un tercero podría ser responsable.....	49
Pago de los beneficios.....	50
Finalización del seguro	51
Empleados.....	51
Dependientes.....	52
Rescisiones	52
Requisitos federales	52
Notificación sobre directorios/redes de Proveedores.....	52
Orden calificada de beneficios médicos para manutención de los hijos (QMCSO)	52
Derechos de inscripción especial en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA)	53
Efecto de las reglamentaciones fiscales del Artículo 125 sobre este Plan	54
Requisitos para la cobertura de hijos adoptados	55
Cobertura para estadía en un Hospital por maternidad	55
Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA)	55
Cobertura del plan colectivo en lugar de Medicaid	56

Requisitos de la Ley de Licencia por Motivos Familiares y Médicos de 1993 (con sus modificaciones) (FMLA)	56
Ley de Derechos de Empleo y Recontratación de Personal Uniformado de 1994 (USERRA)	56
Procedimientos para la determinación del reclamo en virtud de ERISA	57
Designación de un representante autorizado:.....	58
Atención médica - Qué hacer cuando tenga alguna queja o apelación	58
Derechos de continuación en virtud de COBRA según la legislación federal.....	60
Información requerida por ERISA.....	64
Definiciones.....	66
Lo que debe saber sobre la Cuenta de reembolso de salud de Cigna Choice Fund®	77

Información importante

ESTE NO ES UN PLAN DE BENEFICIOS DE SEGURO. LOS BENEFICIOS QUE SE DESCRIBEN EN ESTE FOLLETO O EN CUALQUIER CLÁUSULA ADICIONAL QUE SE ADJUNTE AL PRESENTE ESTÁN AUTOASEGURADOS POR BORGWARNER INC., QUE ES RESPONSABLE DE SU PAGO. CIGNA HEALTH AND LIFE INSURANCE COMPANY (CIGNA) PRESTA SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE RECLAMOS AL PLAN, PERO CIGNA NO ASEGURA LOS BENEFICIOS DESCRITOS.

ES POSIBLE QUE ESTE DOCUMENTO USE TÉRMINOS QUE DESCRIBEN UN PLAN ASEGURADO POR CIGNA. DADO QUE EL PLAN NO ESTÁ ASEGURADO POR CIGNA, SE DEBE INTERPRETAR QUE TODA REFERENCIA AL SEGURO INDICA QUE EL PLAN ES UN PLAN AUTOASEGURADO. POR EJEMPLO, SE INTERPRETARÁ QUE “CIGNA”, “COMPAÑÍA DE SEGUROS” Y “TITULAR DE LA PÓLIZA” SE REFIEREN A SU “EMPLEADOR”, QUE “PÓLIZA” SE REFIERE AL “PLAN”, QUE “ASEGURADO” SE REFIERE A “CUBIERTO” Y QUE “SEGURO” SE REFIERE A “COBERTURA”.

Explicación de términos

En el certificado encontrará términos escritos con mayúscula inicial que le ayudarán a entender sus beneficios. La mayoría de estos términos se encuentran explicados en la sección Definiciones del certificado.

El Programa

El Programa es un resumen breve de los beneficios máximos que pueden ser pagaderos en virtud de su seguro. Para obtener una descripción completa de cada beneficio, consulte la sección correspondiente incluida en el Índice.

Disposiciones especiales del Plan

Cuando usted elige a un Proveedor participante, este Plan paga una parte mayor de los costos que si eligiera a un Proveedor no participante. Los Proveedores participantes incluyen Médicos, Hospitales, Otros profesionales de cuidado de la salud y Otros centros de cuidado de la salud. Consulte su Guía de médicos para ver una lista de los Proveedores participantes de su área. Los Proveedores participantes asumieron el compromiso de brindarles a usted y a sus Dependientes un cuidado apropiado con costos médicos reducidos.

Servicios disponibles junto con su plan médico

Las siguientes páginas describen los útiles servicios que están disponibles junto con su plan médico. Puede acceder a estos servicios llamando al número gratuito que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

HC-SPP44

04-17

Administración de Casos

La Administración de casos es un servicio que se brinda a través de una Organización de revisión, que ayuda a los individuos con necesidades de tratamiento que se extienden más allá del entorno de cuidado de las enfermedades agudas. El objetivo de la Administración de casos es garantizar que los pacientes reciban el cuidado apropiado en el mejor entorno posible, ya sea en el hogar, como pacientes ambulatorios o como pacientes internados en un Hospital o en un centro especializado. Si surgiera la necesidad de utilizar el servicio de Administración de casos, un profesional de Administración de casos trabajará estrechamente con el paciente, su familia y el Médico a cargo para determinar las opciones de tratamiento apropiadas que mejor satisfagan las necesidades del paciente, y que mantengan los costos dentro de lo razonable. El Administrador de casos ayudará a coordinar el programa de tratamiento y contratará los recursos necesarios. Los Administradores de casos también están disponibles para responder preguntas y apoyar continuamente a la familia que atraviesa una crisis médica.

Los Administradores de casos son Enfermeras tituladas (RN, por sus siglas en inglés) y otros profesionales de cuidado de la salud acreditados, cada uno capacitado en un área de especialidad clínica como Traumatología, Embarazos de alto riesgo y Neonatología, Oncología, Salud mental, Rehabilitación, o Cirugía y Medicina general. Se le designará a usted o a su dependiente un Administrador de casos capacitado en la especialidad clínica apropiada. Además, los Administradores de casos reciben el apoyo de un panel de consejeros Médicos que ofrecen orientación sobre programas de tratamiento actualizados y la más reciente tecnología médica. Mientras el Administrador de casos recomienda programas de tratamiento alternativos y ayuda a coordinar los

recursos necesarios, el Médico a cargo del paciente es responsable de la atención médica concreta.

- Usted, su dependiente o el Médico a cargo podrán solicitar los servicios de Administración de casos llamando al **número de teléfono gratuito** que aparece en su tarjeta de identificación durante el horario de atención habitual, de lunes a viernes. Además, su empleador, una oficina de reclamos o un programa de revisión de la utilización (vea la sección PAC/CSR de su certificado) podrán referir a una persona al servicio de Administración de casos.
- La Organización de revisión evalúa cada caso para determinar si corresponde brindar el servicio de Administración de casos.
- El Administrador de casos que se le asigne se comunicará con usted o su Dependiente para explicarle detalladamente cómo funciona el programa. La participación en el programa es voluntaria y no se impone ninguna sanción ni reducción de beneficios si usted no desea participar en la Administración de casos.
- Luego de una evaluación inicial, el Administrador de casos trabaja con usted, su familia y el Médico para determinar las necesidades del paciente e identificar los programas de tratamiento alternativo (por ejemplo, cuidado médico en el hogar en vez de una larga convalecencia en un Hospital). Usted no será sancionado si no sigue el programa de tratamiento alternativo.
- El Administrador de casos se encarga de conseguir los servicios y los suministros de tratamiento alternativo, según sea necesario (por ejemplo, los servicios de enfermería o una cama de Hospital y otros Equipos médicos duraderos para el hogar).
- El Administrador de casos también actúa como enlace entre la compañía aseguradora, el paciente, su familia y el Médico, según sea necesario (por ejemplo, ayudándole a entender un diagnóstico o plan de tratamiento médico complejo).
- Una vez que se ha implementado el programa de tratamiento alternativo, el Administrador de casos continúa administrando el caso para asegurarse de que el programa de tratamiento siga siendo apropiado para las necesidades del paciente.

Si bien la participación en la Administración de casos es estrictamente voluntaria, los profesionales de Administración de casos pueden ofrecer alternativas de tratamiento de calidad con una buena relación costo-beneficio, así como brindar ayuda para obtener los recursos médicos necesarios y ofrecer el apoyo continuo a la familia en los momentos de necesidad.

HC-SPP2

04-10
V1

Programas adicionales

Es posible que periódicamente ofrezcamos, en forma directa o a través de diversas entidades, descuentos, beneficios u otras prestaciones a nuestros miembros, con el fin de promover su

bienestar y salud general. También es posible que coordinemos el reembolso de la totalidad o parte del costo de los servicios brindados por terceros al Titular de la póliza. Comuníquese con nosotros para conocer los detalles de cualquiera de estos convenios.

HC-SPP3

04-10
V1

Servicios de administración de la atención y coordinación de cuidados

Es posible que su plan celebre convenios de colaboración específicos con profesionales de cuidado de la salud comprometidos a mejorar la calidad de los cuidados, la satisfacción de los pacientes y la razonabilidad de los costos. A través de estos convenios de colaboración, los profesionales de cuidado de la salud se comprometen a brindar proactivamente a los participantes determinados servicios de administración de la atención y coordinación de cuidados para facilitar el logro de estos objetivos. Se otorga un reembolso del 100% por estos servicios cuando son brindados por profesionales de cuidado de la salud que participan en estos convenios de colaboración.

HC-SPP27

06-15
V1

Avisos importantes

Acceso directo a obstetras y ginecólogos

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

Selección de un Proveedor de cuidado primario

Este plan generalmente permite que se designe un proveedor de cuidado primario. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de cuidado primario que participe en la red, y que pueda aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Para obtener información sobre cómo seleccionar a un proveedor de cuidado primario y para ver una lista de los proveedores de cuidado primario participantes, visite www.mycigna.com o comuníquese con Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

Para sus hijos, puede designar a un pediatra como el proveedor de cuidado primario.

HC-NOT5

01-11

Información importante sobre reembolsos y otros pagos

Cigna o sus afiliadas podrán recibir reembolsos u otra remuneración de fabricantes de productos farmacéuticos en relación con determinados Productos farmacéuticos médicos cubiertos por su plan y Productos farmacológicos con receta incluidos en la Lista de medicamentos con receta. Estos reembolsos o remuneración no se obtienen en su nombre ni en nombre de su Empleador o su plan ni para su beneficio. Ni Cigna, ni sus afiliadas ni el plan están obligados a transferirle estos reembolsos ni a aplicarlos al Deducible de su plan, si lo hubiera, ni a tomarlos en cuenta al determinar sus Copagos y/o Coseguro. Cigna y sus afiliadas o las personas que estas designen operan con diversos fabricantes de productos farmacéuticos separados e independientes de los beneficios de Productos farmacéuticos médicos y Productos farmacológicos con receta de este plan. Esas actividades pueden incluir, a modo de ejemplo, la recopilación de datos, consultoría, subsidios educativos e investigaciones. Las cantidades recibidas de fabricantes de productos farmacéuticos en virtud de tales convenios no están relacionadas con este plan. Cigna y sus afiliadas no están obligadas a transferirle dichas cantidades a usted ni lo harán.

Cupones, incentivos y otras comunicaciones

En diversas oportunidades, Cigna o la persona que esta designe podrá enviarle correspondencia a usted o a sus Dependientes o a su Médico para comunicarles diversos mensajes, incluida información sobre Productos farmacéuticos médicos y Productos farmacológicos con receta. Esta correspondencia puede contener cupones u ofertas de fabricantes de productos farmacéuticos que les permitan a usted o sus Dependientes, a su discreción, comprar con descuento los Productos farmacéuticos médicos y Productos farmacológicos con receta descritos u obtenerlos sin cargo. Es posible que los fabricantes de productos farmacéuticos paguen por esta correspondencia y/o proporcionen su contenido. Ni Cigna, ni sus afiliadas ni el plan son responsables de modo alguno de ninguna decisión que usted tome en relación con cualquier cupón, incentivo u otra oferta que pueda recibir de un fabricante de productos farmacéuticos o Médico.

HC-IMP188

10-16
V6

La discriminación es ilegal

Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles 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 de piel, nacionalidad, edad, incapacidad 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 de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación y pídale a un asociado de Servicio al Cliente que le ayude.

Si considera que Cigna no le ha proporcionado estos servicios o le 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
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 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:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

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 của quý vị. 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 (TTY: اتصل ب 711). 1.800.244.6224S

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す。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 این صورت با شماره 1.800.244.6224 (شماره تلفن ویژه ناشنوايان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).

HC-NOT97

07-17

Cómo presentar su reclamo

No hay que hacer ningún trámite para recibir cuidados Dentro de la red. Simplemente muestre su tarjeta de identificación y pague su parte del costo, si corresponde; su proveedor le enviará un reclamo a Cigna para solicitar el reembolso. El proveedor puede enviar los reclamos por atención Fuera de la red si desea realizar este trámite en nombre suyo. Si el proveedor no envía el reclamo en su nombre, usted deberá enviar su formulario de reclamo completado y las facturas detalladas a la dirección de Reclamos que aparece en el formulario de reclamo.

Puede obtener los formularios de reclamo necesarios en el sitio web que aparece en su tarjeta de identificación o usando el número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.

AVISOS SOBRE LOS RECLAMOS

- ASEGÚRESE DE USAR SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO Y SU NÚMERO DE CUENTA/GRUPO CUANDO PRESENTE FORMULARIOS DE RECLAMO DE CIGNA O CUANDO LLAME A SU OFICINA DE RECLAMOS DE CIGNA.

SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO ES EL NÚMERO QUE APARECE EN SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIOS.

SU NÚMERO DE CUENTA/GRUPO APARECE EN SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIOS.

- ASEGÚRESE DE SEGUIR ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE APARECEN EN LA PARTE DE ATRÁS DEL FORMULARIO DE RECLAMO CUANDO ENVÍE UN RECLAMO A CIGNA.

Presentación oportuna de reclamos Fuera de la red

Cigna tendrá en cuenta los reclamos de cobertura en virtud de sus planes cuando el comprobante de la pérdida (el reclamo) se envíe dentro de un plazo de 180 días para los beneficios Fuera de la red, una vez prestados los servicios. Si la prestación de los servicios se extiende varios días, como en el caso de una Internación hospitalaria, el plazo se contará desde la última fecha de servicio. Si los reclamos no se envían dentro de un plazo de 180 días para los beneficios Fuera de la red, no se considerarán válidos y serán rechazados.

ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o un comprobante de reclamo que contenga información sustancialmente falsa; o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún dato sustancial, comete un acto fraudulento con respecto al seguro.

HC-CLM25

01-11
VII

Cumplimiento de los requisitos - Fecha de entrada en vigor

Seguro del Empleado

Este plan se le ofrece en calidad de Empleado.

Cumplimiento de los requisitos para obtener el seguro del Empleado

Usted cumplirá con los requisitos para acceder al seguro el día que complete el período de espera si:

- pertenece a una Clase de Empleados que cumplen con los requisitos;
- es un Empleado de tiempo completo que cumple con los requisitos; y
- normalmente trabaja por lo menos 30 horas a la semana; y
- paga el aporte requerido.

Si anteriormente estaba asegurado y su seguro cesó, debe cumplir con el Período de espera para volver a estar asegurado. Si su seguro cesó porque dejó de estar empleado en una Clase de Empleados que cumplen con los requisitos, no es necesario que cumpla con ningún período de espera si vuelve a

pertenecer a una Clase de Empleados que cumplen con los requisitos dentro del plazo de un año a partir de que cesó su seguro.

Cumplimiento de los requisitos para obtener el seguro de Dependientes

Usted cumplirá con los requisitos para acceder al seguro de Dependientes en la fecha que ocurra en último término entre:

- el día en que usted cumpla con los requisitos del seguro; o
- el día en que adquiera su primer Dependiente.

Período de espera

Ninguno.

Clases de Empleados que cumplen con los requisitos

Cada Empleado que su Empleador informe a la compañía de seguros.

Fecha de entrada en vigor del seguro del Empleado

Comenzará a estar asegurado en la fecha en que elija el seguro mediante la firma de un formulario de deducción salarial o inscripción aprobado, según corresponda, pero no antes de la fecha en que comience a cumplir con los requisitos.

Comenzará a estar asegurado en la fecha en que comience a cumplir con los requisitos, después de su elección, si se encuentra en Servicio activo en esa fecha, o si no se encuentra en Servicio activo en esa fecha por motivos de salud.

Empleado inscrito fuera de plazo

Usted es un Inscrito fuera de plazo si:

- elige el seguro más de 30 días después de comenzar a cumplir con los requisitos; o
- lo elige nuevamente después de cancelar su deducción salarial (de ser necesario).

Seguro de Dependientes

Para que sus Dependientes estén asegurados, deberá pagar el aporte requerido, si corresponde, que se aplicará al costo del seguro de Dependientes.

Fecha de entrada en vigor del seguro de Dependientes

El seguro para sus Dependientes entrará en vigor en la fecha en que lo elija, mediante la firma de un formulario de deducción salarial aprobado (de ser necesario), pero no antes de la fecha en que comience a cumplir con los requisitos para el seguro de Dependientes. Se incluirá a todos los Dependientes que concuerden con la definición.

Sus Dependientes serán asegurados solo si usted está asegurado.

Dependiente inscrito fuera de plazo

Usted es un Inscrito fuera de plazo para el seguro de Dependientes si:

- elige dicho seguro más de 30 días después de comenzar a cumplir con los requisitos para acceder a él; o
- lo elige nuevamente después de cancelar su deducción salarial (de ser necesario).

Excepción para recién nacidos

Cualquier hijo Dependiente nacido mientras usted esté asegurado quedará asegurado el día de su nacimiento si usted elige el seguro de Dependientes dentro de los 31 días a partir de la fecha de nacimiento. Si no eligiera asegurar a su hijo recién nacido dentro de esos 31 días, no se pagarán beneficios por los gastos incurridos para ese hijo.

HC-ELG167

12-17

Información importante sobre su plan médico

En las páginas siguientes encontrará una descripción de los detalles de sus beneficios médicos.

Oportunidad de seleccionar un Médico de cuidado primario

Elección de un Médico de cuidado primario:

Este plan médico no le exige seleccionar un Médico de cuidado primario ni obtener una referencia de un Médico de cuidado primario para recibir todos los beneficios que le ofrece. No obstante, un Médico de cuidado primario puede cumplir un rol importante en lo que hace a satisfacer sus necesidades de cuidado de la salud brindando o coordinando la atención médica para usted y sus Dependientes. Por este motivo, fomentamos el uso de Médicos de cuidado primario y le ofrecemos la oportunidad de seleccionar un Médico de cuidado primario de una lista proporcionada por Cigna para usted y sus Dependientes. Si opta por seleccionar un Médico de cuidado primario, el Médico de cuidado primario que seleccione para usted puede ser diferente del Médico de cuidado primario que elija para cada uno de sus Dependientes.

Cambio de Médico de cuidado primario:

Usted puede solicitar el traspaso de un Médico de cuidado primario a otro comunicándose con nosotros por teléfono al número de servicios a los miembros que aparece en su tarjeta de identificación. Dichos traspasos entran en vigor el primer día del mes siguiente al mes en el cual se completa el procesamiento del cambio solicitado.

Además, si en algún momento un Médico de cuidado primario deja de ser un Proveedor participante, usted o su Dependiente serán notificados, a fin de que seleccionen un nuevo Médico de cuidado primario.

HC-IMP212

01-18

Beneficios médicos de Open Access Plus

El Programa

Para usted y para sus Dependientes

Los Beneficios médicos de Open Access Plus brindan cobertura para atenderse Dentro de la red y Fuera de la red. Para recibir Beneficios médicos de Open Access Plus, es probable que usted y sus Dependientes deban pagar una parte de los Gastos cubiertos de los servicios y suministros. Esa parte es el Copago, Deducible o Coseguro.

Cuando reciba servicios de un Proveedor Dentro de la red, recuérdelo a su proveedor que utilice Proveedores Dentro de la Red para las radiografías, los análisis de laboratorio y otros servicios, a fin de asegurarse de que el costo pueda ser considerado al nivel Dentro de la red.

Si no puede encontrar un Proveedor Dentro de la red en su área que pueda brindarle un servicio o suministro cubierto por este plan, debe llamar al número que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación para obtener autorización para la cobertura de Proveedores Fuera de la red. Si obtiene autorización para recibir servicios de un Proveedor Fuera de la red, los beneficios correspondientes a esos servicios estarán cubiertos como si se tratara del nivel de beneficios Dentro de la red.

Coseguro

El término Coseguro significa el porcentaje de los cargos por los Gastos cubiertos que una persona asegurada debe pagar en virtud del plan.

Copagos/Deducibles

Los Copagos son los gastos que deben pagar usted o sus Dependientes por los servicios cubiertos. Los Deducibles también son los gastos que deben pagar usted o sus Dependientes. Las cantidades de los Deducibles son diferentes de los Copagos y no se reducen en función de ellos. Los Copagos y los Deducibles se suman a cualquier Coseguro. Una vez que se haya alcanzado el máximo Deducible que aparece en el Programa, usted y su familia no tendrán que pagar ningún otro deducible médico por el resto de ese año.

Año de contrato

Se entiende por Año de contrato un período de doce meses que comienza el 1 de enero de cada año.

Gastos de desembolso - Únicamente para cargos Dentro de la red

Los Gastos de desembolso son los Gastos cubiertos en los que se incurre por cargos que el plan de beneficios no paga debido a cualquier Deducible, Copago o Coseguro. Dichos Gastos cubiertos se acumulan al Desembolso máximo que aparece en el Programa. Cuando se alcanza el Desembolso máximo, el plan de beneficios debe pagar el 100% de todos los Gastos cubiertos, salvo los cargos de multas por falta de cumplimiento.

Gastos de desembolso - Únicamente para cargos Fuera de la red

Los Gastos de desembolso son los Gastos cubiertos en los que se incurre por cargos que el plan de beneficios no paga. Los siguientes Gastos se calculan para el Desembolso máximo y, cuando se alcanza el Desembolso máximo que aparece en el Programa, el plan de beneficios los paga al 100%:

- Coseguro.
- Deducible del plan.

Una vez que se alcanza el Desembolso máximo para servicios cubiertos que se aplican al Desembolso máximo, ya no se requieren copagos ni deducibles de los beneficios.

Los siguientes Gastos de desembolso y cargos no se calculan para el Desembolso máximo y, cuando se alcanza el Desembolso máximo que aparece en el Programa, el plan de beneficios no los paga al 100%:

- Multas por falta de cumplimiento.
- Copagos y/o deducibles de los beneficios que no aparecen en la lista de arriba de cargos que se acumulan para el Desembolso máximo.
- Cargos del proveedor que exceden el Cargo máximo reembolsable.

Beneficios médicos de Open Access Plus

El Programa

Acumulación de Deducibles y Desembolsos máximos del Plan

Los Deducibles y Desembolsos máximos no se acumulan entre sí (es decir, las cantidades Dentro de la red se acumularán con las cantidades Dentro de la red, y las cantidades Fuera de la red se acumularán con las cantidades Fuera de la red). Todas las demás cantidades máximas del Plan y las cantidades máximas por servicios específicos (costo e incidencia) se acumulan entre sí entre Dentro y Fuera de la red, a menos que se indique lo contrario.

Nota:

Para obtener información sobre su beneficio de fondo de salud y cómo puede ayudarle a pagar gastos que este plan posiblemente no cubra, consulte “Lo que debe saber sobre Cigna Choice Fund”.

Reducción por cirugía múltiple

Las cirugías múltiples realizadas en una sola sesión quirúrgica obtendrán un descuento del 50% en el pago de la cirugía de menor costo. El procedimiento más costoso se paga como cualquier otra cirugía.

Cargos del cirujano auxiliar y el co-cirujano

Cirujano auxiliar

La cantidad máxima que se paga por los cargos de un cirujano auxiliar se limitará a la cantidad que no exceda un porcentaje del cargo permitido del cirujano, según se especifica en las Políticas de reembolso de Cigna. (A los fines de esta limitación, el cargo permitido significa la suma pagadera al cirujano antes de cualquier descuento debido al pago del coseguro o deducible).

Co-cirujano

La cantidad máxima que se paga por los cargos de un co-cirujano se limitará a la cantidad especificada en las Políticas de reembolso de Cigna.

Cargos por servicios de emergencia fuera de la red

1. Los servicios de emergencia están cubiertos al nivel de los costos compartidos dentro de la red si se reciben a través de un proveedor no participante (fuera de la red).
2. La cantidad permitida que se usa para determinar el pago de beneficios del Plan por 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, si no hay una cantidad acordada, la que sea más alta entre las siguientes: (i) la mediana negociada con proveedores Dentro de la red por el Servicio de emergencia, sin incluir el Copago o Coseguro Dentro de la red; (ii) el Cargo máximo reembolsable o (iii) la cantidad pagadera en virtud del programa Medicare, que no supere los cargos facturados del proveedor.

El miembro es responsable de las cantidades de costo compartido dentro de la red aplicables (el deducible, copago o coseguro que corresponda). El miembro también es responsable de todos los cargos incurridos que superen la cantidad permitida. Si el proveedor fuera de la red le factura una cantidad superior a la que usted debe según lo que se indica en la Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés), comuníquese con Servicio al Cliente de Cigna al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación.

DETALLES DE LOS BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Máximo de por vida	Ilimitado	
El porcentaje de los gastos cubiertos que paga el plan	80%	El 50% del Cargo máximo reembolsable
Nota: “Sin cargo” significa que la persona asegurada no debe pagar un Coseguro.		

DETALLES DE LOS BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<p>Cargo máximo reembolsable</p> <p>El Cargo máximo reembolsable se determina en función de la cantidad que resulte menor entre el cargo normal del proveedor por un servicio o suministro similar; o</p> <p>Un porcentaje de una tabla que Cigna ha elaborado, que se basa en una metodología similar a una usada por Medicare para determinar la tarifa permitida para servicios similares en el mercado geográfico. En algunos casos, la tabla basada en Medicare no se usará y el Cargo máximo reembolsable por los servicios cubiertos se determinará en función de la cantidad que resulte menor entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el cargo normal del proveedor por un servicio o suministro similar; o • el percentil 80 de los cargos cobrados por los proveedores de dicho servicio o suministro, en el área geográfica donde se reciba, según lo establecido en una base de datos seleccionada por Cigna. Si no se dispone de suficientes datos sobre cargos en la base de datos para esa área geográfica a fin de determinar el cargo máximo reembolsable, podrán usarse los datos incluidos en la base de datos para un servicio similar. <p>Nota: Es posible que el proveedor le facture la diferencia entre el cargo normal del proveedor y el Cargo máximo reembolsable, además de los deducibles, copagos y coseguro aplicables.</p> <p>Nota: Algunos proveedores perdonan o eximen al cliente de la obligación de costo compartido (p. ej., su copago, deducible y/o coseguro) que este plan exige que pague. La exención de su obligación de pagar el costo compartido puede poner en riesgo su cobertura en virtud de este plan. Para conocer más detalles, consulte la sección Exclusiones.</p>	No corresponde	200%

DETALLES DE LOS BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible por año de contrato Individual Individual + 1 Máximo por grupo familiar Cálculo del máximo por grupo familiar Deducible colectivo: Todos los miembros de la familia contribuyen al deducible del grupo familiar. El coseguro del plan no puede cubrir los reclamos de una persona hasta que se haya alcanzado el deducible total del grupo familiar.	\$1,500 por persona \$2,250 por persona \$3,000 por grupo familiar	\$3,000 por persona \$4,500 por persona \$6,000 por grupo familiar
Desembolso máximo Individual – Empleado únicamente Individual – Empleado + 1 Máximo por grupo familiar Cálculo individual: Los miembros de la familia deben cumplir únicamente con su Desembolso individual y luego sus reclamos se cubrirán al 100%; si se cumple con el Desembolso del grupo familiar antes de cumplir con el Desembolso individual, sus reclamos se pagarán al 100%	\$3,500 por persona \$5,250 por grupo familiar Individual en Individual + 1: \$3,500 \$7,000 por grupo familiar Individual –En un grupo familiar: \$3,500	\$6,500 por persona \$9,750 por grupo familiar Individual en Individual + 1: \$9,750 \$13,000 por grupo familiar Individual –En un grupo familiar: \$13,000

DETALLES DE LOS BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios del Médico Visita al consultorio del Médico de cuidado primario Visitas al consultorio del Médico especialista Servicios de consulta y referencia del Médico Nota: Los obstetras/ginecólogos se considerarán como PCP o como Especialistas, según el tipo de contrato que el proveedor tenga con la Compañía de seguros. Cirugía hecha en el consultorio del Médico Consultas de segunda opinión (provistas en forma voluntaria) Tratamiento/inyecciones para alergias Suero para las alergias (lo administra el Médico en el consultorio) Telesalud médica	El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan Sin cargo El 80% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan Cobertura únicamente Dentro de la red
Cuidado preventivo Nota: Incluye la cobertura de servicios adicionales, como análisis de orina, ECG y otros análisis de laboratorio, que suplementan el beneficio de Cuidado preventivo estándar. Cuidado preventivo de rutina – todas las edades Vacunas – todas las edades	Sin cargo Sin cargo	Cobertura únicamente Dentro de la red Cobertura únicamente Dentro de la red
Mamografías, examen de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) y exámenes de Papanicolaou Servicios relacionados con el cuidado preventivo (es decir, servicios “de rutina”) Servicios relacionados con el diagnóstico (es decir, que “no son de rutina”)	Sin cargo Sujetos al beneficio de radiografías y laboratorio del plan; según el lugar del servicio	El 50% después del deducible del plan Sujetos al beneficio de radiografías y laboratorio del plan; según el lugar del servicio

DETALLES DE LOS BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados Cuarto semiprivado y comida Cuarto privado Unidades de cuidados especiales: Unidad de cuidados intensivos (ICU, por sus siglas en inglés), Unidad de cuidados coronarios (CCU, por sus siglas en inglés)	El 80% después del deducible del plan Limitado a la tarifa negociada de cuarto semiprivado Limitado a la tarifa negociada de cuarto semiprivado limitado a la tarifa negociada	El 50% después del deducible del plan Limitado a la tarifa de cuarto semiprivado Limitado a la tarifa de cuarto semiprivado Limitado a la tarifa diaria de cuarto de ICU/CCU
Servicios en centros para pacientes ambulatorios Quirófano, sala de recuperación, sala de procedimientos, sala de tratamiento y sala de observación	El 80% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan
Visitas o consultas al Médico del Hospital como paciente internado	El 80% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan
Servicios profesionales para pacientes internados en hospitales Cirujano Radiólogo Patólogo Anestesista	El 80% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan
Servicios profesionales para pacientes ambulatorios Cirujano Radiólogo Patólogo Anestesista	El 80% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan
Servicios de cuidado de urgencia Visita al consultorio del Médico Centro de cuidado de urgencia o para pacientes ambulatorios Servicios profesionales para pacientes ambulatorios (radiología, patología y médico) Servicios de radiografías y/o laboratorio realizados en un Centro de cuidado de urgencia (facturados por el centro como parte de la visita por una urgencia)	El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan	El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan

DETALLES DE LOS BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Imágenes radiológicas avanzadas [es decir, resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés), angiografía por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), tomografía axial computarizada (CAT, por sus siglas en inglés) y tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés), etc.]	El 80% después del deducible del plan	El 80% después del deducible del plan
Servicios de emergencia Visita al consultorio del Médico Sala de emergencias del Hospital Servicios profesionales para pacientes ambulatorios (radiología, patología y médico de la sala de emergencias) Servicios de radiografías y/o laboratorio realizados en la Sala de emergencias (facturados por el centro como parte de la visita de la sala de emergencias) Centro independiente de radiografías y/o laboratorio (junto con una visita a la sala de emergencias) Imágenes radiológicas avanzadas [es decir, resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés), angiografía por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), tomografía axial computarizada (CAT, por sus siglas en inglés) y tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés), etc.]	El 80% después del deducible del plan El 80% después del copago por visita de \$100* y del deducible del plan *no se aplica si es admitido El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan	El 80% después del deducible del plan El 80% después del copago por visita de \$100* y del deducible del plan *no se aplica si es admitido El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan
Ambulancia	El 80% después del deducible del plan	El 80% después del deducible del plan
Servicios para pacientes internados en Otros centros de cuidado de la salud Incluye centros de cuidados especiales, Hospital de rehabilitación y Centros para afecciones subagudas Máximo por año de contrato: 60 días combinados	El 80% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan
Servicios de laboratorio y radiología (incluye exámenes previos a la admisión) Visita al consultorio del Médico Centro hospitalario ambulatorio Centros independientes de radiografías y/o laboratorio	El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan Cobertura únicamente Dentro de la red Cobertura únicamente Dentro de la red

DETALLES DE LOS BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Imágenes radiológicas avanzadas [es decir, resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés), angiografía por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), tomografía axial computarizada (CAT, por sus siglas en inglés) y tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés)] Visita al consultorio del Médico Centro para pacientes internados Centro para pacientes ambulatorios	El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan Cobertura únicamente Dentro de la red
Terapia de rehabilitación a corto plazo para pacientes ambulatorios Máximo por año de contrato: Ilimitado Incluye: Rehabilitación cardíaca Fisioterapia Terapia del habla Terapia ocupacional Rehabilitación pulmonar Terapia cognitiva	El 80% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan
Atención quiropráctica Máximo por año de contrato: 12 días. Visita al consultorio del Médico	El 80% después del deducible del plan	Cobertura únicamente Dentro de la red
Cuidado de la salud en el hogar Máximo por año de contrato: 120 días (incluye enfermera particular para pacientes ambulatorios cuando se aprueba como Médicamente necesaria) (El límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias).	El 80% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan
Atención de enfermos terminales Servicios para pacientes internados Servicios para pacientes ambulatorios (mismo nivel de coseguro que el Cuidado de la salud en el hogar)	El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan Cobertura únicamente Dentro de la red
Asesoría por duelo Servicios proporcionados como parte de la Atención de enfermos terminales Pacientes hospitalizados Pacientes ambulatorios Servicios proporcionados por un Profesional de la salud mental	El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan Cubiertos por el beneficio de Salud mental.	El 50% después del deducible del plan Cobertura únicamente Dentro de la red Cubiertos por el beneficio de Salud mental.

DETALLES DE LOS BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Tratamiento de diálisis como paciente ambulatorio Visita al consultorio del Médico Diálisis a domicilio Máximo por año calendario: Ilimitado Centro para pacientes ambulatorios Servicios profesionales para pacientes ambulatorios	El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan	Cobertura únicamente Dentro de la red Cobertura únicamente Dentro de la red Cobertura únicamente Dentro de la red Cobertura únicamente Dentro de la red
Servicios de cuidado por maternidad Visita inicial para confirmar el embarazo Nota: Los obstetras/ginecólogos se considerarán como PCP o como Especialistas, según el tipo de contrato que el proveedor tenga con la Compañía de seguros. Todas las Visitas prenatales posteriores, Visitas posnatales y los Cargos de parto del Médico (es decir, la tarifa total de maternidad) Visitas al consultorio del Médico además de la tarifa total de maternidad cuando son prestadas por un obstetra/ginecólogo o Especialista Parto: Centro (Hospital para pacientes internados, Centro de maternidad)	El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan
Aborto Incluye únicamente los procedimientos espontáneos Visita al consultorio del Médico Centro para pacientes internados Centro para pacientes ambulatorios Servicios del Médico	El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan

DETALLES DE LOS BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios de planificación familiar para mujeres Visitas al consultorio, exámenes de laboratorio y radiología, y asesoría Nota: Incluye cobertura para dispositivos anticonceptivos [como Depo-Provera y Dispositivos intrauterinos (DIU)] ordenados o recetados por un Médico. Los Diafragmas también están cubiertos cuando los servicios se brinden en el consultorio del médico. Procedimientos de esterilización quirúrgica para ligadura de las trompas (excluye la reversión) Visita al consultorio del Médico Centro para pacientes internados Centro para pacientes ambulatorios Servicios del Médico	Sin cargo Sin cargo Sin cargo Sin cargo Sin cargo	Cobertura únicamente Dentro de la red Cobertura únicamente Dentro de la red Cobertura únicamente Dentro de la red Cobertura únicamente Dentro de la red Cobertura únicamente Dentro de la red
Servicios de planificación familiar para hombres Visitas al consultorio, exámenes de laboratorio y radiología, y asesoría Procedimientos de esterilización quirúrgica para vasectomía (excluye la reversión) Visita al consultorio del Médico Centro para pacientes internados Centro para pacientes ambulatorios Servicios del Médico	El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan
Tratamiento para la infertilidad Se brindará cobertura para los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y servicios de tratamiento prestados en relación con una afección médica subyacente. • Pruebas realizadas específicamente para determinar la causa de la infertilidad. • Tratamiento y/o procedimientos realizados específicamente para restaurar la fertilidad (por ejemplo, procedimientos para corregir una afección de infertilidad). • Inseminación artificial, fertilización in vitro, transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés), transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), etc. 		
Visita al consultorio del Médico (exámenes de laboratorio y radiología, asesoría) Centro para pacientes internados Centro para pacientes ambulatorios Servicios del Médico Máximo de por vida: \$5,000 por miembro Incluye todos los servicios relacionados	El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan	Cobertura únicamente Dentro de la red Cobertura únicamente Dentro de la red Cobertura únicamente Dentro de la red Cobertura únicamente Dentro de la red

DETALLES DE LOS BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
facturados con un diagnóstico de infertilidad (p. ej., servicios de radiografías o laboratorio facturados por un centro independiente).		
Trasplantes de órganos Incluye todos los trasplantes médicamente apropiados, no experimentales Visita al consultorio del Médico Centro para pacientes internados Servicios del Médico Máximo de viaje de por vida: \$10,000 por trasplante	El 80% después del deducible del plan El 100% en un centro de LifeSOURCE después del deducible del plan; de lo contrario, el 80% después del deducible del plan El 100% en un centro de LifeSOURCE después del deducible del plan; de lo contrario, el 80% después del deducible del plan Sin cargo (disponible únicamente cuando se usa un centro de LifeSOURCE)	El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan Cobertura únicamente Dentro de la red
Equipo médico duradero Máximo por año de contrato: Ilimitado	El 80% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan
Equipos y suministros para la lactancia Nota: Incluye el alquiler de un sacaleches por nacimiento según lo indique o recete un médico. Incluye los suministros relacionados.	Sin cargo	Cobertura únicamente Dentro de la red
Aparatos prostéticos externos Máximo por año de contrato: Ilimitado	El 80% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan
Evaluación de nutrición Máximo por año de contrato: 3 visitas por persona; sin embargo, el límite de 3 visitas no se aplica al tratamiento de afecciones de salud mental y trastornos de consumo de sustancias. Visita al consultorio del Médico Centro para pacientes internados Centro para pacientes ambulatorios Servicios del Médico	El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan

DETALLES DE LOS BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Asesoría genética Máximo por año de contrato: 3 visitas por persona para Asesoría genética para antes y después de las pruebas genéticas; sin embargo, el límite de 3 visitas no se aplicará a las afecciones de Salud mental y Trastorno de consumo de sustancias. Visita al consultorio del Médico Centro para pacientes internados Centro para pacientes ambulatorios Servicios del Médico	El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan
Cuidado dental Limitado a los cargos por un plan continuo de tratamiento dental iniciado dentro de los seis meses de una lesión de dientes. Visita al consultorio del Médico Centro para pacientes internados Centro para pacientes ambulatorios Servicios del Médico	El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan
Articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés) quirúrgica Siempre excluye aparatos y tratamiento de ortodoncia. Sujeto a la necesidad médica. Visita al consultorio del Médico Centro para pacientes internados Centro para pacientes ambulatorios Servicios del Médico	El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan El 50% después del deducible del plan
Cirugía para la obesidad/bariátrica Nota: Se brinda la cobertura sujeta a la necesidad médica y a las pautas clínicas, que a su vez están sujetas a las limitaciones que se describen en la sección “Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones generales” de este certificado. Visita al consultorio del Médico Centro para pacientes internados Centro para pacientes ambulatorios Servicios del Médico Máximo de por vida para servicios profesionales quirúrgicos: \$10,000	El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan El 80% después del deducible del plan	Cobertura únicamente Dentro de la red Cobertura únicamente Dentro de la red Cobertura únicamente Dentro de la red Cobertura únicamente Dentro de la red

DETALLES DE LOS BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Nota: <ul style="list-style-type: none"> Incluye los cargos del cirujano únicamente; no incluye los del radiólogo, anestesta, etc. 		
Anteojos de seguridad recetados Nota: Cobertura limitada a anteojos de seguridad recetados con lentes monofocales, bifocales y trifocales, marcos y protectores laterales. Máximo: Reemplazo una vez cada 2 años hasta \$100 (a menos que se produzca un daño o un cambio en la receta de los lentes). Se excluyen de la cobertura: lentes de color, etc. Nota: Todos los demás beneficios de cobertura de la vista son proporcionados por CIGNA VISION CARE.	Sin cargo	Sin cargo
Trastornos de rutina de los pies	No cubiertos, a excepción de los servicios asociados con el cuidado de los pies en los casos de diabetes y enfermedad vascular periférica, cuando son Médicamente necesarios.	No cubiertos, a excepción de los servicios asociados con el cuidado de los pies en los casos de diabetes y enfermedad vascular periférica, cuando son Médicamente necesarios.
Tratamiento resultante de emergencias con riesgo de vida El tratamiento médico necesario como resultado de una emergencia, como por ejemplo un intento de suicidio, se considerará un gasto médico hasta que la afección médica se estabilice. Una vez que se estabilice la afección médica, el Médico de revisión de la utilización determinará si el tratamiento se caracterizará como un gasto médico o un gasto por salud mental/trastorno de consumo de sustancias, de acuerdo con las pautas aplicables de reclamos de servicios mixtos.		

DETALLES DE LOS BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Salud mental		
Pacientes hospitalizados Incluye Tratamiento residencial y agudo para pacientes internados Máximo por año de contrato: Ilimitado	El 80% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan
Pacientes ambulatorios Visitas al consultorio para pacientes ambulatorios Incluye psicoterapia individual, familiar y grupal; administración de medicamentos, consultas de telesalud para problemas de comportamiento, etc. Máximo por año de contrato: Ilimitado	El 80% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan
Pacientes ambulatorios: todos los demás servicios Incluye Hospitalización parcial, Servicios intensivos para pacientes ambulatorios, Consultas de telesalud por problemas de comportamiento, etc. Máximo por año de contrato: Ilimitado	El 80% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan

DETALLES DE LOS BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Trastorno de consumo de sustancias		
Pacientes hospitalizados Incluye Desintoxicación aguda para pacientes internados, Rehabilitación aguda para pacientes internados y Tratamiento residencial Máximo por año de contrato: Ilimitado	El 80% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan
Pacientes ambulatorios Visitas al consultorio para pacientes ambulatorios Incluye psicoterapia individual, familiar y grupal; administración de medicamentos, consultas de telesalud para problemas de comportamiento, etc. Máximo por año de contrato: Ilimitado	El 80% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan
Pacientes ambulatorios: todos los demás servicios Incluye Hospitalización parcial, Servicios intensivos para pacientes ambulatorios, Consultas de telesalud por problemas de comportamiento, etc. Máximo por año de contrato: Ilimitado	El 80% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan

Beneficios médicos de Open Access Plus

Requisitos de certificación - Fuera de la red

Para usted y para sus Dependientes

Certificación previa a la admisión/Revisión de estadía continua para la Internación hospitalaria

La Certificación previa a la admisión (PAC, por sus siglas en inglés) y la Revisión de estadía continua (CSR, por sus siglas en inglés) se refieren al proceso utilizado para certificar la Necesidad médica y el período de Internación hospitalaria cuando usted o uno de sus Dependientes requieran tratamiento en un Hospital:

- como paciente internado registrado; salvo para estadías por maternidad que se extiendan 48/96 horas;
- para los Servicios de tratamiento residencial de Salud mental o de Trastornos de consumo de sustancias.

Usted o su Dependiente deben solicitar la PAC antes de cualquier tratamiento que no sea de emergencia en un Hospital descrito anteriormente. En caso de admisión de emergencia, debe comunicarse con la Organización de revisión dentro de las 48 horas posteriores a la admisión. En caso de admisión por embarazo, debe comunicarse con la Organización de revisión al término del tercer mes de embarazo. La CSR debe solicitarse antes del final del período de estadía autorizado para continuar con la Internación hospitalaria.

Los Gastos cubiertos incurridos se reducirán a razón del 50% por los cargos del Hospital cobrados por cada una de las admisiones al Hospital, a menos que la PAC se reciba: antes de la fecha de admisión; o en caso de una admisión de emergencia, dentro de las 48 horas con posterioridad a la fecha de admisión.

Los Gastos cubiertos que se incurran por beneficios que de otra forma este plan pagaría por los cargos que se enumeran a continuación no incluirán:

- los gastos de Hospital por Cama y comida, para el tratamiento descrito más arriba por el cual se realizó la PAC, que se efectúen por cualquier día que supere la cantidad de días autorizados mediante la PAC o la CSR; y
- los gastos de Hospital para el tratamiento descrito más arriba por el cual se solicitó la PAC, pero que no se certificaron como Médicamente necesarios.

Cigna ha contratado a una Organización de revisión para llevar a cabo las PAC y las CSR mediante un programa de revisión de la utilización.

En cualquier caso, aquellos gastos incurridos por los cuales se excluyó el pago según los términos establecidos más arriba no se considerarán gastos incurridos a los fines de cualquier otra parte de este plan, excepto para la sección “Coordinación de beneficios”.

Requisitos de certificación para pacientes ambulatorios – Fuera de la red

La Certificación para pacientes ambulatorios se refiere al proceso utilizado para certificar la Necesidad médica de pruebas de diagnóstico y procedimientos de pacientes ambulatorios, entre los que se incluyen, a modo de ejemplo, los enumerados en esta sección, cuando se realizan en forma ambulatoria en un Centro quirúrgico independiente, Otros centros de cuidado de la salud o el consultorio de un Médico. Usted o su Dependiente deben llamar al número de teléfono gratuito que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación para determinar si se necesita la Certificación para pacientes ambulatorios antes de realizar alguna prueba de diagnóstico o algún procedimiento de pacientes ambulatorios. Cigna ha contratado a una Organización de revisión para llevar a cabo la Certificación para pacientes ambulatorios mediante un programa de revisión de la utilización. La Certificación para pacientes ambulatorios solo debe solicitarse para procedimientos o servicios que no sean de emergencia, y usted o su Dependiente deben solicitarla al menos cuatro días hábiles (de lunes a viernes) antes de que se realice el procedimiento o se brinde el servicio.

Los Gastos cubiertos incurridos se reducirán a razón del 50% por los cargos cobrados por cualquier prueba de diagnóstico o procedimiento de pacientes ambulatorios realizado, a menos que la Certificación para pacientes ambulatorios se reciba antes de la fecha de realización de la prueba o el procedimiento.

Los Gastos cubiertos incurridos no incluirán los gastos incurridos por cargos cobrados por pruebas de diagnóstico o procedimientos de pacientes ambulatorios para los cuales se haya pedido la Certificación para pacientes ambulatorios pero que no se hayan certificado como Médicamente necesarios.

En cualquier caso, aquellos gastos incurridos por los cuales se excluyó el pago según los términos establecidos más arriba no se considerarán gastos incurridos a los fines de cualquier otra parte de este plan, excepto para la sección “Coordinación de beneficios”.

Pruebas de diagnóstico y procedimientos de pacientes ambulatorios

Incluye, a modo de ejemplo:

- Imágenes radiológicas avanzadas – (CT, MRI, MRA o PET).
- Histerectomía.

HC-PAC44

12-15

Autorización previa/Preautorizado

El término Autorización previa significa la aprobación que un Proveedor participante debe recibir de la Organización de revisión, antes de que se brinden los servicios, para que la póliza cubra determinados servicios y beneficios.

Los servicios que requieren Autorización previa incluyen, a modo de ejemplo:

- servicios hospitalarios para pacientes internados; salvo para estadias por maternidad que se extiendan 48/96 horas;
- servicios para pacientes internados en cualquier Otro centro de cuidado de la salud participante;
- tratamiento residencial;
- servicios en centros para pacientes ambulatorios;
- hospitalización parcial;
- programas intensivos para pacientes ambulatorios;
- imágenes radiológicas avanzadas;
- ambulancia que no sea de emergencia;
- determinados Productos farmacéuticos médicos; o
- servicios de trasplante.

HC-PRA26

10-16

Gastos cubiertos

El término Gastos cubiertos significa los gastos incurridos por una persona o en su nombre por los cargos que se detallan a continuación si se incurre en ellos con posterioridad a que dicha persona esté asegurada por estos beneficios. Los gastos incurridos por dichos cargos se consideran Gastos cubiertos en la medida en que los servicios o suministros brindados sean recomendados por un Médico y sean Medicamente necesarios, según lo determine Cigna, para el cuidado y tratamiento de una Enfermedad o Lesión. **Los Copagos, Deducibles o límites aplicables aparecen en el Programa.**

Gastos cubiertos

- Los cargos cobrados por un Hospital, en su propio nombre, por Cama y comida y otros Servicios y suministros necesarios; con la salvedad de que por cualquier día de Internación hospitalaria, los Gastos cubiertos no incluirán la porción de cargos por Cama y comida que sea mayor al Límite de cama y comida que aparece en el Programa.
- Los cargos por el servicio de ambulancia con licencia hacia o desde el Hospital más cercano donde se pueda proporcionar el tratamiento y la atención médica.
- Los cargos cobrados por un Hospital, en su propio nombre, por la atención médica y el tratamiento recibidos como paciente ambulatorio.
- Los cargos cobrados por un Centro quirúrgico independiente, en su propio nombre, por la atención médica y el tratamiento.

- Los cargos cobrados, en su propio nombre, por Otro centro de cuidado de la salud, lo que incluye un Centro de cuidados especiales, un Hospital de rehabilitación o un establecimiento de cuidados de enfermedades subagudas para la atención médica y el tratamiento; con la salvedad de que, por cualquier día de hospitalización en Otro centro de cuidado de la salud, los Gastos cubiertos no incluirán la porción de cargos que excedan el Límite diario de Otro centro de cuidado de la salud que aparezca en el Programa.
- Los cargos cobrados por los Servicios de emergencia y Cuidado de urgencia.
- Los cargos cobrados por un Médico o un Psicólogo por servicios profesionales.
- Los cargos cobrados por una Enfermera, que no sea un miembro de su familia o de la familia de su Dependiente, por el servicio profesional de enfermería.
- Los cargos cobrados por la anestesia y su administración; radiografías y exámenes de laboratorio de diagnóstico; radiografías, radio y tratamiento radioisotópico; quimioterapia; transfusiones de sangre; oxígeno y otros gases, y su administración.
- Los cargos cobrados por un examen anual de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés).
- Los cargos cobrados por servicios de laboratorio, radioterapia y otros procedimientos radiológicos terapéuticos y de diagnóstico.
- Los cargos por Planificación familiar, lo que incluye la historia clínica, el examen físico, las pruebas de laboratorio relacionadas, la supervisión médica de acuerdo con las prácticas médicas generalmente aceptadas, otros servicios médicos, información y asesoría sobre anticoncepción, anticonceptivos implantados o inyectados, después de la asesoría apropiada, y los servicios médicos relacionados con tratamientos quirúrgicos (ligadura de las trompas, vasectomías).
- Aborto, cuando un Médico certifica por escrito que el embarazo podría poner en peligro la vida de la madre, o cuando se incurre en los gastos para tratar complicaciones médicas que son consecuencia del aborto.
- Los cargos cobrados por los siguientes servicios de cuidado preventivo (podrá encontrar información detallada en www.healthcare.gov):
 - (1) artículos o servicios basados en evidencias que tengan una calificación “A” o “B” en vigor en las recomendaciones vigentes del United States Preventive Services Task Force (Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos);
 - (2) vacunas que tengan una recomendación vigente del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades con respecto a la Persona cubierta en cuestión;

- (3) para bebés, niños y adolescentes, cuidado preventivo y exámenes de detección basados en evidencias contemplados en las pautas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud; y
- (4) para las mujeres, el cuidado preventivo y los exámenes de detección adicionales que no estén incluidos en el párrafo (1) pero que estén contemplados en las pautas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud.
- Los cargos cobrados por el tratamiento quirúrgico de la disfunción de la articulación temporomandibular.
- Incluye los cargos por la prestación de consultas médicas y relacionadas con la salud mediante tecnologías de telecomunicaciones seguras, incluidos teléfonos e Internet a través de un proveedor médico de servicios de telesalud contratado.

Gastos cubiertos – Trastorno de salud mental y de consumo de sustancias

- Consultas y servicios por problemas de comportamiento mediante tecnologías de telecomunicaciones seguras que incluirán el servicio de video, incluidos los teléfonos e Internet, cuando se brinden a través de un proveedor de servicios por problemas de comportamiento.

Estudios clínicos

Este plan de beneficios cubre los costos de cuidados de rutina de los pacientes relacionados con un estudio clínico calificado para una persona que satisface los siguientes requisitos:

- (a) es elegible para participar en un estudio clínico aprobado de acuerdo con el protocolo del estudio con respecto al tratamiento del cáncer u otra enfermedad o afección con riesgo de vida; y
- (b) puede hacer:
 - el profesional de cuidado de la salud que brinda la referencia es un proveedor de cuidado de la salud participante y ha llegado a la conclusión de que la participación de la persona en dicho estudio sería apropiada en función de que esta reúne las condiciones descritas en el párrafo (a); o
 - la persona proporciona información médica y científica que establece que su participación en dicho estudio sería apropiada en función de que esta reúne las condiciones descritas en el párrafo (a).

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

El estudio clínico debe cumplir con los siguientes requisitos:

El estudio o la investigación deben:

- contar con la aprobación o la financiación de alguna de las agencias o entidades autorizadas por ley federal para llevar a cabo estudios clínicos;

- llevarse a cabo en virtud de una solicitud de medicamento nuevo en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos; o
- involucrar el estudio de un medicamento que esté exento del requisito de contar con dicha solicitud de medicamento nuevo en investigación.

Los costos de cuidados de rutina de los pacientes son costos asociados con la provisión de artículos y servicios de cuidado de la salud, incluidos medicamentos, artículos, dispositivos y servicios que este plan de beneficios cubriría para una persona que no está inscrita en un estudio clínico, y además:

- servicios que se requieren únicamente para suministrar el medicamento, artículo, dispositivo o servicio en investigación;
- servicios que se requieren para efectuar un control clínicamente apropiado del medicamento, dispositivo, artículo o servicio en investigación;
- servicios brindados para la prevención de complicaciones que puedan producirse como consecuencia del suministro del medicamento, dispositivo, artículo o servicio en investigación; y
- cuidado razonable y necesario como consecuencia del suministro del medicamento, dispositivo, artículo o servicio en investigación, que incluye el diagnóstico o tratamiento de complicaciones.

Los costos de cuidados de rutina de los pacientes no incluyen:

- el medicamento, artículo, dispositivo o servicio en investigación en sí mismo; ni
- artículos y servicios que se brinden únicamente para satisfacer necesidades de recopilación y análisis de datos, y que no se usen en el tratamiento clínico directo del paciente.

Si su plan incluye proveedores Dentro de la red, los estudios clínicos realizados por proveedores no participantes estarán cubiertos al nivel de beneficios Dentro de la red si:

- no hay proveedores Dentro de la red que participen en el estudio clínico y estén dispuestos a aceptar a la persona como paciente, o
- el estudio clínico se lleva a cabo fuera del estado de residencia de la persona.

Pruebas genéticas

Los cargos cobrados por pruebas genéticas que utilizan un método de prueba comprobado para la identificación de enfermedades hereditarias de transmisión genética. Las pruebas genéticas se cubren únicamente si:

- La persona tiene síntomas o signos de enfermedades hereditarias de transmisión genética.
- Se ha determinado que la persona se encuentra en riesgo de ser portadora, según lo demuestre la literatura científica existente basada en evidencias y revisada por colegas médicos, del desarrollo de una enfermedad hereditaria de transmisión genética, cuando los resultados afecten el desenlace clínico.

- El fin terapéutico es identificar una mutación genética específica que, según lo demostrado por la literatura científica existente basada en evidencias y revisada por colegas médicos, tiene un impacto directo en las opciones de tratamiento.

La prueba de preimplantación genética y el diagnóstico genético antes de la transferencia del embrión cuentan con cobertura cuando cualquiera de los padres tenga una enfermedad hereditaria o sea portador de una enfermedad hereditaria de transmisión genética comprobada con evidencia médica.

La asesoría genética cuenta con cobertura si una persona se realizará una prueba genética aprobada, o si la persona tiene una enfermedad hereditaria y es una posible candidata para la realización de pruebas genéticas.

Asesoría y evaluación en materia de nutrición

Los cargos por la asesoría y evaluación en materia de nutrición cuando la dieta sea parte del tratamiento médico de una enfermedad orgánica comprobada con evidencia médica.

Aparatos prostéticos/médicos internos

Los cargos cobrados por aparatos prostéticos/médicos internos que brindan soporte funcional interno permanente o transitorio para partes del cuerpo no funcionales están cubiertos. La reparación, mantenimiento o reemplazo Médicamente necesarios de un aparato cubierto también están cubiertos.

HC-COV632M

12-17

Tratamiento de la obesidad

- Los cargos por servicios médicos y quirúrgicos únicamente en centros aprobados para el tratamiento o el control de la obesidad clínicamente grave (patológica) según se define a continuación y si se demuestra, a través de la literatura científica basada en la evidencia y revisada por colegas médicos y las pautas científicas existentes, que los servicios son seguros y eficaces para el tratamiento o el control de la afección. El Instituto Nacional de Estudio del Corazón, los Pulmones y la sangre (National Heart, Lung and Blood Institute, NHLBI) define a la obesidad clínicamente grave (patológica) como el Índice de masa corporal (IMC) de 40 o más sin comorbilidades, o un IMC de 35 a 39 con comorbilidades. Los siguientes puntos están específicamente excluidos:
- servicios médicos y quirúrgicos para alterar la apariencia o cambios físicos que sean el resultado de cualquier servicio médico o quirúrgico realizado para el tratamiento o el control de la obesidad o de la obesidad clínicamente grave (patológica); y
- programas o tratamientos para bajar de peso, ya sean o no recetados o recomendados por un Médico o bajo supervisión médica.

HC-COV2

04-10
V1

Cirugía ortognática

- Cirugía ortognática para reparar o corregir una deformidad o desfiguración facial grave que la ortodoncia sola no pueda corregir, siempre que:
- la deformidad o la desfiguración esté acompañada por una alteración funcional clínicamente significativa y documentada, y que exista una expectativa razonable de que el procedimiento brindará una mejoría funcional importante; o
- la cirugía ortognática sea Médicamente necesaria como resultado de un tumor, traumatismo o enfermedad; o
- la cirugía ortognática se realice antes de los 19 años y se la requiera como resultado de una deformidad facial congénita o una afección congénita grave.

Se cubren las cirugías ortognáticas reiteradas o posteriores para la misma afección solo cuando la cirugía ortognática previa haya cumplido con los requisitos que se mencionaron anteriormente, y exista una alta probabilidad de una mejoría adicional significativa, según lo determinado por el Médico de revisión de la utilización.

HC-COV3

04-10
V1

Servicios de salud en el hogar

- Los cargos por Servicios de salud en el hogar cuando usted: necesite cuidados especializados; no pueda obtener el cuidado necesario como paciente ambulatorio; y no necesite estar internado en un Hospital u Otro centro de cuidado de la salud.

Los Servicios de salud en el hogar se brindan exclusivamente si Cigna ha determinado que el hogar es un entorno médicamente apropiado. Si usted es un menor o un adulto que depende de otros para recibir cuidados no especializados y/o servicios de custodia (por ejemplo, bañarse, comer, usar el baño), los Servicios de salud en el hogar se proporcionarán solo en los momentos en que haya un miembro de la familia o una persona que proporcione cuidados presente en el hogar para cumplir con las necesidades de cuidados no especializados y/o servicios de custodia.

Los Servicios de salud en el hogar son aquellos servicios de cuidado de la salud especializados que se pueden brindar durante las visitas de Otros profesionales de cuidado de la salud. Los servicios de un asistente de salud en el hogar están cubiertos cuando se prestan en apoyo directo a los servicios de cuidado de la salud especializados proporcionados por Otros profesionales de cuidado de la salud. Una visita se define como un período de 2 horas o menos. Los Servicios de salud en el hogar están sujetos a un máximo de 16 horas en total por día. Los suministros médicos de consumo y la terapia de infusión en el hogar necesarios aplicados o utilizados por Otros profesionales de cuidado de la salud para brindar Servicios de salud en el hogar están cubiertos. Los Servicios de salud en el hogar no incluyen servicios de una persona que sea miembro de su familia o de la familia de su Dependiente o que normalmente resida en su hogar o en el hogar de su Dependiente, aunque esa persona sea Otro profesional de cuidado de la salud. Los servicios de cuidados especiales o servicios de personal de enfermería privada proporcionados en el hogar están sujetos a los términos, condiciones y limitaciones de beneficios de los Servicios de salud en el hogar. Los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y otros servicios de Terapia de rehabilitación a corto plazo provistos en el hogar no están sujetos a las limitaciones de beneficios de los Servicios de salud en el hogar que aparecen en el Programa, pero están sujetos a las limitaciones de beneficios descritas en Máximo por terapia de rehabilitación a corto plazo en el Programa.

HC-COV5

04-10
V1

Servicios de atención de enfermos terminales

- Los cargos por una persona a quien le hayan diagnosticado seis meses de vida o menos, debido a una Enfermedad terminal, para los siguientes Servicios de atención de enfermos terminales provistos según el Programa de atención de enfermos terminales:
 - por Centros para enfermos terminales por Cama y comida, y Servicios y suministros;
 - por Centros para enfermos terminales por los servicios provistos como paciente ambulatorio;
 - por un Médico por servicios profesionales;
 - por un Psicólogo, trabajador social, consejero familiar o pastor ordenado por asesoría individual y familiar;
 - para el tratamiento del alivio del dolor, incluidos los medicamentos, medicinas y suministros médicos;
 - por Otros centros de cuidado de la salud, por:
 - cuidado de enfermería de tiempo parcial o intermitente que ofrezca una Enfermera o que esté bajo su supervisión;
 - servicios de tiempo parcial o intermitentes de Otro profesional de cuidado de la salud;
 - por fisioterapia, terapia ocupacional y del habla;

- por suministros médicos; medicamentos y medicinas administrados legalmente solo con la receta de un Médico; y por servicios de laboratorio; pero solo en la medida en que dichos cargos habrían sido pagaderos de acuerdo con la póliza si la persona hubiera permanecido o estado Internada en un Hospital o Centro para enfermos terminales.

Los siguientes cargos por Servicios de atención de enfermos terminales no se incluyen en los Gastos cubiertos:

- servicios de una persona que es miembro de su familia o de la familia de su Dependiente, o que normalmente reside en su hogar o en el de su Dependiente;
- cualquier período en el que usted o su Dependiente no esté bajo el cuidado de un Médico;
- servicios o suministros que no estén enumerados en el Programa de atención de enfermos terminales;
- todo procedimiento curativo o para prolongar la vida;
- en la medida en que haya otros beneficios pagaderos por aquellos gastos según la póliza;
- servicios o suministros que sirvan principalmente para ayudarle a usted o a su Dependiente en la vida cotidiana.

HC-COV6

04-10
V1

Servicios para trastornos de salud mental y de consumo de sustancias

Los **Servicios de salud mental** son servicios que se necesitan para tratar una enfermedad que afecta el comportamiento, la reacción emocional o los procesos del pensamiento. A fin de determinar los beneficios pagaderos, los cargos por el tratamiento de cualquier afección psicológica relacionada con la Salud mental no serán considerados como cargos originados por el tratamiento de Salud mental.

El **Trastorno de consumo de sustancias** se define como la dependencia psicológica o física del alcohol u otros fármacos que alteran las facultades mentales, que requiere diagnóstico, cuidado y tratamiento. A fin de determinar los beneficios pagaderos, los cargos por el tratamiento de cualquier afección fisiológica relacionada con los servicios de rehabilitación de la dependencia o adicción al alcohol y/o los fármacos no serán considerados como cargos originados por el tratamiento del Trastorno de consumo de sustancias.

Servicios de salud mental para pacientes internados

Los servicios que brinda un Hospital mientras usted o su Dependiente están internados en un Hospital para el tratamiento y la evaluación de la Salud mental. Los Servicios de salud mental como paciente internado incluyen los Servicios de tratamiento residencial de salud mental.

Los Servicios de tratamiento residencial de salud mental son los servicios proporcionados por un Hospital para evaluar y

tratar los trastornos funcionales psicológicos y sociales que son el resultado de afecciones mentales subagudas.

El Centro de tratamiento residencial de salud mental es una institución que se especializa en el tratamiento de trastornos psicológicos y sociales que son el resultado de afecciones mentales; proporciona un programa de tratamiento psicoterapéutico estructurado para casos subagudos, bajo la supervisión de Médicos; proporciona cuidados las 24 horas del día, durante las cuales la persona vive en una unidad abierta; y ha obtenido una licencia de acuerdo con las leyes de la agencia legalmente autorizada correspondiente para operar como un centro de tratamiento residencial.

Se considera que una persona está internada en un Centro de tratamiento residencial de salud mental cuando se encuentra registrada como paciente interno en un Centro de tratamiento residencial de salud mental por recomendación de un Médico.

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

Servicios de Proveedores calificados para tratar la Salud mental cuando el tratamiento se brinda como paciente ambulatorio, mientras usted o su Dependiente no están Internados en un Hospital, y se proporciona en un Programa de terapia individual, grupal o de Hospitalización parcial para Salud mental o intensivo de terapia de Salud mental para pacientes ambulatorios.

Los servicios cubiertos incluyen, a modo de ejemplo, el tratamiento en la modalidad ambulatoria de afecciones tales como: ansiedad o depresión que interfiera en el normal desempeño en la vida cotidiana; adaptación emocional o angustia relacionada con afecciones crónicas, tales como la psicosis o la depresión; reacciones emocionales asociadas a problemas maritales o el divorcio; problemas de conducta o control inadecuado de los impulsos en la infancia o adolescencia; trastornos afectivos; actos o amenazas suicidas u homicidas; trastornos de la alimentación; o exacerbación aguda de afecciones mentales crónicas (intervención en caso de crisis y prevención de recaídas), y pruebas y evaluaciones de pacientes ambulatorios.

Los servicios de Hospitalización parcial para Salud mental son brindados por no menos de 4 horas y no más de 12 horas en cualquier período de 24 horas por un programa de Salud mental certificado o con licencia de conformidad con las leyes de la agencia legalmente autorizada correspondiente.

Un Programa intensivo de terapia de Salud mental para pacientes ambulatorios comprende diversos niveles o fases de tratamiento que son proporcionados por un programa de Salud mental certificado o con licencia de conformidad con las leyes de la agencia legalmente autorizada correspondiente. Los Programas intensivos de terapia para pacientes ambulatorios proporcionan una combinación de terapia individual, familiar y/o grupal en un mismo día, cuya duración es de nueve o más horas semanales.

Servicios de rehabilitación para Trastornos de consumo de sustancias para pacientes internados

Los servicios brindados para la rehabilitación, mientras usted o su Dependiente están internados en un Hospital, cuando se necesitan para el diagnóstico y tratamiento del abuso o la adicción al alcohol o las drogas. Los servicios para Trastornos de consumo de sustancias para pacientes internados incluyen los servicios de Tratamiento residencial.

Los **Servicios de tratamiento residencial para Trastornos de consumo de sustancias** son servicios proporcionados por un Hospital para la evaluación y el tratamiento de trastornos funcionales psicológicos y sociales que son consecuencia de afecciones subagudas relacionadas con el Trastorno de consumo de sustancias.

El **Centro de tratamiento residencial de Trastornos de consumo de sustancias** es una institución que se especializa en el tratamiento de trastornos psicológicos y sociales provocados por el Trastorno de consumo de sustancias; proporciona un programa de tratamiento psicoterapéutico estructurado para casos subagudos, bajo la supervisión de Médicos; proporciona cuidados las 24 horas del día, durante las cuales la persona vive en una unidad abierta; y ha obtenido una licencia de acuerdo con las leyes de la agencia legalmente autorizada correspondiente para operar como un centro de tratamiento residencial.

Se considera que una persona está internada en un Centro de tratamiento residencial de Trastornos de consumo de sustancias cuando se encuentra registrada como paciente interno en un Centro de tratamiento residencial de Trastornos de consumo de sustancias por recomendación de un Médico.

Servicios de rehabilitación para Trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios

Servicios provistos para el diagnóstico y tratamiento del Trastorno de consumo de sustancias o adicción al alcohol, los fármacos y/o las drogas, mientras usted o su Dependiente no están Internados en un Hospital, que incluyen la rehabilitación como paciente ambulatorio en un Programa de terapia individual o de Hospitalización parcial para Trastornos de consumo de sustancias o intensivo de terapia para Trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios.

Los servicios de Hospitalización parcial para Trastornos de consumo de sustancias son brindados por no menos de 4 horas y no más de 12 horas en cualquier período de 24 horas por un programa para Trastornos de consumo de sustancias certificado o con licencia de conformidad con las leyes de la agencia legalmente autorizada correspondiente.

Un Programa intensivo de terapia para Trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios comprende diversos niveles o fases de tratamiento que son proporcionados por un programa para Trastornos de consumo de sustancias certificado o con licencia de conformidad con las leyes de la agencia legalmente autorizada correspondiente. Los Programas

intensivos de tratamiento para pacientes ambulatorios proporcionan una combinación de terapia individual, familiar y/o grupal en un mismo día, cuya duración total es de nueve o más horas semanales.

Servicios de desintoxicación para Trastornos de consumo de sustancias

Se proporcionan servicios de desintoxicación y otros servicios médicos auxiliares relacionados cuando el diagnóstico y tratamiento de la adicción al alcohol y/o las drogas así lo requieren. Cigna decidirá, de acuerdo con la Necesidad médica de cada situación, si dichos servicios se brindarán en calidad de paciente internado o ambulatorio.

Exclusiones

Los servicios aquí mencionados se encuentran específicamente excluidos de los servicios de Salud mental y para Trastornos de consumo de sustancias:

- tratamiento de trastornos que han sido diagnosticados como trastornos mentales orgánicos asociados con disfunciones permanentes del cerebro;
- trastornos del desarrollo, incluidos, a modo de ejemplo, problemas en el aprendizaje de la lectura, problemas en el aprendizaje de las matemáticas, problemas en el desarrollo del lenguaje o problemas para articular palabras;
- asesoría para actividades de naturaleza educativa;
- asesoría para el funcionamiento intelectual límite;
- asesoría para problemas relacionados con la profesión;
- asesoría relacionada con la concientización;
- asesoría vocacional o religiosa;
- medición del coeficiente intelectual;
- cuidados de custodia, que incluyen, a modo de ejemplo, el cuidado geriátrico diurno;
- pruebas psicológicas realizadas en niños solicitadas por o para un sistema escolar;
- programas de terapia ocupacional y/o recreativa, aun cuando estén combinados con terapia de apoyo para el deterioro cognitivo relativo a la edad.

HC-COV481

12-15

Equipo médico duradero

- Cargos por la compra o el alquiler de Equipo médico duradero indicado o recetado por un Médico y brindado por un proveedor aprobado por Cigna para su uso fuera del Hospital u Otro centro de cuidado de la salud. Se proporciona cobertura para la reparación, el reemplazo o la duplicación de equipos solo cuando se requiera debido a cambios anatómicos y/o el desgaste natural razonable. Todo mantenimiento y reparación debido al uso inadecuado estará a cargo del usuario. La cobertura del Equipo médico duradero se limita a la alternativa de menor costo de acuerdo con el criterio del Médico de revisión de la utilización.

El Equipo médico duradero se define como los objetos diseñados para poder soportar el uso reiterado de más de una persona; que suelen tener un propósito médico; que generalmente no son útiles en ausencia de una Lesión o Enfermedad; que son adecuados para su uso en el hogar; y que no son desechables. Dichos equipos incluyen, a modo de ejemplo, muletas, camas hospitalarias, respiradores, sillas de rueda y equipos de diálisis.

Los Equipos médicos duraderos que no se encuentran cubiertos incluyen, a modo de ejemplo, los que se detallan a continuación:

- **Objetos relacionados con las camas:** bandejas para la cama, mesas para la cama, respaldares para camas, almohadas, equipamiento de recámara a medida, colchones, incluso colchones no eléctricos, a medida y correctores de la postura.
- **Objetos relacionados con el baño:** elevadores para tina de baño, hidromasajes no portátiles, barandales para tina de baño, barandales para inodoro, asientos elevados para inodoros, bancos y taburetes para baño, duchadores de mano, equipos para baños de parafina, tapetes de baño y equipos de spa.
- **Sillas, elevadores y dispositivos para mantenerse de pie:** sistemas de movilidad computarizados o giroscópicos, sillas portátiles, sillas geriátricas, sillas de cadera, elevadores de asientos (mecánicos o motorizados), elevadores de pacientes (mecánicos o motorizados; los elevadores hidráulicos manuales están cubiertos si se requieren dos personas para movilizar al paciente) y sillas autorreclinables.
- **Instalaciones permanentes en inmuebles:** elevadores montados en el techo y rampas para sillas de rueda.
- **Modificaciones en vehículos y camionetas.**
- **Equipos relacionados con la calidad del aire:** humidificadores de ambiente, vaporizadores, purificadores de aire y máquinas electrostáticas.
- **Equipos relacionados con la hematología/inyecciones:** brazaletes para medir la presión arterial, centrifugadoras, lapiceras de insulina e inyectores sin agujas.
- **Otros equipos:** lámparas de calor, almohadillas de calor, unidades de frío, máquinas de crioterapia, unidades de terapia de control electrónico, cabinas de rayos ultravioleta, almohadillas y botas de piel de cordero, tablero para el drenaje postural, adaptadores de corriente alterna a corriente continua o viceversa, alarma de enuresis, equipo magnético, balanzas (para bebés y adultos), deslizador para escaleras, elevadores, saunas, todo equipo para realizar ejercicios y máquinas de diatermia.

HC-COV8

04-10
V2

Aparatos y dispositivos protésicos externos

- Los cargos cobrados o indicados por un Médico para: la compra y el ajuste iniciales de los aparatos y dispositivos protésicos externos disponibles solo mediante una receta que indique que son necesarios para aliviar o corregir una Lesión, Enfermedad o defecto congénito. La cobertura de los Aparatos protésicos externos se limita a la alternativa más apropiada y menos costosa según lo determine el Médico de revisión de la utilización.

Los aparatos y dispositivos protésicos externos incluirán las prótesis/aparatos y dispositivos protésicos, aparatos ortopédicos y dispositivos ortopédicos; soportes y férulas.

Prótesis/aparatos y dispositivos protésicos

Las prótesis/aparatos y dispositivos protésicos son dispositivos fabricados con el fin de reemplazar partes del cuerpo faltantes.

Las prótesis/aparatos y dispositivos protésicos incluyen, a modo de ejemplo:

- prótesis básicas para extremidades;
- dispositivos terminales, tales como manos o ganchos; y
- prótesis fonatorias.

Aparatos ortopédicos y dispositivos ortopédicos

Los aparatos ortopédicos y dispositivos ortopédicos se definen como prótesis o artículos de ortopedia que se utilizan para apoyar, alinear, prevenir o corregir deformidades. Se proporciona cobertura para aparatos ortopédicos del pie fabricados a medida y otros aparatos ortopédicos como:

- Aparatos ortopédicos que no son para pies. Solamente se cubren los siguientes aparatos ortopédicos que no son para pies:
 - aparatos ortopédicos fabricados a medida, rígidos y semirrígidos;
 - aparatos ortopédicos prefabricados semirrígidos y aparatos ortopédicos flexibles; y
 - aparatos ortopédicos prefabricados rígidos, lo que incluye la preparación, el ajuste y los agregados básicos, tales como barras y conexiones.
- Aparatos ortopédicos fabricados a medida para pies. Los aparatos ortopédicos fabricados a medida para pies se cubren solamente en los siguientes casos:
 - para personas con sensación periférica disminuida y/o circulación periférica alterada (por ejemplo, la neuropatía diabética y la enfermedad vascular periférica);
 - cuando el aparato ortopédico para pies es una parte integral de un soporte para extremidades inferiores y es necesario para el funcionamiento apropiado del soporte;
 - cuando el aparato ortopédico para pies se utiliza para reemplazar o sustituir partes faltantes del pie (por ejemplo, dedos amputados), y es necesario para el alivio o la corrección de una Enfermedad, Lesión o defecto congénito; y

- para personas con afecciones neurológicas o neuromusculares (por ejemplo, parálisis cerebral, hemiplejía, espina bífida) que producen espasticidad, alineación incorrecta del pie o posición patológica del pie, y existe una expectativa razonable de mejoría.

Los siguientes aparatos ortopédicos y dispositivos ortopédicos se encuentran específicamente excluidos:

- Aparatos ortopédicos prefabricados para pies.
- Bandas ortopédicas craneales y/o aparatos ortopédicos craneales. Otros dispositivos similares están excluidos excepto cuando se los emplea en el postoperatorio para plagiocefalia sinostótica. Cuando se lo utilice para esta indicación médica, el aparato ortopédico craneal estará sujeto a las limitaciones y los máximos del beneficio de Aparatos y dispositivos protésicos externos.
- Calzado ortopédico, agregados al calzado, procedimientos para calzado ortopédico, modificaciones al calzado y transferencias.
- Aparatos ortopédicos empleados principalmente por cuestiones de estética en lugar de motivos funcionales.
- Aparatos ortopédicos empleados principalmente para mejorar el desempeño atlético o permitir la práctica de deportes.

Soportes

El Soporte es un aparato ortopédico o dispositivo ortopédico que mantiene o sostiene en su posición correcta a una parte del cuerpo movable y que permite el movimiento de esa parte.

Se excluyen específicamente los siguientes soportes: Soportes Copes para escoliosis.

Férulas

Una Férula es un dispositivo que se emplea para evitar el movimiento de una articulación o para la fijación de partes desplazadas o movibles.

La cobertura para reemplazo de aparatos y dispositivos protésicos externos se limita a lo siguiente:

- El reemplazo debido al uso regular. No se cubre el reemplazo por daño debido al uso abusivo o incorrecto por parte de la persona.
- Se proporcionará el reemplazo cuando los cambios anatómicos vuelvan ineficaz al aparato o dispositivo protésico externo. El cambio anatómico incluye el aumento o pérdida de peso significativos, atrofia y/o crecimiento.
- La cobertura por reemplazo se limita a lo siguiente:
 - la frecuencia no puede ser superior a una vez cada 24 meses para las personas de 19 años o más;
 - no más de una vez cada 12 meses para las personas de 18 años o menos; y
 - el reemplazo debido a una alteración o revisión quirúrgica del sitio.

Los siguientes aparatos y dispositivos protésicos externos se encuentran específicamente excluidos:

- mejoras eléctricas internas y externas o controles eléctricos para prótesis de extremidades y dispositivos protésicos terminales; y
- estimuladores de los nervios periféricos mediante prótesis mioeléctricas.

HC-COV9

04-10
V2

Servicios de infertilidad

- Los cargos cobrados por servicios relacionados con el diagnóstico de infertilidad y el tratamiento de infertilidad una vez que se diagnosticó una afección de infertilidad. Los servicios incluyen, a modo de ejemplo: medicamentos para la infertilidad administrados o proporcionados por un Médico (Nota: aparte de los copagos/desembolso máximo de farmacia); cirugías aprobadas y otros procedimientos terapéuticos que, según lo demostrado por la literatura científica existente basada en evidencias y revisada por colegas médicos, tienen una probabilidad razonable de permitir el embarazo; análisis de laboratorio, lavado o preparación del esperma; inseminación artificial; evaluaciones de diagnóstico; transferencia intratubárica de gametos (GIFT); fertilización *in vitro* (IVF); transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT); y los servicios de un embriólogo.

La infertilidad se define como la incapacidad de parejas de sexo opuesto de lograr la concepción después de un año de haber mantenido relaciones sexuales sin protección; o la incapacidad de una mujer de lograr la concepción después de seis intentos de inseminación artificial durante un período de un año. Este beneficio incluye el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad masculina y femenina.

Sin embargo, se excluye específicamente lo siguiente de los servicios de infertilidad:

- reversión de los procedimientos de esterilización voluntarios masculinos y femeninos;
- servicios de infertilidad cuando la infertilidad es causada por un procedimiento de esterilización voluntario o está relacionada con algún procedimiento de este tipo;
- cargos y servicios del donante;
- criopreservación del esperma y óvulos del donante; y
- cualquier procedimiento o terapia de infertilidad de carácter experimental, en investigación o no comprobado.

HC-COV11

04-10
V2 M

Terapia de rehabilitación a corto plazo

Terapia de rehabilitación a corto plazo que forma parte de un programa de rehabilitación, lo que incluye fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional, terapia cognitiva, manipulación osteopática, rehabilitación cardíaca y terapia de rehabilitación pulmonar, cuando se realiza en el entorno más apropiado desde el punto de vista médico.

La siguiente limitación se aplica a la Terapia de rehabilitación a corto plazo:

- La terapia ocupacional se brinda con el único propósito de permitir a las personas realizar actividades de la vida cotidiana luego de una Lesión o Enfermedad.

Los servicios de Terapia de rehabilitación a corto plazo que no están cubiertos incluyen, a modo de ejemplo:

- Terapia de integración sensorial, terapia grupal; tratamiento de la dislexia; modificación del comportamiento o terapia miofuncional por difluencia, tal como la tartamudez u otros actos involuntarios sin evidencia de una afección médica o un trastorno neurológico subyacente.
- Tratamiento para un trastorno de articulación funcional, como la corrección de la protracción de la lengua, ceceo, apraxia verbal o disfunción al tragar que no se deba a una afección médica o Lesión subyacente diagnosticada.
- Tratamiento de mantenimiento o preventivo que consiste en los cuidados de rutina, a largo plazo o que no sean Medicamentos necesarios para impedir la recurrencia o para mantener el estado actual del paciente.

Si se brindan varios servicios para pacientes ambulatorios el mismo día, constituyen un día.

Los servicios brindados por un Médico quiropráctico no están cubiertos. Estos servicios incluyen el manejo prudente de afecciones neuromusculoesqueléticas agudas mediante manipulación y tratamiento fisiológico auxiliar con el fin de restaurar el movimiento, reducir el dolor y mejorar la funcionalidad.

Servicios de atención quiropráctica

Cargos por servicios de diagnóstico y tratamiento proporcionados por Médicos quiroprácticos en un consultorio. El tratamiento quiropráctico incluye el manejo conservador de afecciones neuromusculoesqueléticas agudas mediante manipulación y tratamiento fisiológico auxiliar en articulaciones específicas con el fin de restaurar el movimiento, reducir el dolor y mejorar la funcionalidad. Para estos servicios, usted tiene acceso directo a Médicos quiroprácticos calificados.

Se aplica la siguiente limitación a los Servicios de atención quiropráctica:

- la terapia ocupacional se brinda con el único propósito de permitir a las personas realizar actividades de la vida cotidiana luego de una Lesión o Enfermedad.

Los Servicios de atención quiropráctica que no están cubiertos incluyen, a modo de ejemplo:

- Servicios de un médico quiropráctico que no estén dentro de su campo de práctica, según lo definen las leyes estatales.
- Cargos por atención no recibida en el consultorio.
- Tratamiento de mantenimiento o preventivo que consiste en los cuidados de rutina, a largo plazo o que no sean Medicamento necesarios para impedir la recurrencia o para mantener el estado actual del paciente.
- Terapia de vitaminas.

HC-COV13

04-10
V2

Reconstrucción y prótesis de senos

- Cargos por cirugía reconstructiva posterior a una mastectomía; dichos beneficios incluyen: servicios quirúrgicos por reconstrucción del seno en el que se realizó la cirugía; servicios quirúrgicos por reconstrucción del seno sano a fin de lograr una apariencia simétrica; prótesis posoperatorias de los senos; y sostenes y dispositivos prostéticos para mastectomías, limitados a la alternativa de menor costo disponible que satisfaga las necesidades de colocación de un dispositivo ortopédico. Durante todas las etapas de la mastectomía, está cubierto el tratamiento de todas las complicaciones físicas, tales como la terapia de linfedema.

Cirugía reconstructiva

- Cargos cobrados por cirugía reconstructiva o terapia para reparar o corregir una deformidad física grave o desfiguración que está acompañada por un déficit funcional (excepto las anomalías de la mandíbula o afecciones relacionadas con trastornos de la articulación temporomandibular), siempre que: la cirugía o terapia recupere o mejore la funcionalidad; se requiera reconstrucción como resultado de una cirugía no estética Medicamento necesaria; o la cirugía o terapia se realice antes de los 19 años y se requiera como resultado de una ausencia congénita o agenesia (falta de formación o desarrollo) de una parte del cuerpo. Las cirugías posteriores o reiteradas para la misma afección solo están cubiertas si el Médico de revisión de la utilización determina que existe la probabilidad de una mejora adicional significativa.

HC-COV631

12-17

Servicios de trasplante

- Los cargos por servicios de trasplante de órganos y tejido humano, lo que incluye procedimientos de órganos sólidos y médula ósea/células madre en centros designados en los Estados Unidos o sus territorios. Esta cobertura está sujeta a las siguientes condiciones y limitaciones:

Los servicios de trasplante incluyen los servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios del receptor; los medicamentos inmunosupresores para pacientes internados; y los costos para la obtención de los órganos o de la médula ósea/células madre. Los servicios de trasplante están cubiertos solo si son necesarios para realizar alguno de los siguientes trasplantes de órganos o tejidos de un ser humano a otro: alogénico de médula ósea/células madre, autólogo de médula ósea/células madre, de córnea, corazón, corazón/pulmón, riñón, riñón/páncreas, hígado, pulmón, páncreas o intestino, que incluye el intestino delgado, el hígado o múltiples vísceras.

Todos los servicios de trasplante, a excepción de los trasplantes de córnea, están cubiertos en su totalidad cuando se reciben en centros de Cigna LIFESOURCE Transplant Network[®]. Los trasplantes de córnea no están cubiertos en centros de Cigna LIFESOURCE Transplant Network[®]. Los servicios de trasplante, incluido el trasplante de córnea, que se reciban en centros participantes que Cigna haya contratado específicamente para brindar tales servicios, que no sean centros de Cigna LIFESOURCE Transplant Network[®], se pagarán según el nivel Dentro de la red. Los servicios de trasplante que se reciban en cualquier otro centro, incluidos los Proveedores no participantes y los Proveedores participantes que Cigna no haya contratado específicamente para brindar tales servicios, están cubiertos según el nivel Fuera de la red.

La cobertura para los costos de obtención de órganos se limitará a los costos directamente relacionados con la obtención de un órgano, ya sea de un cadáver o de un donante vivo. Los costos de la obtención del órgano consisten en la intervención quirúrgica necesaria para la extirpación del órgano, el transporte del órgano y el transporte (consulte Servicios de viaje para trasplantes), la hospitalización y la cirugía del donante vivo. Los cargos por pruebas de compatibilidad realizadas antes de la obtención gozan de cobertura si resultan Medicamento necesarias. También están cubiertos los costos relacionados con la búsqueda y la identificación de un donante de médula ósea o células madre para un trasplante alogénico.

Servicios de viaje para trasplantes

Los cargos cobrados por gastos de viaje no imponibles incurridos por usted en conexión con un trasplante de órganos/tejidos preaprobado cuentan con cobertura, con sujeción a las siguientes condiciones y limitaciones. Los beneficios de viaje para trasplante no están disponibles para trasplantes de córnea. Los beneficios de transporte y alojamiento están a su disposición únicamente si es el receptor de un trasplante de órganos/tejidos preaprobado de un centro de Cigna LIFESOURCE Transplant Network[®] designado. La definición del término “receptor” incluye a una persona que recibe servicios relacionados con un trasplante autorizado durante cualquiera de los siguientes momentos: evaluación, candidatura, trasplante propiamente dicho o cuidado posterior al trasplante. Los gastos de viaje para la persona que recibe el

trasplante incluirán los cargos correspondientes a: transporte hacia y desde el sitio del trasplante (incluidos los cargos de alquiler de un automóvil para usar durante el período de cuidado en el centro donde se realizó el trasplante); y alojamiento mientras se encuentre en el sitio del trasplante, o mientras esté viajando hacia y desde el sitio.

Además de su cobertura para los cargos asociados con los conceptos precedentes, dichos cargos también se considerarán gastos de viaje cubiertos para un acompañante que viaje con usted. El término acompañante incluye a su cónyuge, un miembro de su familia, su tutor legal o cualquier persona que no tenga relación con usted pero que participe activamente en su cuidado que tenga al menos 18 años. Se excluyen específicamente los siguientes gastos de viaje: los gastos que, de reembolsarse, serían ingresos imponibles; gastos de viaje incurridos en un viaje dentro de las 60 millas de su hogar; alimentos y comidas; facturas de lavandería; facturas de teléfono; alcohol o productos con tabaco; y gastos de transporte que superen las tarifas de clase económica.

Estos beneficios solo están disponibles cuando la persona cubierta es el receptor de un trasplante de órganos/tejido. Los gastos de viaje del donante vivo designado para un receptor cubierto están cubiertos sujetos a las mismas condiciones y limitaciones mencionadas arriba. Los cargos por los gastos del acompañante de un donante no están cubiertos. No se brindan beneficios cuando la persona cubierta es donante.

HC-COV482

12-15

Productos farmacéuticos médicos

El plan cubre los cargos incurridos por Productos farmacéuticos médicos que se administren en un establecimiento para pacientes internados, un establecimiento para pacientes ambulatorios, el consultorio de un Médico o el hogar de una persona cubierta.

Los beneficios en virtud de esta sección se brindan únicamente para los Productos farmacéuticos médicos que, debido a sus características (según lo determine Cigna) deban ser administrados por un Médico calificado, o cuya administración deba ser supervisada directamente por dicho profesional. Los beneficios pagaderos conforme a esta sección incluyen los Productos farmacéuticos médicos cuya administración pueda requerir inicialmente o comúnmente la supervisión de un Médico, pero que puedan autoadministrarse en determinadas condiciones especificadas en la etiqueta de la FDA del producto.

Determinados Productos farmacéuticos médicos están sujetos a requisitos de autorización previa u otras condiciones de cobertura. Asimismo, determinados Productos farmacéuticos médicos están sujetos a requisitos de tratamiento escalonado. Esto significa que, a fin de recibir beneficios para esos Productos farmacéuticos médicos, primero debe probar un

Producto farmacéutico médico y/o un Producto farmacológico con receta diferente.

El Equipo de decisiones comerciales de Cigna determina si deben aplicarse a un Producto farmacéutico médico requisitos de administración de la utilización u otras condiciones de cobertura teniendo en cuenta diversos factores, que incluyen factores clínicos y económicos, entre otros. Los factores clínicos pueden incluir, a modo de ejemplo, las evaluaciones del Comité de P&T del lugar en el tratamiento, la seguridad relativa o la eficacia relativa de los Productos farmacéuticos médicos, como también si deben aplicarse requisitos de administración de la utilización. Los factores económicos pueden incluir, a modo de ejemplo, el costo de los Productos farmacéuticos médicos, incluidas las evaluaciones de la relación costo-beneficio de los Productos farmacéuticos médicos y los reembolsos disponibles. Al considerar qué cobertura se le dará a un Producto farmacéutico médico, el Equipo de decisiones de negocios revisa los factores clínicos y económicos relativos a los miembros como una población general en su cartera de clientes. Sin importar su elegibilidad para recibir cobertura conforme a su plan, usted (o su Dependiente) y el Médico que le recete medicamentos determinarán si un Producto farmacológico con receta en particular es apropiado para usted o alguno de sus Dependientes.

Los criterios de cobertura para un Producto farmacéutico médico pueden cambiar periódicamente por varios motivos. Por ejemplo, un Producto farmacéutico médico puede ser retirado del mercado, puede agregarse un nuevo Producto farmacéutico médico perteneciente a la misma clase de tratamiento terapéutico que un Producto farmacéutico médico o pueden producirse otros hechos relacionados con el mercado. Los hechos relacionados con el mercado que pueden afectar la cobertura que se le dará a un Producto farmacéutico médico incluyen, a modo de ejemplo, un aumento en el costo de un Producto farmacéutico médico.

HC-COV526

10-16

Beneficios de medicamentos con receta

El Programa

Para usted y para sus Dependientes

Este plan brinda beneficios de Medicamentos con receta para Productos farmacológicos con receta brindados por Farmacias según lo detallado en este Programa. Para recibir beneficios de Medicamentos con receta, es probable que usted y sus Dependientes deban pagar un Deducible, Copago o Coseguro por los Gastos cubiertos de los Productos farmacológicos con receta.

Según corresponda, su pago del Deducible o Coseguro se basará en el Cargo de medicamentos con receta del Plan cuando la Farmacia sea una Farmacia de la red.

Coseguro

El término Coseguro significa el porcentaje de los cargos de Productos farmacológicos con receta cubiertos que usted o su Dependiente deban pagar en virtud de este plan.

Gastos de desembolso

Los Gastos de desembolso son Gastos cubiertos incurridos en una Farmacia por Productos farmacológicos con receta para los cuales el Plan no proporciona ningún pago debido al factor Coseguro y a los Copagos o Deducibles. Cuando se alcanza el Desembolso máximo que aparece en el Programa, los beneficios son pagaderos al 100%.

DETALLES DE LOS BENEFICIOS	FARMACIA DE LA RED	FARMACIA NO PERTENECIENTE A LA RED
Desembolso máximo		
Individual	\$4,400 por persona	No corresponde
Individual + 1	\$6,600 por persona	No corresponde
Grupo familiar	\$8,800 por grupo familiar	No corresponde
Productos farmacológicos de mantenimiento		
Los Productos farmacológicos de mantenimiento pueden despacharse por un suministro para 90 días consecutivos como máximo por Receta médica o Renovación en una Farmacia designada minorista o una Farmacia de entrega a domicilio.		
Determinados Medicamentos de cuidado preventivo cubiertos por este plan y requeridos como parte de los servicios de cuidado preventivo (en www.healthcare.gov podrá encontrar información detallada) se pagarán al 100%, sin Copago ni Deducible, cuando se compran en una Farmacia de la red. Se requiere una receta escrita.		
<p>Nota:</p> <p>No incluye la cobertura para Flumist.</p> <p>Sin cargo únicamente para medicamentos para la diabetes con receta genéricos.</p> <p>Productos para dejar de fumar: Incluye Chantix, Zyban, Wellbutrin y terapias de reemplazo de la nicotina (NRT, por sus siglas en inglés). Sin cargo. Máximo ilimitado por año de contrato.</p>		

DETALLES DE LOS BENEFICIOS		FARMACIA DE LA RED	FARMACIA NO PERTENECIENTE A LA RED
Productos farmacológicos con receta en Farmacias minoristas		La cantidad que usted paga por un suministro para 30 días consecutivos como máximo en una Farmacia de la red	La cantidad que usted paga por un suministro para 30 días consecutivos como máximo en una Farmacia no perteneciente a la red
Determinados Productos farmacológicos con receta de especialidad solo están cubiertos cuando los suministra una Farmacia de entrega a domicilio, después de 1 despacho del Producto farmacológico con receta de especialidad en una Farmacia minorista.			
Nivel 1 Medicamentos genéricos de la Lista de medicamentos con receta		Sin cargo después de un copago de \$10, límite máximo de 100 comprimidos/cápsulas	Cobertura únicamente Dentro de la red
Nivel 2 Medicamentos de marca designados como preferidos en la Lista de medicamentos con receta		El 30%, sujeto a un mínimo de \$30 y un máximo de \$60, luego se aplica un límite máximo de 100 comprimidos/cápsulas	Cobertura únicamente Dentro de la red
Nivel 3 Medicamentos de marca designados como no preferidos en la Lista de medicamentos con receta		El 50%, sujeto a un mínimo de \$50 y un máximo de \$150, luego se aplica un límite máximo de 100 comprimidos/cápsulas	Cobertura únicamente Dentro de la red
Productos farmacológicos con receta en Farmacias designadas minoristas		La cantidad que usted paga por un suministro para 90 días consecutivos como máximo en una Farmacia designada	La cantidad que usted paga por un suministro para 90 días consecutivos como máximo en una Farmacia no designada
Determinados Productos farmacológicos con receta de especialidad solo están cubiertos cuando los suministra una Farmacia de entrega a domicilio, después de 1 despacho del Producto farmacológico con receta de especialidad en una Farmacia minorista.			
Los Productos farmacológicos con receta de especialidad tienen un límite de un suministro para 30 días consecutivos como máximo por Receta médica o Renovación.			
Nota: En este contexto, una Farmacia designada minorista es una Farmacia de la red minorista que ha celebrado contrato con Cigna para despachar Productos farmacológicos con receta cubiertos, incluidos Medicamentos de mantenimiento, en suministros para 90 días por Receta médica o Renovación.			
Nivel 1 Medicamentos genéricos de la Lista de medicamentos con receta		Sin cargo después del copago de \$20	Cobertura únicamente Dentro de la red
Nivel 2 Medicamentos de marca designados como preferidos en la Lista de medicamentos con receta		El 30%, sujeto a un mínimo de \$60 y un máximo de \$120, luego el Plan paga el 100%	Cobertura únicamente Dentro de la red
Nivel 3 Medicamentos de marca designados como no preferidos en la Lista de medicamentos con receta		El 50%, sujeto a un mínimo de \$100 y un máximo de \$300, luego el Plan paga el 100%	Cobertura únicamente Dentro de la red

DETALLES DE LOS BENEFICIOS	FARMACIA DE LA RED	FARMACIA NO PERTENECIENTE A LA RED
Productos farmacológicos con receta en Farmacias de entrega a domicilio	La cantidad que usted paga por un suministro para 90 días consecutivos como máximo en una Farmacia de la red	La cantidad que usted paga por un suministro para 90 días consecutivos como máximo en una Farmacia no perteneciente a la red
Los Productos farmacológicos con receta de especialidad tienen un límite de un suministro para 30 días consecutivos como máximo por Receta médica o Renovación, y están sujetos al mismo Copago o Coseguro que se aplica a las Farmacias minoristas.		
Nivel 1 Medicamentos genéricos de la Lista de medicamentos con receta	Sin cargo después del copago de \$20	Cobertura únicamente Dentro de la red
Nivel 2 Medicamentos de marca designados como preferidos en la Lista de medicamentos con receta	El 30%, sujeto a un mínimo de \$60 y un máximo de \$120, luego el Plan paga el 100%	Cobertura únicamente Dentro de la red
Nivel 3 Medicamentos de marca designados como no preferidos en la Lista de medicamentos con receta	El 50%, sujeto a un mínimo de \$100 y un máximo de \$300, luego el Plan paga el 100%	Cobertura únicamente Dentro de la red

Beneficios de medicamentos con receta

Gastos cubiertos

Su plan brinda beneficios para los Productos farmacológicos con receta suministrados por una Farmacia. Los detalles sobre los Gastos cubiertos, las limitaciones y exclusiones de su plan se brindan a continuación y se muestran en el Programa.

Si usted o alguno de sus Dependientes, mientras cuentan con la cobertura de beneficios de Productos farmacológicos con receta, incurren en gastos por cargos cobrados por una Farmacia por Productos farmacológicos con receta Medicamento necesarios indicados por un Médico, Cigna brindará cobertura para dichos gastos según lo detallado en el Programa. Sus beneficios pueden variar según el nivel de la Lista de medicamentos con receta en el cual esté incluido el Producto farmacológico con receta o la Farmacia que proporcione el Producto farmacológico con receta.

La cobertura en virtud de los Beneficios de medicamentos con receta de su plan también incluye Productos farmacológicos con receta Medicamento necesarios indicados a través de una Receta médica o Renovación emitida a usted o sus Dependientes por un dentista con licencia para prevenir una infección o el dolor en forma conjunta con un procedimiento dental.

Cuando se les expida a usted o a un Dependiente una Receta médica o Renovación por Productos farmacológicos con receta Medicamento necesarios como parte de la prestación de Servicios de emergencia, y Cigna determine que dicha receta no puede ser razonablemente despachada por una Farmacia de la red, la receta será cubierta por Cigna como si hubiese sido despachada por una Farmacia de la red. Su pago se basará en el cargo Usual y habitual presentado por la Farmacia no perteneciente a la red.

Administración de la Lista de medicamentos con receta

La Lista de medicamentos con receta (o formulario) ofrecida por el plan de su Empleador es administrada por el Equipo de decisiones comerciales de Cigna. Los niveles de cobertura de la Lista de medicamentos con receta de su plan puede contener Productos farmacológicos con receta que sean Medicamentos genéricos, Medicamentos de marca o Productos farmacológicos con receta de especialidad. El Equipo de decisiones comerciales realiza la asignación final de un Producto farmacológico con receta a un determinado nivel de cobertura de la Lista de medicamentos con receta y decide si deben aplicarse requisitos de administración de la utilización u otras condiciones de cobertura a un Producto farmacológico con receta teniendo en cuenta varios factores, que incluyen factores clínicos y económicos, entre otros. Los factores clínicos pueden incluir, a modo de ejemplo, las evaluaciones del lugar de terapia, la seguridad relativa o la eficacia relativa del Producto farmacológico con receta por parte del Comité de P&T, como también si deben aplicarse determinados límites de suministro u otros requisitos de administración de la

utilización. Los factores económicos pueden incluir, a modo de ejemplo, el costo de adquisición del Producto farmacológico con receta, incluidas a modo de ejemplo, las evaluaciones de la relación costo-beneficio del Producto farmacológico con receta y los reembolsos disponibles.

Al evaluar un Producto Farmacológico con receta para determinar su colocación en un nivel de la Lista de medicamentos con receta u otras condiciones de cobertura, el Equipo de decisiones comerciales revisa los factores clínicos y económicos relativos a los miembros como una población general en su cartera de clientes. Sin importar su elegibilidad para recibir cobertura conforme al plan, usted (o su Dependiente) y el Médico que le recete medicamentos determinarán si un Producto farmacológico con receta en particular es apropiado para usted o alguno de sus Dependientes.

La condición de cobertura de un Producto farmacológico con receta puede cambiar periódicamente por varios motivos. Por ejemplo, un Producto farmacológico con receta puede ser retirado del mercado, puede agregarse un nuevo Producto farmacológico con receta perteneciente a la misma clase terapéutica que un Producto farmacológico con receta o pueden producirse otros hechos relacionados con el mercado. Los hechos relacionados con el mercado que pueden afectar la condición de cobertura de un Producto farmacológico con receta incluyen, a modo de ejemplo, un aumento en el costo de adquisición de un Producto farmacológico con receta. Como resultado de cambios en la cobertura, a los fines de los beneficios, es posible que el plan le exija que pague más o menos por ese Producto farmacológico con receta, que lo obtenga de determinada(s) Farmacia(s) para tener cobertura o que pruebe otro(s) Producto(s) farmacológico(s) con receta cubierto(s). Acceda a Internet a través del sitio web que aparece en su tarjeta de identificación o llame a servicios a los miembros al número de teléfono impreso en su tarjeta de identificación para informarse sobre el nivel más actualizado, la administración de la utilización u otras limitaciones de cobertura para un Producto farmacológico con receta.

HC-PHR136

10-16

Limitaciones

Si usted o su Dependiente o su Médico insisten en comprar un Medicamento de marca más costoso cuando hay un Medicamento genérico disponible, deberá pagar la diferencia de costo entre el Medicamento de marca y el Medicamento genérico, más el Copago y/o Coseguro para Medicamentos de marca que corresponda. La diferencia de costo entre el Medicamento de marca y el Medicamento genérico no se aplicará a su Deducible, si lo hubiera, ni al Desembolso máximo.

Requisitos de autorización previa

Para tener cobertura para determinados Productos farmacológicos con receta que le hayan recetado, su Médico deberá obtener autorización previa de Cigna o su Organización de revisión. El motivo por el que debe obtenerse la autorización previa de Cigna es determinar si el Producto farmacológico con receta es Medicamento necesario de conformidad con los criterios de cobertura de Cigna.

Los criterios de cobertura para un Producto farmacológico con receta pueden variar según el uso clínico para el cual se presente la Receta médica o Renovación, y pueden cambiar periódicamente en función de cambios en las pautas clínicas o los estándares de práctica, o factores del mercado, entre otras cosas.

Si Cigna o su Organización de revisión revisa la documentación proporcionada y determina que el Producto farmacológico con receta no es Medicamento necesario o está excluido por otro motivo, su plan no cubrirá el Producto farmacológico de venta sin receta médica. Cigna, o su Organización de revisión, no revisará los reclamos para Productos farmacológicos con receta excluidos u otros servicios para determinar si son Medicamentos necesarios, a menos que lo exija la ley.

Cuando se despachen en una Farmacia Productos farmacológicos con receta que requieren autorización previa, usted o el Médico que le recete medicamentos deberán obtener autorización previa de Cigna. Si no obtiene nuestra autorización previa antes de que la Farmacia despache el Producto farmacológico con receta, puede pedirnos que consideremos un reembolso después de que usted pague y reciba el Producto farmacológico con receta. Deberá pagar el Producto farmacológico con receta en la Farmacia antes de presentar la solicitud de reembolso.

Cuando presente un reclamo por este motivo, deberá presentar un reclamo en papel usando el formulario que aparece en el sitio web indicado en su tarjeta de identificación.

Si una solicitud de autorización previa es aprobada, su Médico recibirá una confirmación. La autorización será procesada en el sistema de reclamos para permitirle tener cobertura para el Producto farmacológico con receta. La duración de la autorización puede depender del diagnóstico y del Producto farmacológico con receta. La autorización estará sujeta, en todo momento, a los términos de cobertura del plan para el Producto farmacológico con receta, los cuales pueden cambiar de tanto en tanto. Cuando su Médico le avise que se ha aprobado la cobertura para el Producto farmacológico con receta, podrá comunicarse con la Farmacia para que le despachen la Receta médica o la Renovación cubierta.

Si no se aprueba la solicitud de autorización previa, se les notificará a usted y a su Médico que la cobertura para el Producto farmacológico con receta no fue autorizada. Si no está de acuerdo con una decisión con respecto a la cobertura,

puede apelar dicha decisión de conformidad con las disposiciones del plan, para lo cual deberá presentar una solicitud por escrito en la que indique por qué debería cubrirse el Producto farmacológico con receta.

Límites de suministro

Los beneficios para Productos farmacológicos con receta están sujetos a los límites de suministro que se detallan en el Programa. Para una única Receta médica o Renovación, es posible que reciba un Producto farmacológico con receta hasta el límite de suministro indicado.

Algunos productos están sujetos a límites de suministro, límites de cantidad o límites de dosis adicionales, según los criterios de cobertura que se hayan aprobado conforme a la evaluación de los hallazgos clínicos del Comité de P&T. Los criterios de cobertura están sujetos a revisión y modificación periódica. El límite puede restringir la cantidad despachada por Receta médica o Renovación y/o la cantidad despachada por suministro mensual, o puede exigir que se despache una cantidad mínima.

Puede determinar si a un Producto farmacológico con receta en particular se le ha asignado un límite de suministro para el despacho o un límite o requisito similar en el sitio web que aparece en su tarjeta de identificación o llamando a servicios a los miembros al número de teléfono impreso en su tarjeta de identificación.

Productos farmacológicos con receta de especialidad

Se brindan beneficios para Productos farmacológicos con receta de especialidad. Si usted necesita Productos farmacológicos con receta de especialidad, es posible que le indiquen que vaya a una Farmacia designada con la cual Cigna tenga convenio para proporcionar esos Productos farmacológicos con receta de especialidad.

Farmacias designadas

Si necesita determinados Productos farmacológicos con receta, incluidos a modo de ejemplo, Productos farmacológicos con receta de especialidad, es posible que le indiquemos que vaya a una Farmacia designada con la cual tengamos convenio para proporcionar esos Productos farmacológicos con receta. Si le indican que vaya a una Farmacia designada y usted opta por no obtener su Producto farmacológico con receta en una Farmacia designada, es posible que no reciba cobertura para el Producto farmacológico con receta o que esté sujeto al Beneficio de farmacia no perteneciente a la red, si lo hubiera, para ese Producto farmacológico con receta. Consulte el Programa para obtener más información.

Nuevos Productos farmacológicos con receta

El Equipo de decisiones comerciales puede o no colocar un nuevo Producto farmacológico con receta en un nivel de la Lista de medicamentos con receta cuando este empiece a comercializarse. El Equipo de decisiones comerciales hará lo que esté razonablemente a su alcance para tomar una decisión

sobre la colocación en un nivel de un nuevo Producto farmacológico con receta dentro de los seis meses siguientes a su disponibilidad en el mercado. La decisión de colocación en un nivel del Equipo de decisiones comerciales se basará en la evaluación del nuevo Producto farmacológico con receta por parte del Comité de P&T y factores económicos, entre otras cosas. Si un nuevo Producto farmacológico con receta que no está incluido en la Lista de medicamentos con receta en el ínterin es aprobado por Cigna o su Organización de revisión por ser Medicamento necesario, el nuevo Producto farmacológico con receta estará cubierto según el nivel de cobertura aplicable indicado en el Programa.

HC-PHR137

10-16
VI

Sus pagos

Los Productos farmacológicos con receta cubiertos adquiridos en una Farmacia se encuentran sujetos a cualquier Deducible, Copago o Coseguro indicado en el Programa. Consulte el Programa para informarse sobre cualquier Copago, Coseguro, Deducible o Desembolso máximo requerido.

Cuando un régimen de tratamiento contiene más de un tipo de Productos farmacológicos con receta incluidos en un mismo paquete para su comodidad o la de su Dependiente, es posible que se aplique cualquier Copago o Coseguro aplicable a cada Producto farmacológico con receta.

Cualquier Producto farmacológico con receta que no esté incluido en la Lista de medicamentos con receta no excluido por otro motivo y que Cigna o su Organización de revisión aprueben por ser Medicamento necesario estará cubierto según el nivel de cobertura aplicable indicado en el Programa.

La cantidad que usted o su Dependiente paguen por cualquier Producto farmacológico con receta u otro producto o servicio excluido no se incluirá al calcular cualquier Desembolso máximo del plan aplicable. Usted deberá pagar el 100% del costo (la cantidad que la Farmacia le cobre) por cualquier Producto farmacológico con receta u otro producto excluido, y no podrá acceder a ningún Cargo de medicamentos con receta negociado.

HC-PHR234

09-17

Exclusiones

Las exclusiones de la cobertura que aparecen en la sección “Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones generales” también se aplican a los beneficios para Productos farmacológicos con receta. Asimismo, las exclusiones que se enumeran a continuación se aplican a los beneficios para Productos farmacológicos con receta. Cuando una exclusión o limitación se aplica solo a determinados Productos farmacológicos con receta, usted puede acceder a Internet a

través del sitio web que aparece en su tarjeta de identificación o llamar a servicios a los miembros al número de teléfono impreso en su tarjeta de identificación para obtener información sobre qué Productos farmacológicos con receta están excluidos.

- La cobertura de Productos farmacológicos con receta por una cantidad despachada (días de suministro) que supera el límite de suministro aplicable o es inferior a cualquier suministro mínimo aplicable indicado en el Programa, o que supera uno o más límites de cantidad o límites de dosis establecidos por el Comité de P&T.
- Más de una Receta médica o Renovación para determinado período de suministro de recetas para el mismo Producto farmacológico con receta recetado por uno o más Médicos y despachado por una o más Farmacias.
- Productos farmacológicos con receta despachados fuera de la jurisdicción de los Estados Unidos, salvo que se requieran para un tratamiento de emergencia o Cuidado de urgencia.
- Productos farmacológicos con receta recetados, despachados o que deba tomar o que se le deban administrar mientras sea paciente en un Hospital con licencia, Centros de cuidados especiales, un hogar de ancianos, centros de rehabilitación u otra institución similar, que opere o permita que opere en su establecimiento instalaciones para despachar productos farmacéuticos.
- Productos farmacológicos con receta suministrados por el gobierno local, estatal o federal (salvo una Farmacia de la red perteneciente a un gobierno local, estatal o federal u operada por este).
- Suministros con y sin receta, a excepción de los suministros cubiertos como Productos farmacológicos con receta.
- Medicamentos que se utilicen con fines estéticos, incluidos a modo de ejemplo, medicamentos para reducir las arrugas, para estimular el crecimiento del cabello, así como medicamentos para controlar la transpiración y cremas para reducir las manchas de la piel, salvo si son inyectables.
- Productos farmacológicos con receta como reemplazo de un Producto farmacológico con receta despachado previamente que se haya perdido, o haya sido robado, roto o destruido.
- Productos farmacéuticos médicos cubiertos exclusivamente por los beneficios médicos del plan.
- Productos farmacológicos con receta, salvo los medicamentos inyectables, usados para el tratamiento de una disfunción sexual masculina o femenina, que incluye, a modo de ejemplo, disfunción eréctil, eyaculación tardía, anorgasmia, trastorno de deseo sexual hipoactivo y disminución de la libido.
- Cualquier ingrediente de un Productos farmacológico con receta compuesto que no haya sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos.

- Medicamentos que no requieren una Receta médica o Renovación en virtud de la ley federal o estatal antes de su despacho, a menos que la ley estatal o federal exija la cobertura de esos medicamentos o que el medicamento de venta sin receta médica haya sido designado como elegible para tener cobertura como si se tratara de un Producto farmacológico con receta.
- Determinados Productos farmacológicos con receta que sean un Equivalente terapéutico o una Alternativa terapéutica a uno o más medicamentos de venta sin receta médica, o que estén disponibles en una forma de venta sin receta médica. Dichas determinaciones de cobertura podrán efectuarse periódicamente, y los beneficios para un Producto farmacológico con receta que anteriormente estaba excluido conforme a esta disposición pueden restablecerse en cualquier momento.
- Cualquier producto que se utilice principalmente como fuente de nutrición, suplemento nutricional o para el manejo de una enfermedad a través de la alimentación, incluso cuando se use para el tratamiento de una Enfermedad o Lesión, a menos que la ley federal o estatal exija la cobertura de dicho(s) producto(s).
- Agentes inmunizantes, productos biológicos para inmunización para la alergia, sueros biológicos, sangre, plasma sanguíneo y otros derivados hematológicos o fracciones sanguíneas y medicamentos usados para profilaxis en caso de viaje.
- Determinados Productos farmacológicos con receta que sean un Equivalente terapéutico o una Alternativa terapéutica a otro(s) Producto(s) farmacológico(s) con receta. Dichas determinaciones de cobertura podrán efectuarse periódicamente, y los beneficios para un Producto farmacológico con receta que anteriormente estaba excluido conforme a esta disposición pueden restablecerse en cualquier momento.
- Medicamentos experimentales, que se encuentren en investigación o no comprobados según se describe en la sección “Exclusiones y limitaciones generales” del certificado de su plan.

HC-PHR139

10-16
V4M

Reembolso/presentación de reclamos

Farmacia minorista

Cuando usted o sus Dependientes compren sus Productos farmacológicos con receta a través de una Farmacia de la red minorista, usted deberá pagar al momento de la compra cualquier Copago, Coseguro o Deducible aplicable según lo detallado en el Programa. No es necesario que presente un formulario de reclamo, a menos que compre un Producto farmacológico con receta en una Farmacia no perteneciente a la red.

Farmacia con entrega a domicilio

Para comprar Productos farmacológicos con receta en una Farmacia de la red con entrega a domicilio, consulte su paquete introductorio sobre medicamentos de entrega a domicilio para obtener detalles, o comuníquese con servicios a los miembros para solicitar asistencia.

HC-PHR140

10-16

Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones generales

Exclusiones y gastos no cubiertos

En el Programa se detallan limitaciones adicionales a la cobertura determinadas por el plan o el tipo de proveedor. El pago de los siguientes conceptos queda específicamente excluido de este plan:

- Cuidado de afecciones médicas que deben tratarse en centros públicos según lo exigido por la ley estatal o local.
- Cuidado que debe ser brindado por un sistema escolar público o un distrito escolar según lo exigido por la ley estatal o federal.
- Cuidado de incapacidades relativas al servicio militar que puedan tratarse a través de servicios gubernamentales si usted tiene derecho a recibir dicho tratamiento en virtud de la ley y hay centros disponibles desde un punto de vista razonable.
- Tratamiento de una Enfermedad o Lesión como consecuencia de una guerra, declarada o no declarada.
- Cargos por los que no está obligado a pagar, por los que no recibirá una factura o por los que no le habrían facturado a excepción que estuvieran cubiertos por este plan. Por ejemplo, si Cigna determina que un proveedor o una Farmacia lo han eximido del pago de una parte de sus cargos y/o una parte de las cantidades del Copago, Deducible y/o Coseguro que usted debe pagar por un Gasto cubierto (como se muestra en el Programa) sin el consentimiento expreso de Cigna, o las ha reducido o perdonado, Cigna tendrá derecho, a su entera discreción, a denegar el pago de beneficios en relación con el Gasto cubierto, o reducir los beneficios en proporción a las cantidades del Copago, Deducible y/o Coseguro que se hayan eximido, perdonado o reducido, sin importar si el proveedor o la farmacia manifiestan que usted sigue siendo responsable de las cantidades que su plan no cubra. En ejercicio de esa discreción, Cigna tendrá derecho a exigirle que proporcione a Cigna prueba suficiente de que usted ha realizado el pago requerido de su parte del costo compartido antes del pago de cualquier beneficio por parte de Cigna. Esta exclusión incluye, a modo de ejemplo, los cargos de un Proveedor no participante que ha aceptado cobrarle o le ha cobrado según un nivel de beneficios dentro

de la red u otro nivel de beneficios que, de lo contrario, no se aplicaría a los servicios recibidos.

- Los cargos que surjan de cualquier violación de una ley estatal o federal relacionada con el cuidado de la salud o que guarden relación con una violación de esta naturaleza, o que sean en sí mismos una violación de una ley estatal o federal relacionada con el cuidado de la salud.
- Asistencia con las actividades cotidianas entre las que se incluyen, a modo de ejemplo, comer, bañarse, vestirse u otras actividades de Servicio de custodia o de cuidado personal, servicios domésticos y servicios que sean principalmente para descanso, cuidado en el hogar o de convalecencia.
- En relación con servicios experimentales, de investigación o de eficacia no comprobada.

Los servicios experimentales, en investigación y no comprobados son: tecnologías, suministros, tratamientos, procedimientos, tratamientos o dispositivos farmacológicos o biológicos para fines médicos, quirúrgicos, de diagnóstico, psiquiátricos, para trastornos de consumo de sustancias, u otros fines relacionados con el cuidado de la salud que el Médico de revisión de la utilización determine que:

- no han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos u otra agencia reguladora pertinente para su comercialización legal;
- su seguridad y eficacia para el tratamiento o diagnóstico de la afección o Enfermedad para la cual se proponen no han sido probadas mediante la literatura científica existente basada en evidencias y revisada por colegas médicos;
- están sujetos a revisión o aprobación por una Junta de revisión institucional para el uso propuesto, a excepción de lo dispuesto en la sección “Estudios clínicos” de este plan; o
- están sujetos a un estudio clínico de fase I, II o III en curso, a excepción de los costos de cuidados de rutina de los pacientes relacionados con estudios clínicos calificados, según lo dispuesto en la sección “Estudios clínicos” de este plan.

Para determinar si los tratamientos farmacológicos o Biológicos son experimentales, se encuentran en investigación o no están comprobados, el Médico de revisión de la utilización podrá revisar, sin limitación, las etiquetas aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, los compendios de referencia médica estándar y la literatura científica basada en evidencias y revisada por colegas médicos.

- Cirugía y tratamientos estéticos. Se designa cirugía o tratamiento estético a la cirugía o el tratamiento realizados para mejorar o alterar la apariencia o la autoestima.

- Los siguientes servicios se excluyen de la cobertura, sin importar las indicaciones clínicas: cirugías en caso de macromastia o ginecomastia; cirugía de la pared abdominal; paniculectomía; rinoplastia; cirugía para retirar piel sobrante; extirpación de papilomas cutáneos; acupresión; terapia cráneo-sacral/craneal; danzaterapia y terapia del movimiento; kinesiología aplicada; *rolfing* (masaje de tejido conectivo); proloterapia; y litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL, por sus siglas en inglés) para afecciones musculoesqueléticas y ortopédicas.
- Tratamiento dental de los dientes, las encías o las estructuras que soportan directamente los dientes, que incluye radiografías dentales, exámenes, reparaciones, ortodoncia, periodoncia, moldes, férulas y servicios para maloclusión dental, por cualquier afección. Los cargos cobrados por servicios o suministros brindados por una lesión accidental de una pieza dental o en relación con dicha lesión están cubiertos siempre que se inicie un plan continuo de tratamiento dental dentro de los seis meses del accidente.
- Servicios médicos y quirúrgicos, iniciales y repetidos, que sirvan para el tratamiento o control de la obesidad, excepto para la obesidad clínicamente grave (patológica) según se describe en los Gastos cubiertos, que incluyen: servicios médicos y quirúrgicos para alterar la apariencia o cambios físicos que sean el resultado de cualquier cirugía realizada para el control de la obesidad o la obesidad clínicamente grave (patológica); y programas o tratamientos para bajar de peso, ya sean recetados o recomendados por un Médico o que se realicen bajo supervisión médica.
- A menos que este plan los cubra de otra manera, por informes, evaluaciones y exámenes físicos u hospitalizaciones que no sean necesarios por razones de salud, que incluyen, a modo de ejemplo, las licencias de empleo, seguro o gubernamentales, y evaluaciones ordenadas por un juzgado, forenses o de custodia.
- Hospitalización o tratamiento ordenado por un juzgado, a menos que tal tratamiento sea recetado por un Médico y se encuentre en la lista de conceptos cubiertos por este plan.
- Cualquier servicio o suministro para el tratamiento de la disfunción sexual masculina o femenina, que incluyen, a modo de ejemplo, el tratamiento de la disfunción eréctil (incluye implantes peneanos), anorgasmia y eyaculación precoz.
- El cuidado y los costos médicos y hospitalarios para el bebé de un Dependiente, a menos que el bebé cumpla con los requisitos exigidos por este plan.
- Asesoría o servicios auxiliares no médicos, que incluyen, a modo de ejemplo, los Servicios de custodia, servicios educativos, asesoría vocacional, servicios de capacitación y rehabilitación, entrenamiento del comportamiento, biorretroalimentación, neuroretroalimentación, hipnosis, terapia del sueño, servicios de retorno al trabajo, programas de reentrenamiento para el trabajo y cursos de seguridad vial.

- Terapia o tratamiento destinado principalmente a mejorar o mantener la condición física general o con el propósito de mejorar el desempeño laboral, escolar, atlético o recreativo, que incluye, a modo de ejemplo, los cuidados de rutina, a largo plazo o de mantenimiento que se proporcionan luego de la solución de un problema médico agudo y cuando no se espera una mejora terapéutica significativa.
- Suministros médicos de consumo que no sean materiales para estoma o catéteres urinarios. Los suministros no cubiertos incluyen, a modo de ejemplo, vendajes y otros artículos médicos desechables, preparaciones cutáneas y tiras reactivas, excepto según se especifica en las secciones “Servicios de salud en el hogar” o “Reconstrucción y prótesis de senos” de este plan.
- Las habitaciones privadas del Hospital y/o el cuidado de enfermería privada, a excepción de lo dispuesto en “Servicios de salud en el hogar”.
- Artículos personales o para hacer la vida más cómoda, como los juegos de cuidado personal que se ofrecen al ser admitido en un Hospital, televisión, teléfono, fotografías de recién nacidos, comidas de cortesía, avisos de nacimiento y otros artículos que no se utilizan para el tratamiento específico de una Enfermedad o Lesión.
- Elementos artificiales de asistencia, que incluyen, a modo de ejemplo, calzado ortopédico, plantillas anatómicas, medias elásticas, portalligas, corsés, dentaduras postizas y pelucas.
- Aparatos auditivos, que incluyen, a modo de ejemplo, dispositivos semiimplantables para la audición, aparatos auditivos de implante óseo y aparatos auditivos implantados en el hueso (BAHA, por sus siglas en inglés). Un aparato auditivo es cualquier tipo de dispositivo que amplifique el sonido.
- Ayudas o dispositivos que ayudan en la comunicación no verbal, entre ellos tableros de comunicación, dispositivos para hablar pregrabados, computadoras portátiles, computadoras de escritorio, asistentes digitales personales (PDA, por sus siglas en inglés), máquinas para escribir en Braille, sistemas de alerta visual para sordos y libros para la memoria.
- Lentes y marcos de anteojos y lentes de contacto (excepto por el primer par de lentes de contacto para el tratamiento de queratocono o cirugía postcataratas).
- Refracción de rutina, ejercicios oculares y tratamiento quirúrgico para la corrección de un error de refracción, incluida una queratotomía radial.
- Tratamiento por acupuntura.
- Todos los medicamentos con receta no inyectables, a menos que se necesite la supervisión de un Médico o que un Médico los administre, los medicamentos con receta inyectables en la medida que no necesiten la supervisión de un Médico y se consideren comúnmente medicamentos autoadministrados, los medicamentos sin receta, y los medicamentos de carácter experimental o en investigación, a excepción de lo que se especifica en este plan.
- Cuidado de rutina de los pies, que incluye el emparejamiento y la eliminación de callos o el recorte de uñas. Sin embargo, los servicios asociados con el cuidado de los pies en los casos de diabetes y enfermedad vascular periférica están cubiertos en caso de ser Médicamente necesarios.
- Costos o cuotas de membresías relacionadas con clubes deportivos, programas para bajar de peso y programas para dejar de fumar.
- Exámenes genéticos o exámenes genéticos de preimplantación. El diagnóstico genético general basado en la población es un método de prueba que se realiza cuando no hay ningún síntoma o ningún factor de riesgo significativo comprobado de enfermedades hereditarias de transmisión genética.
- Implantes dentales por cualquier afección.
- Pagos relacionados con la obtención o donación de sangre o derivados hematológicos, excepto para la donación autóloga cuando se prevén con anticipación ciertos servicios programados, cuando a criterio del Médico de revisión de la utilización la probabilidad de la pérdida de sangre en exceso es tal que se espera que la cirugía traiga aparejada una transfusión.
- Administración de sangre con el propósito de mejorar el estado físico general.
- Costos de sustancias biológicas, ya sean vacunas o medicamentos para propósitos de viajes o para protegerse de riesgos y peligros ocupacionales.
- Cosméticos, suplementos alimenticios, y productos para la salud y belleza.
- Todos los suplementos y fórmulas nutricionales, excepto la fórmula para lactantes necesaria para el tratamiento de errores innatos del metabolismo.
- El tratamiento médico de una persona a partir de los 65 años, que está cubierta por este plan como jubilado, o sus Dependientes, cuando el pago no sea aprobado por el plan Medicare porque el tratamiento fue suministrado por un Proveedor no participante.
- Tratamiento médico cuando el pago sea denegado por un Plan primario porque el tratamiento fue brindado por un proveedor no participante.
- En relación con una Lesión o Enfermedad que surja con motivo de cualquier trabajo por un sueldo o ganancias, o durante su desempeño.
- Consultas por teléfono, correo electrónico e Internet, y telemedicina.
- Cargos por la prestación de servicios médicos y relacionados con la salud mediante tecnologías de telecomunicaciones, incluidos el teléfono e Internet, a menos que se brinden según lo descrito específicamente en la sección Gastos cubiertos.
- Terapia de masaje.

- Aborto, a menos que un Médico certifique por escrito que el embarazo podría poner en peligro la vida de la madre, o que los gastos se incurran para tratar complicaciones médicas derivadas del aborto.
- Los cargos cobrados por el tratamiento no quirúrgico de la disfunción de la articulación temporomandibular.

Limitaciones generales

No se pagarán los gastos incurridos por usted ni por ninguno de sus Dependientes:

- Por cargos cobrados por un Hospital que sea propiedad del Gobierno de los Estados Unidos, que sea operado por este Gobierno, o que brinde cuidados u ofrezca servicios para el Gobierno de los Estados Unidos, si dichos cargos tienen una relación directa con alguna Enfermedad o Lesión relativa al servicio militar.
- En la medida en que usted o cualquiera de sus Dependientes de alguna manera reciba un pago o tenga derecho a recibir un pago por esos gastos por medio de un programa público que no sea Medicaid.
- En la medida en que dicho pago sea ilegal donde resida la persona cuando se incurra en los gastos.
- Por cargos que no se hubieran cobrado si la persona no tuviera seguro.
- En la medida que sean mayores que los Cargos máximos reembolsables.
- En la medida de las exclusiones impuestas por cualquier requisito de certificación que se indique en este plan.
- Gastos por suministros, cuidado, tratamiento o cirugía que no sean Médicamente necesarios.
- Los cargos cobrados por cualquier proveedor cubierto que sea miembro de su familia o de la familia de su Dependiente.
- Gastos incurridos fuera de los Estados Unidos, a excepción de los gastos por cuidado de urgencia o atención de emergencia Médicamente necesarios mientras se encuentra de viaje en el exterior.
- Por servicios médicos y quirúrgicos destinados principalmente al tratamiento o el control de la obesidad, que no sean Médicamente necesarios. Los servicios excluidos incluyen, a modo de ejemplo: procedimientos para bajar de peso diseñados para restringir la capacidad de asimilar los alimentos, como *bypass* gástrico, globos gástricos, cableado de la mandíbula, grapado del estómago y *bypass* yeyunal.

Coordinación de beneficios

Esta sección se aplica si usted o alguno de sus Dependientes está cubierto por más de un Plan, y determina cómo se coordinarán los beneficios pagaderos por todos esos Planes. Deberá presentar todos los reclamos ante cada Plan.

La cobertura en virtud de este Plan más otro Plan no garantizará el reembolso del 100%.

Definiciones

A los fines de esta sección, los términos que aquí se detallan tienen los siguientes significados:

Plan

Cualquiera de los siguientes que brinda beneficios o servicios para atención o tratamiento médico:

- Seguro colectivo y/o cobertura de tipo colectivo, ya sea asegurada o autoasegurada, que no puede ser adquirida por el público en general ni es contratada en forma individual, incluida la cobertura cerrada de especialistas.
- Cobertura de Medicare y otros beneficios del gobierno según lo permitido por la ley, excepto Medicaid y las pólizas complementarias de Medicare.
- Cobertura de beneficios médicos colectivos, de tipo colectivo, y los contratos individuales de seguro médico para accidentes automovilísticos.

Cada Plan o parte de un Plan que tenga derecho a coordinar beneficios se considerará un Plan separado.

Plan cerrado de especialistas

El Plan que proporciona beneficios médicos o dentales principalmente en forma de servicios a través de un grupo de proveedores empleados o contratados, y que limita o excluye los beneficios brindados por los proveedores fuera del grupo, salvo en caso de emergencia o referencia por parte de un proveedor del grupo.

Plan primario

El Plan que determina y proporciona o paga sus beneficios sin tomar en cuenta la existencia de cualquier otro Plan.

Plan secundario

El Plan que determina y puede reducir sus beneficios después de tomar en cuenta los beneficios proporcionados o pagados por el Plan primario. El Plan secundario puede también recuperar del Plan primario el Valor en efectivo razonable de cualquier servicio que usted reciba en virtud del primero.

Valor en efectivo razonable

La cantidad que un proveedor de servicios de cuidado de la salud con la licencia adecuada normalmente cobra a los pacientes y que se encuentra dentro del margen de tarifas que otros proveedores de cuidado de la salud ubicados en la zona geográfica aledaña a aquella donde se prestó el servicio de cuidado de la salud normalmente cobran por el mismo servicio

prestado en circunstancias similares o comparables.

Reglas para determinar el orden de los beneficios

El Plan que no tenga una regla de coordinación de beneficios compatible con esta sección será siempre el Plan primario. Si el Plan tiene una regla de coordinación de beneficios compatible con esta sección, la primera de las siguientes reglas que se aplique a la situación es la que se debe utilizar:

- El Plan que cubre a una persona como miembro o como empleado será el Plan primario, y el Plan que lo cubre como Dependiente será el Plan secundario.
- Para un hijo Dependiente cuyos padres no están divorciados o separados legalmente, el Plan primario será el Plan que cubra al padre cuya fecha de nacimiento sea anterior en el año calendario.
- Para el Dependiente de padres divorciados o separados, los beneficios de los Dependientes se determinarán en el siguiente orden:
 - primero, si una orden judicial determina que uno de los padres es responsable de los gastos de cuidado de la salud o de la cobertura médica del menor, y el Plan para ese padre tiene conocimiento real de los términos de la orden, pero solo desde el momento en que tuvo conocimiento real;
 - luego, el Plan del padre que tenga la custodia del menor;
 - luego, el Plan del cónyuge del padre que tenga la custodia del menor;
 - luego, el Plan del padre que no tenga la custodia del menor; y
 - por último, el Plan del cónyuge del padre que no tenga la custodia del menor.
- El Plan que lo cubra como empleado activo (o como Dependiente de ese empleado) será el Plan primario, y el Plan que lo cubra como empleado cesante o jubilado (o como Dependiente de ese empleado) será el Plan secundario. Si el otro Plan no cuenta con una disposición similar y, como resultado, los Planes no pueden acordar la determinación del orden de los beneficios, este párrafo no se aplicará.
- El Plan que lo cubra en virtud del derecho de continuación establecido por las leyes federales o estatales será el Plan secundario, y el Plan que lo cubra como empleado activo o jubilado (o como Dependiente de ese empleado) será el Plan primario. Si el otro Plan no cuenta con una disposición similar y, como resultado, los Planes no pueden acordar la determinación del orden de los beneficios, este párrafo no se aplicará.
- Si uno de los Planes que le proporciona cobertura se emite fuera del estado cuyas leyes se aplican a esta Póliza y determina el orden de los beneficios según el sexo de uno de los padres, y como resultado, los Planes no están de acuerdo en cuanto a la determinación del orden de los beneficios, el Plan que contenga las normas sobre el sexo determinará el orden de los beneficios.

Si no se pudiese determinar el orden de los beneficios de acuerdo con ninguna de las normas previamente mencionadas, el Plan que lo ha cubierto durante el período más largo será considerado el Plan primario.

Cuando se coordinen beneficios con Medicare, este Plan se considerará Plan secundario y determinará los beneficios después de Medicare, en tanto lo permitan la Ley de Seguro Social de 1965, con sus modificaciones. No obstante, cuando más de un Plan sea secundario respecto de Medicare, a fin de determinar la manera en que se coordinarán los beneficios se aplicarán las normas de determinación de beneficios que se detallan precedentemente.

Efectos sobre los beneficios de este Plan

Si este Plan es el Plan secundario, los beneficios que serían pagaderos en virtud de este Plan en ausencia de Coordinación se reducirán en función de los beneficios pagaderos por todos los demás Planes para el gasto cubierto por este Plan.

Cuando un Plan brinda beneficios en forma de servicios, el Valor en efectivo razonable de cada servicio prestado se considerará un gasto incurrido y un beneficio pagadero.

Recuperación de beneficios en exceso

Si Cigna paga cargos por servicios y suministros que debería haber pagado el Plan primario, Cigna tendrá derecho a recuperar dichos pagos.

Cigna tendrá exclusiva discreción para solicitar tal reembolso a cualquier persona que haya recibido el servicio o el pago, o con respecto a la cual se haya brindado el servicio o efectuado el pago, por parte de cualquier compañía de seguros, cualquier plan de cuidado de la salud u otra organización. Si así lo solicitáramos, usted deberá confeccionar y enviarnos los instrumentos y documentos que determinemos necesarios para asegurarnos el derecho al reembolso.

Derecho a recibir y divulgar información

Cigna, sin tener que informarle u obtener su consentimiento, puede obtener información de cualquier otro Plan o divulgar información a cualquier otro Plan con respecto a usted, con el propósito de coordinar sus beneficios de acuerdo con esta sección. Usted debe brindarnos la información que le solicitemos para coordinar sus beneficios en virtud de esta sección. Esta solicitud puede realizarse con relación a un reclamo presentado; si ese es el caso, se le notificará de la necesidad de proporcionar la información de la “otra cobertura” (con la Explicación de beneficios pagados de acuerdo con el Plan primario) antes de que se procese el reclamo para obtener el pago. Si no se obtuviera respuesta dentro de los 90 días de la solicitud, el reclamo será rechazado. Si la información solicitada se recibiera con posterioridad, el reclamo se procesará.

Personas que cumplen con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare

Cigna pagará como Plan secundario, según lo permitido por la Ley de Seguro Social de 1965, con sus modificaciones, por las siguientes personas:

- (a) un exEmpleado que cumpla con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare y cuyo seguro continúe por cualquier motivo según lo dispuesto en este plan;
- (b) el Dependiente de un exEmpleado, o el cónyuge del Dependiente de un exEmpleado, que cumpla con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare y cuyo seguro continúe por cualquier motivo según lo dispuesto en este plan;
- (c) un Empleado cuyo Empleador y todos los demás Empleadores que participen en el plan del Empleador tengan menos de 100 Empleados y que cumpla con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare debido a una incapacidad;
- (d) el Dependiente de un Empleado cuyo Empleador y todos los demás Empleadores que participen en el plan del Empleador tengan menos de 100 Empleados y que cumpla con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare debido a una incapacidad;
- (e) un Empleado o un Dependiente de un Empleado de un Empleador que tenga menos de 20 Empleados, si esa persona cumple con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare debido a su edad;
- (f) un Empleado, Empleado jubilado, Dependiente de un Empleado o Dependiente de un Empleado jubilado, que cumpla con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare debido a una Enfermedad renal terminal, después de que esa persona haya cumplido con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare durante 30 meses.

Cigna asumirá la cantidad pagadera en virtud de:

- la Parte A de Medicare, por una persona que cumple con los requisitos para recibir cobertura en virtud de dicha Parte sin el pago de la prima, pero que no la ha solicitado, por la cantidad que recibiría si la hubiera solicitado.
- la Parte B de Medicare, por una persona que tiene derecho a inscribirse en dicha Parte, pero que no está inscrita, por la cantidad que recibiría si estuviera inscrita.
- la Parte B de Medicare, por una persona que ha celebrado un contrato privado con un proveedor, por la cantidad que recibiría a falta de dicho contrato privado.

Se considera que una persona cumple con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare en la primera fecha en la que cualquier cobertura en virtud de Medicare podría entrar en vigor para dicha persona.

Esta reducción no se aplicará a ningún Empleado ni sus Dependientes, así como a ningún exEmpleado ni sus Dependientes, a menos que estén incluidos en alguno de los puntos (a) a (f) precedentes.

HC-COB2

04-10

V3

Gastos por los que un tercero podría ser responsable

Este plan no cubre:

- Gastos en los que incurra usted o su Dependiente (en adelante denominados en forma individual o colectiva “Participante”) por los que otra parte podría ser responsable como resultado de haber causado o contribuido a la Lesión o Enfermedad.
- Gastos en los que incurra un Participante en la medida en que se reciba algún pago por dichos gastos, ya sea directa o indirectamente, por parte de un tercero responsable o como resultado de un arreglo negociado, sentencia judicial o laudo arbitral, en relación con cualquier seguro de gastos médicos para el automovilista y los pasajeros, seguro automotriz sin culpa, seguro de automovilistas sin seguro o con seguro insuficiente, seguro combinado familiar, seguro de accidentes de trabajo, seguro gubernamental (que no sea Medicaid), o algún tipo similar de seguro o cobertura. La cobertura de este plan es secundaria a cualquier cobertura de un seguro automotriz sin culpa o similar.

Subrogación/Derecho de reembolso

Si un Participante incurre en un Gasto cubierto por el cual, a criterio del plan o de su administrador de reclamos, es posible que otra parte sea responsable o por el cual el Participante puede recibir un pago según lo descrito precedentemente:

- Subrogación: El plan, en la medida en que la ley lo permita, se subrogará en todos los derechos, reclamos o intereses que un Participante pueda tener contra dicha parte y automáticamente tendrá un derecho de privilegio sobre el monto del reintegro que el Participante recupere de esa parte hasta el límite de los beneficios pagados en virtud del plan. El Participante o su representante deberán confeccionar los documentos que se le soliciten para asegurar los derechos de subrogación del plan.
- Derecho de reembolso: Además, al plan se le otorga un derecho de reembolso sobre el monto del reintegro que se recupere mediante arreglo negociado, sentencia judicial o de alguna otra manera. Este derecho de reembolso es acumulativo al derecho de subrogación otorgado en el párrafo 1 y no excluye dicho derecho, pero solo en la medida de los beneficios brindados por el plan.

Derecho de privilegio del Plan

Al aceptar los beneficios en virtud de este plan, el Participante:

- le otorga un derecho de privilegio al plan y le asigna una cantidad equivalente a los beneficios pagados en virtud del plan sobre cualquier reintegro recuperado por el Participante o en su nombre que sea vinculante para cualquier abogado u otro tercero que represente al Participante, sea o no agente del Participante o de cualquier compañía de seguros, u otra parte financieramente responsable contra la cual el Participante pueda tener un reclamo, siempre que el plan o sus agentes hayan cursado notificación a dicho abogado, compañía de seguros u otro tercero;
- acepta que este derecho de privilegio constituirá una carga sobre el monto del reintegro y el plan tendrá derecho a hacer valer un derecho de garantía sobre esta carga;
- acepta mantener el monto del reintegro en un fideicomiso para beneficio del plan en la medida de cualquier pago efectuado por el plan.

Términos adicionales

- Ningún Participante adulto en virtud del presente podrá ceder ningún derecho que pueda tener para recuperar gastos médicos de algún tercero u otra persona física o jurídica a un Dependiente menor de edad de dicho Participante adulto sin el previo consentimiento por escrito del plan. El derecho a recuperar del plan se aplicará a los arreglos negociados o reintegros de descendientes, menores y personas incompetentes o incapacitadas.
- Ningún Participante podrá realizar ningún arreglo que específicamente reduzca o excluya, o intente reducir o excluir, los beneficios proporcionados por el plan.
- El derecho de recuperación del plan constituirá un derecho de privilegio superior sobre cualquier monto recuperado por el Participante. Este derecho de recuperación no se verá vulnerado ni reducido por la aplicación de las denominadas “Doctrina del resarcimiento pleno”, “Doctrina de Rimes” o cualquier otra doctrina similar que pretenda vulnerar los derechos de recuperación del plan asignando los fondos exclusivamente a la indemnización de gastos no médicos.
- Ningún Participante en virtud del presente incurrirá en gastos en nombre del plan para hacer valer los derechos del plan en virtud de este documento; específicamente, no podrán deducirse costos judiciales, ni honorarios de abogados o de otros representantes del monto del reintegro del plan sin el previo consentimiento por escrito del plan. Este derecho no se verá vulnerado por las denominadas “Doctrina del fondo”, “Doctrina del fondo común” o “Doctrina del fondo del abogado”.
- El plan recuperará la cantidad total de los beneficios brindados en virtud del presente documento independientemente de cualquier reclamo relacionado con la culpabilidad por parte del Participante, ya sea en virtud del principio de proporcionalidad de la culpa u otro.

- El plan por el presente rechaza todas las oposiciones en virtud del régimen de *Equity* para hacer valer su derecho de recuperación. Los derechos de subrogación o recuperación del plan no se ven afectados ni disminuidos por las oposiciones en virtud del régimen de *Equity*.
- En caso de que un Participante no cumpla con sus obligaciones en virtud del presente o se niegue a hacerlo, el plan tendrá derecho a recuperar cualquier costo en el que haya incurrido para exigir el cumplimiento de los términos de este documento, incluidos, a modo de ejemplo, los honorarios de abogados, costos judiciales y otros gastos. El plan también tendrá derecho a compensar la obligación de reembolso con cualquier derecho a beneficios médicos futuros en virtud del presente hasta tanto el Participante haya cumplido plenamente con sus obligaciones de reembolso, independientemente del modo en que se devenguen dichos beneficios médicos futuros.
- Toda referencia a la legislación estatal en cualquier otra disposición de este plan no será aplicable a esta disposición, si el plan se rige por la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés). Al aceptar los beneficios en virtud del plan, el Participante acepta que un incumplimiento de las disposiciones del presente causaría un perjuicio irreparable y significativo, que no tendría reparación suficiente en virtud de la ley. Asimismo, el Plan tendrá derecho a invocar las medidas de reparación en virtud del régimen de *Equity* que sean necesarias para exigir el cumplimiento de los términos del plan, entre las que se incluyen cumplimiento específico de la obligación, restitución, imposición de un derecho de privilegio en virtud del régimen de *Equity* y/o fideicomiso ficticio, así como medidas de carácter compulsivo, restrictivo o prohibitivo.
- Los participantes deben ayudar al plan a hacer valer sus derechos de subrogación o recuperación brindando la información solicitada.

HC-SUB77

01-17

Pago de los beneficios

Asignación y pago de los beneficios

Usted no puede asignarle a ninguna parte, lo que incluye, a modo de ejemplo, a un proveedor de servicios/artículos de cuidado de la salud, su derecho a los beneficios en virtud de este plan, ni puede asignarle ningún derecho administrativo o legal ni ninguna pretensión de demanda que pueda tener en virtud de ERISA, lo que incluye, a modo de ejemplo, cualquier derecho a presentar un reclamo de beneficios del plan, a solicitar documentos del plan u otros documentos, a presentar apelaciones por reclamos denegados o quejas, o a iniciar un juicio en virtud de ERISA. Dicho intento de asignar estos derechos será nulo e inexigible en toda circunstancia.

No obstante, usted puede autorizar a Cigna a pagar cualquier beneficio de cuidado de la salud otorgado por esta póliza a un Proveedor participante o un Proveedor no participante. Cuando usted autoriza el pago de sus beneficios de cuidado de la salud a un Proveedor participante o a un Proveedor no participante, usted autoriza el pago de la totalidad de los beneficios que se adeudan con respecto a ese reclamo. Si se le paga de más a un proveedor por aceptar el doble del pago (una cantidad pagada por usted y una cantidad pagada por Cigna), el proveedor será responsable de reembolsarle a usted lo que se le haya pagado de más. Cigna podrá pagarle todos los beneficios de cuidado de la salud por Servicios cubiertos directamente a un Proveedor participante sin su autorización. Usted no podrá interpretar esta autorización o permiso discrecional de pagar cualquier beneficio de cuidado de la salud a un Proveedor participante o a un Proveedor no participante, ni basarse en esta autorización o permiso discrecional, para considerar que tiene la facultad de asignar cualquier otro derecho conferido por esta póliza a alguna otra parte, incluido, a modo de ejemplo, un proveedor de servicios/artículos de cuidado de la salud.

Aunque usted haya autorizado el pago de beneficios de cuidado de la salud a un Proveedor no participante, Cigna podrá optar por pagarle los beneficios a usted. Cuando los beneficios se le paguen a usted o a su Carga familiar, usted o su Carga familiar tienen la responsabilidad de reembolsar al Proveedor no participante.

Si la persona a la que se deben pagar los beneficios es menor de edad o, en la opinión de Cigna, no puede otorgar un recibo válido por el pago que se le debe, dicha cantidad se pagará a su tutor legal. Si el tutor legal no ha presentado una solicitud de pago, Cigna puede, a su entera discreción, hacer el pago a la persona o institución que a su parecer haya asumido la custodia y la manutención del menor.

En caso de muerte de alguno de nuestros participantes, es posible que se notifique a Cigna la designación de un albacea testamentario. El albacea testamentario tiene los mismos derechos que nuestro asegurado y se le deberán efectuar los pagos de los beneficios correspondientes a los reclamos no cedidos.

El pago que se haga según se describió anteriormente liberará a Cigna de toda responsabilidad en la medida de cualquier pago realizado.

Recuperación del pago en exceso

Cuando Cigna haga pagos en exceso, tendrá derecho en cualquier momento a: recuperar el pago en exceso de la persona a quien o en cuyo nombre fue efectuado; o compensar el monto de ese pago en exceso con el pago de un reclamo futuro. Además, su aceptación de los beneficios en virtud de este plan y/o la cesión de Beneficios médicos por separado crea un derecho de privilegio constituido mediante acuerdo en virtud del régimen de *Equity* conforme al cual Cigna puede solicitar la recuperación de cualquier pago en exceso. Usted

acepta que Cigna, al solicitar la recuperación de cualquier pago en exceso como un derecho contractual o un derecho de privilegio constituido mediante acuerdo en virtud del régimen de *Equity*, podrá accionar contra los activos generales de la persona física o jurídica a quien o en cuyo nombre se efectuó el pago en exceso.

Cálculo de Gastos cubiertos

Cigna, a su entera discreción, calculará los Gastos cubiertos después de una evaluación y validación de todas las facturas de los proveedores de acuerdo con:

- las metodologías detalladas en la edición más reciente de la Terminología actualizada de procedimientos médicos;
- las metodologías detalladas por profesionales o publicaciones de reconocimiento general.

HC-POB89

01-17

Finalización del seguro

Empleados

Su seguro terminará en una de las fechas detalladas a continuación, la que ocurra primero:

- La fecha en la que deje de pertenecer a una Clase de Empleados que cumplen con los requisitos o que ya no reúna las condiciones exigidas por el seguro.
- La última fecha en la que haya realizado algún aporte requerido para el seguro.
- La fecha en que la póliza se cancele.
- La fecha en que su Servicio activo finalice, salvo según se describe a continuación.

Cualquier continuación del seguro debe basarse en un plan que imposibilite la selección individual.

Suspensión temporal o licencia

Si su Servicio activo termina debido a una suspensión temporal o licencia, su seguro continuará hasta la fecha que determine su Empleador.

Lesión o Enfermedad

Si su Servicio activo termina debido a una Lesión o Enfermedad, su seguro continuará mientras permanezca incapacitado de manera total y continua como resultado de la Lesión o Enfermedad.

Sin embargo, su seguro no continuará después de la fecha en que su Empleador cancele el seguro.

Dependientes

El seguro para todos sus Dependientes cesará en cualquiera de las fechas siguientes, la que ocurra primero:

- La fecha en que cese su seguro.
- La fecha en que usted deje de cumplir con los requisitos para el seguro de Dependientes.
- La última fecha en la que haya realizado algún aporte requerido para el seguro.
- La fecha en la que se cancele el seguro de Dependientes.

El seguro de cualquiera de sus Dependientes cesará en la fecha en que el Dependiente ya no reúna los requisitos como tal.

En caso de muerte del empleado, el miembro deberá comunicarse con su departamento de Recursos Humanos local de BorgWarner para obtener información sobre la continuación del cuidado de la salud para el cónyuge superviviente y los hijos dependientes que cumplen con los requisitos.

HC-TRM128M

12-17

Rescisiones

Ni Cigna ni el patrocinador del plan podrán rescindir (extinguir con efectos retroactivos) su cobertura, a menos que el patrocinador del plan o una persona física (o una persona que solicite cobertura en nombre de la persona física), mediante una acción, práctica u omisión, cometan fraude; o a menos que el patrocinador del plan o la persona física (o una persona que solicite cobertura en nombre de la persona física) realicen una tergiversación intencional de un dato sustancial.

HC-TRM80

01-11

Requisitos federales

Las siguientes páginas explican sus derechos y responsabilidades en virtud de las leyes y reglamentaciones federales. Es posible que algunos estados tengan requisitos similares. Si en alguna otra parte de este folleto aparece una disposición similar, se aplicará la disposición que proporcione el mejor beneficio.

HC-FED1

10-10

Notificación sobre directorios/redes de Proveedores

Notificación sobre directorios de Proveedores y redes de Proveedores

Puede acceder a una lista de proveedores de la red sin cargo visitando el sitio web o llamando al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación. La red está conformada

por proveedores, incluidos hospitales, de diversas especialidades así como de medicina general, afiliados a Cigna o que tienen un contrato con Cigna o con una organización que celebra contratos en su nombre.

Notificación sobre directorios de farmacias y redes de farmacias

Puede acceder a una lista de farmacias de la red sin cargo visitando el sitio web o llamando al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación. La red está conformada por farmacias afiliadas a Cigna o que tienen un contrato con Cigna o con una organización que celebra contratos en su nombre.

HC-FED78

10-10

Orden calificada de beneficios médicos para manutención de los hijos (QMCSO)

Requisitos para recibir cobertura en virtud de una QMCSO

Si se emite una Orden calificada de beneficios médicos para manutención de los hijos (QMCSO, por sus siglas en inglés) a favor de su hijo, ese hijo cumplirá con los requisitos para recibir cobertura según lo exigido por la orden, y usted no será considerado un Inscrito fuera de plazo para el seguro de Dependientes.

Debe notificar a su Empleador y elegir la cobertura para ese hijo y para usted, si todavía no está inscrito, dentro del plazo de 31 días a partir de la emisión de la QMCSO.

Definición de Orden calificada de beneficios médicos para manutención de los hijos

Una Orden calificada de beneficios médicos para manutención de los hijos es una sentencia, decreto judicial u orden (incluida la aprobación de un acuerdo de conciliación), o una notificación administrativa, que se emite de conformidad con una ley de relaciones familiares estatal (incluida una ley de comunidad de bienes adquiridos durante el matrimonio), o con un proceso administrativo, que prevé la manutención de los hijos o la cobertura de beneficios de salud a favor de dichos hijos y se relaciona con beneficios en virtud del plan de salud colectivo, y que a su vez cumple con todos los siguientes requisitos:

- la orden reconoce o crea el derecho de un hijo a recibir beneficios de salud colectivos para los cuales un participante o beneficiario cumple con los requisitos;
- la orden especifica su nombre y último domicilio conocido, y el nombre y último domicilio conocido del hijo; no obstante, la dirección postal del hijo puede reemplazarse con el nombre y el domicilio de un funcionario de una subdivisión estatal o política;

- la orden incluye una descripción de la cobertura que se brindará, o la manera en que se determinará el tipo de cobertura;
- la orden indica el período al cual se aplicará; y
- si la orden es una Notificación nacional de beneficios médicos para manutención completada de conformidad con la Ley de Cumplimiento e Incentivo para la Manutención de los Hijos de 1998, dicha Notificación cumple con los requisitos precedentes.

La QMCSO no podrá exigirle a la póliza del seguro de salud que brinde cobertura para un tipo o forma de beneficio u opción que no esté incluido en la póliza; no obstante, una orden podrá exigirle al plan que cumpla con las leyes del Estado sobre la cobertura de cuidado de la salud.

Pago de los beneficios

El pago de beneficios para reembolsar Gastos cubiertos pagados por el hijo, o el padre que ejerce la custodia del hijo o su tutor legal, se efectuará al hijo, al padre que ejerce la custodia del hijo o a su tutor legal, o a un funcionario estatal cuyo nombre y dirección aparezcan en lugar del nombre y la dirección del hijo.

HC-FED4

10-10

Derechos de inscripción especial en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA)

Si usted o alguno de sus Dependientes que cumplen con los requisitos experimenta un evento de inscripción especial según se describe a continuación, usted o su(s) Dependiente(s) que cumple(n) con los requisitos tendrá(n) derecho a inscribirse en el Plan fuera del período de inscripción designado si se produce alguno de los eventos de inscripción especial que se enumeran a continuación. Si usted ya está inscrito en el Plan, puede solicitar su inscripción y la de su(s) Dependiente(s) que cumple(n) con los requisitos en virtud de una opción diferente ofrecida por el Empleador para la cual usted cumpla en ese momento con los requisitos. Si usted todavía no está inscrito en el Plan, debe solicitar la inscripción especial para usted así como para su(s) Dependiente(s) que cumple(n) con los requisitos. Usted y todos sus Dependientes que cumplen con los requisitos deben estar cubiertos bajo la misma opción. Los eventos de inscripción especial incluyen:

- **Adquisición de un nuevo Dependiente.** Si usted adquiere un nuevo Dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o tutela para la adopción, podrá solicitar la inscripción especial para cualquiera de las siguientes combinaciones de personas si todavía no están inscritas en el Plan: Empleado únicamente; cónyuge únicamente;

Empleado y cónyuge; hijo(s) Dependiente(s) únicamente; Empleado e hijo(s) Dependiente(s); Empleado, cónyuge e hijo(s) Dependiente(s). La inscripción de hijos Dependientes se limita a los hijos recién nacidos o adoptados, o a los hijos que pasaron a ser hijos Dependientes del Empleado debido al matrimonio.

- **Pérdida de elegibilidad para Medicaid o el Programa del seguro de salud infantil (CHIP, por sus siglas en inglés) estatal.** Si usted y/o su(s) Dependiente(s) estaban cubiertos en virtud de un plan Medicaid o CHIP estatal y la cobertura finaliza porque no se cumplen los requisitos, puede solicitar la inscripción especial para usted y cualquiera de los Dependientes afectados que todavía no estén inscritos en el Plan. Debe solicitar la inscripción dentro de un plazo de 60 días después de la finalización de la cobertura de Medicaid o CHIP.

- **Pérdida de elegibilidad para otra cobertura (sin incluir la continuación de la cobertura).** Si se rechazó la cobertura en virtud de este Plan debido a la cobertura en virtud de otro plan, y se pierde la elegibilidad para la otra cobertura, usted y todos sus Dependientes que cumplen con los requisitos pueden solicitar la inscripción especial en este Plan. Si el Plan lo exige, en caso de que anteriormente se haya rechazado la inscripción en este Plan, debe haberse rechazado por escrito con una declaración que indique que el motivo para rechazar la inscripción fue otra cobertura de salud. Esta disposición se aplica a la pérdida de elegibilidad como resultado de cualquiera de los siguientes eventos:

- divorcio o separación legal;
- finalización de la condición de Dependiente (como llegar a la edad límite);
- fallecimiento del Empleado;
- finalización de la relación laboral;
- reducción de las horas de trabajo por debajo del mínimo requerido para cumplir con los requisitos;
- usted o su(s) Dependiente(s) ya no vive(n) ni trabaja(n) en el área de servicio de la red del otro plan y no hay ninguna otra cobertura disponible en virtud del otro plan;
- usted o su(s) Dependiente(s) incurre(n) en un reclamo igual o superior al límite máximo de por vida aplicable a todos los beneficios ofrecidos en virtud del otro plan; o
- el otro plan ya no ofrece ningún beneficio a una clase de personas en una situación similar.

- **Finalización de los aportes del Empleador (sin incluir la continuación de la cobertura).** Si un Empleador actual o anterior suspende todos los aportes a la otra cobertura del Empleado o Dependiente, puede solicitarse la inscripción especial en este Plan para usted y todos sus Dependientes que cumplen con los requisitos.

- **COBRA u otra continuación de la cobertura agotada.** Puede solicitarse la inscripción especial en este Plan para usted y todos sus Dependientes que cumplen con los

requisitos en caso de que se agote la cobertura en virtud de la Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (COBRA, por sus siglas en inglés) u otra continuación de la cobertura. Si usted o su(s) Dependiente(s) elige(n) COBRA u otra continuación de la cobertura después de perder la cobertura en virtud de otro plan, debe agotarse la cobertura en virtud de COBRA u otra continuación de la cobertura antes de que se aplique cualquier derecho de inscripción especial en virtud de este Plan. Se considerará que una persona ha agotado la cobertura en virtud de COBRA u otra continuación de la cobertura solo si dicha cobertura finaliza: porque el Empleador u otra entidad responsable no remitió las primas en forma oportuna; porque la persona ya no vive ni trabaja en el área de servicio del otro plan y no hay ninguna otra cobertura en virtud de COBRA u otra continuación de la cobertura disponible en virtud del plan; o porque la persona incurrió en un reclamo que sería igual o superior al límite máximo de por vida aplicable a todos los beneficios y no hay ninguna otra cobertura en virtud de COBRA u otra continuación de la cobertura disponible para la persona. Esto no incluye la finalización del período limitado de aportes de un Empleador a una cobertura en virtud de COBRA u otra continuación de la cobertura según lo dispuesto en cualquier acuerdo de indemnización por despido u otro tipo de acuerdo.

- **Requisitos para la asistencia a los empleados en virtud de Medicaid o el Programa del seguro de salud infantil (CHIP) estatal.** Si usted y/o su(s) Dependiente(s) cumplen con los requisitos para recibir asistencia con el pago de las primas del plan de salud colectivo en virtud de un plan Medicaid o CHIP estatal, puede solicitar la inscripción especial para usted y cualquiera de los Dependientes afectados que todavía no estén inscritos en el Plan. Debe solicitar la inscripción dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha en la que se determine que cumple con los requisitos para recibir asistencia.

Salvo según lo dispuesto previamente, la inscripción especial debe solicitarse dentro de un plazo de 30 días después de que se produzca el evento de inscripción especial. Si el evento de inscripción especial es el nacimiento o la adopción de un hijo Dependiente, la cobertura entrará en vigor inmediatamente en la fecha del nacimiento, la adopción o la tutela para la adopción. La cobertura con respecto a cualquier otro evento de inscripción especial entrará en vigor, a más tardar, el primer día del primer mes calendario después de que se haya recibido la solicitud de inscripción especial.

Las Parejas de hecho y sus hijos (si no son hijos legales del Empleado) no cumplen con los requisitos para la inscripción especial.

Efecto de las reglamentaciones fiscales del Artículo 125 sobre este Plan

Su Empleador ha optado por administrar este Plan de conformidad con las reglamentaciones del Artículo 125 del Código de Impuestos Internos. De acuerdo con esta reglamentación, usted puede prestar su consentimiento para que una parte de su salario antes de impuestos se destine al costo de sus beneficios.

De lo contrario, recibirá sus ingresos sujetos a impuestos en efectivo (salario).

A. Elecciones de cobertura

De acuerdo con las reglamentaciones del Artículo 125, en general usted puede inscribirse en una cobertura o cambiar de cobertura solo antes de cada período de beneficios anual. No obstante, se admiten excepciones:

- si usted cumple con los requisitos de Inscripción especial y se inscribe según se describe en la sección Inscripción especial; o
- si su Empleador está de acuerdo, y usted cumple con los requisitos especificados en las Secciones B a H y se inscribe en una cobertura o cambia de cobertura dentro del plazo establecido por su Empleador.

B. Cambio de condición

Un cambio de condición se define como:

- cambio en el estado civil legal por matrimonio, muerte de un cónyuge, divorcio, anulación o separación legal;
- cambio en la cantidad de Dependientes por nacimiento, adopción, tutela para la adopción o muerte de un Dependiente;
- cambio en la condición de empleo del Empleado, su cónyuge o Dependiente debido a la finalización o el inicio de una relación laboral, huelga, cierre patronal, comienzo o finalización de una licencia sin goce de sueldo, incluida la licencia en virtud de la Ley de Licencia por Motivos Familiares y Médicos (FMLA, por sus siglas en inglés), o cambio de lugar de trabajo;
- cambios en la condición de empleo del Empleado, su cónyuge o Dependiente como resultado de lo cual empieza a cumplir o deja de cumplir con los requisitos para la cobertura;
- cambio de lugar de residencia del Empleado, su cónyuge o Dependiente a un lugar fuera del área de servicio de la red del Empleador; y
- cambios que hacen que un Dependiente empiece a cumplir o deje de cumplir con los requisitos para la cobertura.

C. Orden judicial

Un cambio en la cobertura en virtud de una orden judicial del Empleado u otra persona para cubrir a un Dependiente.

D. Requisitos/derecho a recibir Medicare o Medicaid

El Empleado, su cónyuge o Dependiente cancela o reduce la cobertura porque tiene derecho a recibir Medicare o Medicaid, o se inscribe en una cobertura o la aumenta porque dejó de cumplir con los requisitos para recibir Medicare o Medicaid.

E. Cambio en el costo de la cobertura

Si el costo de los beneficios aumenta o disminuye durante un período de beneficios, su Empleador podrá, de conformidad con los términos del plan, cambiar automáticamente su aporte opcional.

Si el cambio en el costo es significativo, usted podrá aumentar su aporte o bien optar por una cobertura menos costosa. Cuando se realice una reducción general significativa a la opción de beneficios que ha elegido, podrá elegir otra opción de beneficios que esté disponible. Cuando se agregue una nueva opción de beneficios, podrá cambiar su elección a la nueva opción de beneficios.

F. Cambios en la cobertura del cónyuge o Dependiente en virtud del plan de otro empleador

Usted puede realizar un cambio en la elección de cobertura si el plan de su cónyuge o Dependiente: efectúa un cambio como agregar o eliminar una opción de beneficios; permite cambios en la elección debido a Inscripción especial, Cambio de condición, Orden judicial o Requisitos/derecho a recibir Medicare o Medicaid; o este Plan y el otro plan tienen distintos períodos de cobertura o de inscripción abierta.

G. Reducción de las horas de trabajo

Si las horas de trabajo de un Empleado se reducen a menos de 30 horas por semana (aunque esto no haga que el Empleado deje de cumplir los requisitos para la cobertura del Empleador); y el Empleado (y su grupo familiar) pretenden inscribirse en otro plan que brinde Cobertura esencial mínima (MEC, por sus siglas en inglés). La nueva cobertura debe entrar en vigor, a más tardar, el 1.º día del 2.º mes siguiente al mes que incluya la fecha en que se revoque la cobertura original.

H. Inscripción en un Plan de salud calificado (QHP)

El Empleado debe cumplir con los requisitos para un Período de inscripción especial para inscribirse en un Plan de salud calificado (QHP, por sus siglas en inglés) a través de un Mercado o si el Empleado lo desea, puede inscribirse en un QHP a través de un Mercado durante el período de inscripción abierta anual del Mercado; y la cancelación de la inscripción en el plan colectivo se corresponde con la inscripción pretendida del Empleado (y su grupo familiar) en un QHP a través de un Mercado para una nueva cobertura que entra en vigor, a más tardar, el día inmediatamente siguiente al último día de la cobertura original.

HC-FED95

04-17

Requisitos para la cobertura de hijos adoptados

Cualquier niño que sea adoptado por usted, incluido un niño que reciba en tutela para la adopción, cumplirá con los requisitos para el seguro de Dependientes si, por lo demás, cumple con los requisitos para ser considerado Dependiente, a partir de la fecha en que lo reciba en adopción o tutela. Se considerará que un niño está en tutela para la adopción cuando usted quede legalmente obligado a proveer la manutención de ese niño, en forma total o parcial, antes de su adopción.

Si un niño en tutela para la adopción no es adoptado, cesará toda la cobertura de salud cuando cese la tutela, sin continuación.

Las disposiciones incluidas en la sección “Excepción para recién nacidos” de este documento que describen los requisitos para la inscripción y la fecha de entrada en vigor del seguro también se aplicarán a un hijo adoptado o que usted haya recibido en tutela para la adopción.

HC-FED67

09-14

Cobertura para estadía en un Hospital por maternidad

Los planes de salud colectivos y las compañías de seguros de salud que ofrecen cobertura de seguro de salud colectivo no pueden, en general, en virtud de una ley federal conocida como “Ley de Protección de la Salud para Madres y Recién Nacidos”: restringir los beneficios de ninguna estadía en un Hospital en relación con el nacimiento, para la madre o el hijo recién nacido, a menos de 48 horas después de parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea; ni exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o la compañía de seguros para recetar una estadía que no supere los períodos mencionados. La ley en general no prohíbe que el proveedor a cargo de la madre o el recién nacido, previa consulta con la madre, le dé el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 o 96 horas, según corresponda.

Consulte este Plan para obtener más detalles sobre la cobertura específica disponible para usted y sus Dependientes.

HC-FED11

10-10

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA)

¿Sabía que su plan, según lo exigido por la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA, por sus siglas en inglés) de 1998, brinda beneficios para servicios relacionados con una mastectomía, incluidas todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, prótesis, y complicaciones causadas por una mastectomía, como linfedema? Llame a Servicios a los miembros al número

gratuito que aparece en su tarjeta de identificación para obtener más información.

HC-FED12

10-10

Cobertura del plan colectivo en lugar de Medicaid

Si su ingreso y sus recursos líquidos no superan determinados límites fijados por ley, es posible que el estado decida pagar las primas de esta cobertura en lugar de Medicaid, si resulta conveniente en función de los costos. Esto incluye las primas de la continuación de la cobertura exigida por ley federal.

HC-FED13

10-10

Requisitos de la Ley de Licencia por Motivos Familiares y Médicos de 1993 (con sus modificaciones) (FMLA)

Las disposiciones de la póliza que contemplan: la continuación del seguro durante una licencia; y la rehabilitación del seguro después de regresar al Servicio activo; se verán modificadas por las siguientes disposiciones de la Ley federal de Licencia por Motivos Familiares y Médicos de 1993, con sus modificaciones, según corresponda:

Continuación del seguro de salud durante una licencia

Su seguro de salud continuará durante una licencia si:

- esa licencia cumple con los requisitos de licencia según la Ley de Licencia por Motivos Familiares y Médicos de 1993, con sus modificaciones; y
- usted es un Empleado que cumple con los requisitos en virtud de los términos de dicha Ley.

El costo de su seguro de salud durante dicha licencia debe pagarse, ya sea totalmente por su Empleador, o parte por usted y parte por su Empleador.

Rehabilitación de un seguro cancelado después de una licencia

Cuando regrese al Servicio activo después de una licencia que cumpla con los requisitos en virtud de la Ley de Licencia por Motivos Familiares y Médicos de 1993, con sus modificaciones, se rehabilitará cualquier seguro que haya sido cancelado (de salud, de vida o por incapacidad) a partir de la fecha de su regreso.

No deberá cumplir con ningún período de espera para cumplir con los requisitos ni para recibir los beneficios en la medida en que haya cumplido con todo esto antes del inicio de dicha licencia.

Su Empleador le brindará información detallada acerca de la Ley de Licencia por Motivos Familiares y Médicos de 1993, con sus modificaciones.

HC-FED93

10-17

Ley de Derechos de Empleo y Recontratación de Personal Uniformado de 1994 (USERRA)

La Ley de Derechos de Empleo y Recontratación de Personal Uniformado de 1994 (USERRA, por sus siglas en inglés) establece los requisitos para la continuación de la cobertura de salud y la recontratación con respecto a la licencia de un Empleado por motivos militares. Estos requisitos se aplican a la cobertura médica y dental suya y de sus Dependientes. No se aplican a ninguna cobertura de seguro de Vida, por Incapacidad a corto plazo o a largo plazo, o por Muerte y desmembramiento accidental que pueda tener.

Continuación de la cobertura

Para licencias de menos de 31 días, la cobertura continuará como se describe en la sección Finalización con respecto a las Licencias.

Para licencias de 31 días o más, podrá continuar con la cobertura para usted y sus Dependientes del siguiente modo:

Podrá continuar recibiendo beneficios si le paga la prima requerida a su Empleador, hasta cualquiera de las fechas siguientes, la que ocurra primero:

- 24 meses desde el último día de la relación laboral con el Empleador;
- el día posterior a que no regresó a trabajar; y
- la fecha en que la póliza se cancele.

Su Empleador podrá cobrarles a usted y a sus Dependientes hasta el 102% de la prima total.

Rehabilitación de beneficios (aplicable a todas las coberturas)

Si su cobertura finaliza durante la licencia porque no elige USERRA al vencimiento de USERRA y es recontratado por su Empleador actual, la cobertura para usted y sus Dependientes podrá rehabilitarse si le cursó a su Empleador notificación escrita u oral anticipada de su licencia por servicio militar, y la duración de todas las licencias por motivos militares mientras esté empleado por su Empleador actual no supera los 5 años.

Usted y sus Dependientes estarán sujetos únicamente al remanente de un período de espera que no se hubiera cumplido antes de que comenzara la licencia. No obstante, si se produce una Lesión o Enfermedad o esta se agrava durante la licencia por motivos militares, se aplicarán todas las limitaciones del Plan.

Si su cobertura en virtud de este plan finaliza porque cumple con los requisitos para recibir cobertura médica y dental

militar, y su orden de servicio activo se cancela antes de que comience su servicio activo, estos derechos de rehabilitación se seguirán aplicando.

HC-FED18

10-10

Procedimientos para la determinación del reclamo en virtud de ERISA

Las siguientes disposiciones cumplen con la ley federal. Es posible que las disposiciones de las leyes aplicables de su estado las reemplacen.

Procedimientos sobre determinaciones de Necesidad médica

En general, los servicios y beneficios de salud deben ser Médicamente necesarios para estar cubiertos por el plan. Los procedimientos para determinar la Necesidad médica varían de acuerdo con el tipo de servicio o beneficio solicitado, y el tipo de plan de salud.

Las determinaciones de Necesidad médica se realizan en forma previa, simultánea o posterior al servicio, según se describe a continuación.

Determinados servicios requieren autorización previa para estar cubiertos. El folleto indica quién es responsable de obtener esta revisión. Usted o su representante autorizado (normalmente su profesional de cuidado de la salud) deben solicitar autorización previa de acuerdo con los procedimientos que se describen a continuación, en el folleto y en los documentos de participación en la red de su proveedor, según corresponda.

Cuando se determine que los servicios o los beneficios no están cubiertos, usted o su representante recibirán una descripción escrita de la determinación adversa, y podrán apelar la determinación. Los procedimientos de apelación se describen en el folleto, en los documentos de participación en la red de su proveedor si corresponde, y en las notificaciones de determinación.

Determinaciones previas al servicio

Cuando usted o su representante soliciten una autorización previa requerida, Cigna les notificará a usted o a su representante acerca de la determinación dentro del plazo de 15 días después de recibir la solicitud. No obstante, si se necesita más tiempo debido a cuestiones ajenas a Cigna, Cigna les notificará a usted o a su representante dentro del plazo de 15 días después de recibir su solicitud. Esta notificación incluirá la fecha en que se puede esperar recibir la determinación, que no superará los 30 días contados a partir de la recepción de la solicitud. Si se necesita más tiempo porque falta información necesaria en la solicitud, la notificación también especificará qué información se necesita, y usted o su representante deberán proporcionar la información especificada a Cigna dentro del plazo de 45 días después de recibir la notificación. El período de determinación se suspenderá en la

fecha en que Cigna envíe la notificación que indique que falta información, y se reanudará en la fecha en que usted o su representante respondan a la notificación.

Si los períodos de determinación precedentes pusieran en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para recuperar su funcionamiento pleno, o a criterio de un profesional de cuidado de la salud con conocimiento de su afección médica, le hicieran sentir un dolor intenso que no puede manejarse sin los servicios solicitados, Cigna realizará la determinación previa al servicio en forma acelerada. Cigna se supeditarán a la determinación del profesional de cuidado de la salud a cargo del tratamiento respecto de la necesidad de obtener una determinación acelerada. Cigna les notificará a usted o a su representante acerca de la determinación acelerada dentro del plazo de 72 horas después de recibir la solicitud.

No obstante, si falta información necesaria en la solicitud, Cigna se lo notificará a usted o a su representante dentro del plazo de 24 horas después de recibir la solicitud para indicarle qué información se necesita. Usted o su representante deberán proporcionar la información especificada a Cigna dentro del plazo de 48 horas después de recibir la notificación. Cigna les notificará a usted o a su representante acerca de la determinación acelerada de beneficios dentro del plazo de 48 horas después de que usted o su representante respondan a la notificación. Las determinaciones aceleradas podrán emitirse en forma oral, seguidas de una notificación escrita o electrónica dentro del plazo de 3 días.

Si usted o su representante no siguen los procedimientos de Cigna para solicitar una determinación requerida previa al servicio, Cigna les notificará a usted o a su representante el incumplimiento en cuestión y describirá los procedimientos adecuados para presentar la solicitud dentro del plazo de 5 días (o 24 horas, si se requiere una determinación acelerada, según lo descrito anteriormente) después de recibir la solicitud. Esta notificación podrá suministrarse en forma oral, a menos que usted o su representante solicite notificación por escrito.

Determinaciones simultáneas

En caso de que se haya aprobado un tratamiento continuo para usted y usted desee extender la aprobación, usted o su representante deben solicitar una determinación de cobertura requerida simultánea como mínimo 24 horas antes del vencimiento del período o la cantidad de tratamientos que se haya aprobado. Cuando usted o su representante soliciten dicha determinación, Cigna les notificará a usted o a su representante acerca de la determinación dentro del plazo de 24 horas después de recibir la solicitud.

Determinaciones posteriores al servicio

Cuando usted o su representante soliciten una determinación de cobertura o una determinación del pago del reclamo después de que se hayan prestado los servicios, Cigna les notificará a usted o a su representante acerca de la determinación dentro de un plazo de 30 días después de recibir la solicitud. No obstante, si

se necesita más tiempo para emitir la determinación debido a cuestiones ajenas a Cigna, Cigna les notificará a usted o a su representante dentro del plazo de 30 días después de recibir la solicitud. Esta notificación incluirá la fecha en que se puede esperar recibir la determinación, que no superará los 45 días contados a partir de la recepción de la solicitud.

Si se necesita más tiempo porque falta información necesaria en la solicitud, la notificación también especificará qué información se necesita, y usted o su representante deberán proporcionar la información especificada a Cigna dentro del plazo de 45 días después de recibir la notificación. El período de determinación se suspenderá en la fecha en que Cigna envíe la notificación que indique que falta información, y se reanudará en la fecha en que usted o su representante respondan a la notificación.

Notificación de determinación adversa

Todas las notificaciones de determinación de beneficios adversa se proporcionarán por escrito o en forma electrónica, e incluirán la siguiente información relacionada con la determinación: información suficiente para identificar el reclamo, inclusive si corresponde, la fecha de servicio, el proveedor y la cantidad del reclamo; los códigos de diagnóstico y tratamiento, y sus significados; el/los motivo(s) específico(s) de la determinación adversa, inclusive si corresponde, el código de denegación y su significado y una descripción de cualquier estándar utilizado en la denegación; una referencia a las disposiciones específicas del plan sobre las que se basó la determinación; una descripción de cualquier material o información adicional necesarios para perfeccionar el reclamo, y una explicación de por qué dicho material o información son necesarios; una descripción de los procedimientos de revisión del plan y de los plazos aplicables, incluida una declaración de los derechos de la persona que hace el reclamo de iniciar acciones civiles en virtud del artículo 502(a) de ERISA después de una determinación de beneficios adversa en caso de apelación (si corresponde); a solicitud y sin cargo, una copia de cualquier norma, pauta o protocolo interno, o criterio similar, sobre los que se haya basado la determinación adversa con respecto a su reclamo; y una explicación del criterio científico o clínico si la determinación se basa en una Necesidad médica, tratamiento experimental u otra exclusión o limitación similar; una descripción de cualquier proceso de apelación interna y/o revisión externa disponible; información acerca de cualquier oficina de asistencia al consumidor de seguros de salud o de defensa de derechos con que pueda contar para brindarle asistencia durante el proceso de apelación; y en el caso de un reclamo relacionado con cuidado de urgencia, una descripción del proceso de revisión acelerado aplicable a dicho reclamo.

HC-FED79

03-13

Designación de un representante autorizado:

Usted puede designar a un representante autorizado para que le ayude a presentar un reclamo o a apelar un reclamo denegado. No obstante, Cigna puede exigirle que designe a su representante autorizado por escrito a través de un formulario aprobado por Cigna. Usted puede revocar la designación de un representante autorizado en todo momento. Para garantizar que una designación previa siga teniendo validez, es posible que Cigna le solicite que vuelva a designar a su representante autorizado periódicamente.

Cigna se reserva el derecho de negarse a aplicar la designación de un representante si Cigna determina razonablemente que:

- es posible que la firma de un formulario de designación de un representante autorizado no sea suya, o
- es posible que el representante autorizado no le haya revelado todos los datos y las circunstancias relevantes en relación con el pago excesivo o insuficiente de un reclamo, lo que incluye, por ejemplo, que las prácticas de facturación del proveedor de servicios médicos pueden haber puesto en peligro su cobertura a través de la exención de los costos compartidos que usted debe pagar en virtud de su plan.

Si se revoca su designación de un representante autorizado, o Cigna no aplica su designación, usted podrá designar a un nuevo representante autorizado en cualquier momento, por escrito, utilizando un formulario aprobado por Cigna.

HC-FED88

01-17

Atención médica - Qué hacer cuando tenga alguna queja o apelación

A los fines de esta sección, cualquier referencia a “usted” o “su” incluirá también a cualquier representante o proveedor que usted haya designado para actuar en su nombre, a menos que se indique lo contrario.

Deseamos que esté completamente satisfecho con el cuidado que recibe. Por ese motivo, hemos establecido un proceso para abordar sus inquietudes y resolver sus problemas.

Comience con el Servicio al Cliente

Estamos para escucharlo y ayudarlo. Si tiene alguna inquietud con respecto a alguna persona, un servicio, la calidad de la atención, los beneficios contractuales o la rescisión de la cobertura, puede llamar al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación, en la explicación de beneficios o en el formulario de reclamo, y explicarle su inquietud a uno de nuestros representantes de Servicio al Cliente. También puede manifestar esa inquietud por escrito.

Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para resolver la cuestión en su contacto inicial. Si necesitamos más tiempo para revisar o investigar su inquietud, nos comunicaremos con usted lo antes posible, dentro de un plazo de 30 días como máximo.

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

Procedimiento interno de apelación

Para iniciar una apelación, debe presentar una solicitud de apelación por escrito a Cigna dentro de los 180 días de la recepción de una notificación de denegación. En dicha solicitud, debe indicar el motivo por el cual cree que se debería aprobar su apelación e incluir cualquier información que respalde su apelación. Si no puede escribir o decide no hacerlo, puede solicitarle a Cigna que registre su apelación por teléfono. Llame o escribanos al número de teléfono gratuito o a la dirección que aparece en su tarjeta de identificación, explicación de beneficios o formulario de reclamo.

Su apelación será revisada, y una persona no involucrada en la decisión inicial decidirá la cuestión. Las apelaciones con respecto a la Necesidad médica o para determinar si un servicio es clínicamente apropiado serán analizadas por un profesional de cuidado de la salud.

Le comunicaremos nuestra decisión por escrito dentro de los 30 días calendario posteriores a que recibamos la apelación correspondiente a una determinación requerida con respecto a la cobertura que sea anterior al servicio o simultánea o una determinación de Necesidad médica posterior al servicio.

Le comunicaremos nuestra decisión dentro de los 60 días calendario posteriores a que recibamos una apelación correspondiente a cualquier otra determinación con respecto a la cobertura que sea posterior al servicio. En caso de necesitar más tiempo o información para realizar la determinación, le notificaremos por escrito para solicitarle una prórroga de hasta 15 días calendario y especificar la información adicional necesaria para completar la revisión.

En caso de que, en relación con la apelación, Cigna considere o genere información (evidencia) nueva o adicional, o se base en dicha información nueva o adicional, esta información se le brindará automáticamente tan pronto como sea posible y con suficiente anticipación respecto de la decisión, para que usted tenga la oportunidad de responder. Asimismo, si Cigna incorpora fundamentos nuevos o adicionales, Cigna se los notificará tan pronto como sea posible y con suficiente anticipación respecto de la decisión, para que usted tenga la oportunidad de responder.

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

En caso de que usted solicite que se acelere el proceso de su apelación sobre la base del punto (a) precedente, también

puede solicitar, al mismo tiempo, una revisión externa acelerada, si el tiempo que se requiere para completar una revisión acelerada resultaría perjudicial para su afección médica.

En caso de que se acelere una apelación, Cigna le comunicará su decisión en forma verbal, dentro de las 72 horas, y luego por escrito.

Procedimiento de revisión externa

Si no está completamente satisfecho con la decisión de la revisión de apelación interna de Cigna y la apelación involucra un criterio médico o una rescisión de la cobertura, podrá solicitar que su apelación se remita a una Organización de revisión independiente (IRO, por sus siglas en inglés). La IRO está integrada por personas que no son empleadas de Cigna ni de ninguna de sus afiliadas. La decisión de solicitar una revisión externa ante una IRO no afectará los derechos de la persona que hace el reclamo a los demás beneficios en virtud del plan.

No se le cobrará por iniciar una revisión externa. Cigna y su plan de beneficios acatarán la decisión de la IRO.

Para solicitar una revisión, debe notificar al Coordinador de apelaciones dentro de los 4 meses de haber recibido la denegación de la revisión de apelación de Cigna. Cigna remitirá el expediente a una IRO seleccionada al azar. La IRO brindará su opinión dentro de un plazo de 45 días.

En caso de que lo solicite y cuando la demora fuera perjudicial para su afección médica, según lo determine el revisor de Cigna, o si su apelación está vinculada con una admisión, disponibilidad de cuidados, estadía continua, o concepto o servicio de salud por los cuales haya recibido servicios de emergencia, pero todavía no se le dio el alta del centro, la revisión externa se completará dentro de las 72 horas.

Notificación de determinación de beneficios en caso de apelación

La notificación de la determinación en caso de apelación se proporcionará por escrito o por medios electrónicos y, si se trata de una determinación adversa, incluirá: información suficiente para identificar el reclamo, inclusive si corresponde, la fecha de servicio, el proveedor y la cantidad del reclamo; los códigos de diagnóstico y tratamiento, y sus significados; el/los motivo(s) específico(s) de la determinación adversa, inclusive si corresponde, el código de denegación y su significado y una descripción de cualquier estándar utilizado en la denegación; una referencia a las disposiciones específicas del plan sobre las que se basó la determinación; una declaración que indique que la persona que hizo el reclamo tiene derecho a recibir, a solicitud y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, registros y otra Información relevante, según la definición incluida a continuación, así como copias de esta documentación; una declaración que describa cualquier procedimiento de apelación voluntario ofrecido por el plan y el derecho de la persona que hace el reclamo de iniciar una acción

en virtud del artículo 502(a) de ERISA (si corresponde); a solicitud y sin cargo, una copia de cualquier norma, pauta o protocolo interno, o criterio similar, sobre los que se haya basado la determinación adversa con respecto a su apelación, y una explicación del criterio científico o clínico si la determinación se basa en una Necesidad médica, tratamiento experimental u otra exclusión o limitación similar; e información acerca de cualquier oficina de asistencia al consumidor de seguros de salud o de defensa de derechos con que pueda contar para brindarle asistencia durante el proceso de apelación. En la notificación definitiva de una determinación adversa se incluirá un análisis de la decisión.

Usted también tiene derecho a iniciar una acción civil en virtud del artículo 502(a) de ERISA si no está satisfecho con la decisión tomada en la revisión. Es posible que usted o su plan tengan otras opciones de resolución voluntaria y alternativa de controversias, como la Mediación. Una manera de averiguar las opciones disponibles es comunicarse con la oficina del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos de su área y con la agencia reguladora de seguros de su estado. También puede comunicarse con el Administrador del plan.

Información relevante

Información relevante incluye cualquier documento, registro u otra información que: se haya usado como referencia para la determinación de beneficios; se haya presentado, considerado o producido mientras se realizaba la determinación de beneficios, independientemente de que dicha determinación se haya basado en ese documento, registro u otra información; demuestre que cumple con las garantías y procesos administrativos exigidos por la ley federal para realizar la determinación de beneficios; o constituya una declaración de política u orientación con respecto al plan en relación con la opción de tratamiento o el beneficio denegado, o el diagnóstico de la persona que hace el reclamo, independientemente de que la determinación de beneficios se haya basado en dicha orientación o declaración.

Acción legal

Si su plan se rige por ERISA, usted tiene derecho a iniciar una acción civil en virtud del artículo 502(a) de ERISA si no está satisfecho con el resultado del Procedimiento de apelación.

En la mayoría de los casos, no podrá iniciar una acción legal contra Cigna hasta tanto haya completado los procesos de apelación. No obstante, no podrá iniciarse ninguna acción salvo dentro de un período de tres años después de la fecha en que debe presentarse el comprobante de reclamo requerido por el Plan. No obstante, no podrá iniciarse ninguna acción salvo dentro de un período de tres años después de la presentación de un reclamo para Servicios Dentro de la red o dentro de un período de tres años después de la fecha en que debe presentarse el comprobante de reclamo requerido por el Plan para servicios Fuera de la red.

Derechos de continuación en virtud de COBRA según la legislación federal

Para usted y para sus Dependientes

¿Qué es la continuación de la cobertura en virtud de la Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (COBRA, por sus siglas en inglés)?

En virtud de la legislación federal, usted y/o sus Dependientes deben tener la oportunidad de continuar con el seguro de salud cuando se produzca un “evento estipulado como requisito” que podría hacerles perder la cobertura en virtud del Plan. Usted y/o sus Dependientes podrán continuar con la misma cobertura que tenían el día anterior al evento estipulado como requisito, a menos que se muden del área de cobertura de ese plan o que el plan deje de estar disponible. Usted y/o sus Dependientes no pueden cambiar las opciones de cobertura hasta el próximo período de inscripción abierta.

¿Cuándo está disponible la continuación en virtud de COBRA?

Para usted y sus Dependientes, la continuación en virtud de COBRA está disponible durante un máximo de 18 meses desde la fecha de los siguientes eventos estipulados como requisito, si el evento podría hacerles perder la cobertura en virtud del Plan:

- finalización de su relación laboral por cualquier motivo, que no sea falta de conducta grave, o
- reducción de sus horas de trabajo.

Para sus Dependientes, la continuación de la cobertura en virtud de COBRA está disponible durante un máximo de 36 meses desde la fecha de los siguientes eventos estipulados como requisito, si el evento podría hacerles perder la cobertura en virtud del Plan:

- su muerte;
- su divorcio o separación legal; o
- para un hijo Dependiente, dejar de reunir los requisitos como Dependiente en virtud del Plan.

¿Quién tiene derecho a la continuación en virtud de COBRA?

Solo los “beneficiarios calificados” (según la definición incluida en la ley federal) pueden optar por continuar con la cobertura del seguro de salud. Un beneficiario calificado puede incluir a las siguientes personas cubiertas por el Plan el día en que se produjo el evento estipulado como requisito: usted, su cónyuge y sus hijos Dependientes.

Cada beneficiario calificado tiene su propio derecho a elegir o rechazar la continuación de la cobertura en virtud de COBRA aunque usted rechace dicha continuación o no cumpla con los requisitos para elegirla.

Las siguientes personas no son beneficiarios calificados a los fines de la continuación en virtud de COBRA: parejas de hecho, nietos (a menos que los haya adoptado), hijastros (a menos que los haya adoptado). Aunque estas personas no

tienen un derecho independiente a elegir la continuación de la cobertura en virtud de COBRA, si usted la elige para usted mismo, también puede cubrir a sus Dependientes aunque no sean considerados beneficiarios calificados en virtud de COBRA. No obstante, la cobertura de dichas personas finalizará cuando finalice su continuación de la cobertura en virtud de COBRA. Las secciones denominadas “Eventos estipulados como requisito secundarios” y “Extensión de Medicare para sus Dependientes” no se aplicarán a estas personas.

Eventos estipulados como requisito secundarios

Si, como resultado de la finalización de su relación laboral o la reducción de sus horas de trabajo, su(s) Dependiente(s) ha(n) elegido la continuación de la cobertura en virtud de COBRA y uno o más Dependientes experimentan otro evento estipulado como requisito en virtud de COBRA, el/los Dependiente(s) afectado(s) podrá(n) optar por extender la continuación de la cobertura en virtud de COBRA durante 18 meses más (7 meses si el evento secundario se produce dentro del período de extensión por incapacidad), por un máximo de 36 meses desde el evento estipulado como requisito inicial. El segundo evento estipulado como requisito debe producirse antes de que finalicen los 18 meses iniciales de la continuación de la cobertura en virtud de COBRA o dentro del período de extensión por incapacidad que se analiza a continuación. La continuación de la cobertura en virtud de COBRA no estará disponible bajo ninguna circunstancia durante más de 36 meses desde el evento estipulado como requisito inicial. Los eventos estipulados como requisito secundarios son: su muerte; su divorcio o separación legal; o, para un hijo Dependiente, dejar de reunir los requisitos como Dependiente en virtud del Plan.

Extensión por incapacidad

Si, después de elegir la continuación de la cobertura en virtud de COBRA debido a la finalización de su relación laboral o la reducción de sus horas de trabajo, la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) determina que usted o uno de sus Dependientes está totalmente incapacitado según el Título II o XVI de la SSA, usted y todos sus Dependientes que hayan elegido la continuación de la cobertura en virtud de COBRA podrán extender dicha continuación durante 11 meses más, por un máximo de 29 meses desde el evento estipulado como requisito inicial.

Para poder solicitar la extensión por incapacidad, se deben cumplir todos los siguientes requisitos:

- SSA debe determinar que la incapacidad se produjo antes de que la persona incapacitada eligiera la continuación de la cobertura en virtud de COBRA o dentro de los 60 días de haberla elegido; y
- Se debe proporcionar una copia de la determinación de la SSA por escrito al Administrador del plan dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha de la determinación de la SSA. Y antes de que finalice el período de continuación inicial de 18 meses.

Si la SSA posteriormente determina que la persona ya no está incapacitada, usted debe notificar al Administrador del plan dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la determinación final de la SSA. La extensión por incapacidad de 11 meses finalizará para todas las personas cubiertas el primer día del mes que sea más de 30 días después de la fecha en la que la SSA emita una determinación final en la que indique que la persona incapacitada ya no está incapacitada.

Todas las causas de “Finalización de la continuación en virtud de COBRA” que se enumeran a continuación también se aplicarán al período de extensión por incapacidad.

Extensión de Medicare para sus Dependientes

Cuando el evento estipulado como requisito sea la finalización de su relación laboral o la reducción de sus horas de trabajo y usted se haya inscrito en Medicare (Parte A, Parte B o ambas) dentro de los 18 meses anteriores al evento estipulado como requisito, la continuación de la cobertura en virtud de COBRA para sus Dependientes durará un máximo de 36 meses a partir de la fecha en que se haya inscrito en Medicare. La continuación de la cobertura en virtud de COBRA durará un máximo de 18 meses a partir de la fecha de finalización de su relación laboral o reducción de sus horas de trabajo.

Finalización de la continuación en virtud de COBRA

La continuación de la cobertura en virtud de COBRA finalizará en caso de que se produzca alguno de los siguientes hechos:

- finalización del período de continuación en virtud de COBRA de 18, 29 o 36 meses, según corresponda;
- falta de pago de la prima requerida dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha de vencimiento;
- cancelación de la póliza del Empleador con Cigna;
- después de elegir la continuación de la cobertura en virtud de COBRA, un beneficiario calificado se inscribe en Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- después de elegir la continuación de la cobertura en virtud de COBRA, un beneficiario calificado empieza a estar cubierto en virtud de otro plan de salud colectivo, a menos que el beneficiario calificado tenga una afección para la cual el nuevo plan limita o excluye la cobertura en virtud de una disposición sobre afección preexistente. En dicho caso, la cobertura continuará hasta lo primero que ocurra de lo siguiente: la finalización del período máximo aplicable; la fecha en que la disposición sobre afección preexistente deje de ser aplicable; o que se produzca uno de los eventos descritos en una de las primeras tres viñetas precedentes; o
- cualquier motivo por el cual el Plan finalizaría la cobertura de un participante o beneficiario que no está recibiendo continuación de la cobertura (por ejemplo, fraude).

Mudanza fuera del área de servicio del Empleador o eliminación de un área de servicio

Si usted y/o sus Dependientes se mudan fuera del área de servicio del Empleador o el Empleador elimina un área de

servicio de su zona, la continuación de la cobertura en virtud de COBRA de acuerdo con los términos del plan se limitará a la cobertura fuera de la red únicamente. La cobertura dentro de la red no está disponible fuera del área de servicio del Empleador. Si el Empleador ofrece otra opción de beneficios a través de Cigna u otra compañía de seguros que puede brindar cobertura en su zona, podrá elegir la continuación de la cobertura en virtud de COBRA según esa opción.

Requisitos de notificación del Empleador

Su Empleador debe proporcionarles a usted y/o a sus Dependientes las siguientes notificaciones:

- Se debe proporcionar una notificación inicial de los derechos de continuación en virtud de COBRA dentro de los 90 días posteriores al comienzo de su cobertura (o la de su cónyuge) en virtud del Plan (o a que el Plan comience a estar sujeto a los requisitos de continuación en virtud de COBRA, si sucede más adelante). Si usted y/o sus Dependientes experimentan un evento estipulado como requisito antes de que finalice dicho período de 90 días, la notificación inicial debe proporcionarse dentro del plazo requerido para la notificación de elección de continuación de la cobertura en virtud de COBRA, según se explica a continuación.
- La notificación de elección de continuación de la cobertura en virtud de COBRA debe proporcionarse a usted y/o sus Dependientes dentro de los siguientes plazos:
 - si el Plan dispone que la continuación de la cobertura en virtud de COBRA y el período dentro del cual el Empleador debe notificar al Administrador del plan de un evento estipulado como requisito comienza cuando se pierda la cobertura, 44 días después de la pérdida de cobertura en virtud del Plan;
 - si el Plan dispone que la continuación de la cobertura en virtud de COBRA y el período dentro del cual el Empleador debe notificar al Administrador del plan de un evento estipulado como requisito comienza cuando se produzca un evento estipulado como requisito, 44 días después de que se produzca el evento estipulado como requisito; o
 - en el caso de un plan de múltiples empleadores, a más tardar 14 días después de que finalice el período en el que el Empleador debe proporcionar notificación de un evento estipulado como requisito al Administrador del plan.

Cómo elegir la continuación de la cobertura en virtud de COBRA

La notificación de elección de la cobertura en virtud de COBRA indicará cuáles son las personas que cumplen con los requisitos para la continuación de la cobertura en virtud de COBRA y le informarán la prima aplicable. La notificación también incluirá instrucciones para elegir la continuación de la cobertura en virtud de COBRA. Usted debe notificar al Administrador del plan de su elección a más tardar en la fecha

de vencimiento indicada en la notificación de elección de COBRA. Si se requiere una notificación de elección por escrito, deberá llevar matasellos con fecha anterior a la fecha de vencimiento inclusive que se indica en la notificación de elección de COBRA. Si no cursa la notificación debida a más tardar en la fecha de vencimiento que aparece en la notificación, usted y sus Dependientes perderán el derecho a elegir la continuación de la cobertura en virtud de COBRA. Si rechaza la continuación de la cobertura en virtud de COBRA antes de la fecha de vencimiento, podrá cambiar de parecer siempre que envíe un formulario de elección completado antes de la fecha de vencimiento.

Cada beneficiario calificado tiene un derecho independiente a elegir la continuación de la cobertura en virtud de COBRA. La continuación de la cobertura puede elegirse únicamente para un Dependiente, para varios o para todos los Dependientes que sean beneficiarios calificados. Los padres podrán optar por continuar con la cobertura en nombre de sus hijos Dependientes.

Usted o su cónyuge podrán elegir la continuación de la cobertura en nombre de todos los beneficiarios calificados. No está obligado a elegir la continuación de la cobertura en virtud de COBRA para que sus Dependientes elijan la continuación en virtud de COBRA.

¿Cuánto cuesta la continuación de la cobertura en virtud de COBRA?

Es posible que se le exija a cada beneficiario calificado que pague el costo total de la continuación de la cobertura. La cantidad no podrá exceder el 102% del costo para el plan de salud colectivo (incluidos los aportes del Empleador y del Empleado) para la cobertura de un Empleado o miembro de la familia activo en una situación similar. La prima durante la extensión por incapacidad de 11 meses no podrá exceder el 150% del costo para el plan de salud colectivo (incluidos los aportes del Empleador y del Empleado) para la cobertura de un Empleado o miembro de la familia activo en una situación similar.

Por ejemplo: Si el Empleado en forma individual elige la continuación de la cobertura en virtud de COBRA, se le cobrará el 102% (o 150%) de la prima de Empleado activo. Si el cónyuge o un hijo Dependiente en forma individual eligen la continuación de la cobertura en virtud de COBRA, se les cobrará el 102% (o 150%) de la prima de Empleado activo. Si más de un beneficiario calificado elige la continuación de la cobertura en virtud de COBRA, se les cobrará el 102% (o 150%) de la prima del grupo familiar aplicable.

Cuándo y cómo pagar las primas en virtud de COBRA

Primer pago de la continuación en virtud de COBRA

Si elige la continuación de la cobertura en virtud de COBRA, no tiene que enviar ningún pago con el formulario de elección. No obstante, debe efectuar su primer pago a más tardar 45 días calendario después de la fecha de su elección. (Esta es la fecha del matasellos de la Notificación de elección, si se envía por

correo). Si no efectúa su primer pago dentro de dicho plazo de 45 días, perderá todos los derechos de continuación en virtud de COBRA de acuerdo con el Plan.

Pagos subsiguientes

Una vez que efectúe su primer pago para la continuación de la cobertura en virtud de COBRA, deberá efectuar los pagos subsiguientes de la prima requerida para cada mes de cobertura adicional. El pago vence el primer día de cada mes. Si efectúa un pago a más tardar en la fecha de vencimiento, su cobertura en virtud del Plan continuará durante ese período de cobertura sin interrupciones.

Períodos de gracia para pagos subsiguientes

Aunque los pagos subsiguientes vencen el primer día del mes, se le otorgará un período de gracia de 30 días después del primer día del período de cobertura para efectuar cada pago mensual. Se le proporcionará continuación de la cobertura en virtud de COBRA para cada período de cobertura siempre que el pago de dicho período de cobertura se efectúe antes de que finalice el período de gracia correspondiente a dicho pago. No obstante, si su pago se recibe después de la fecha de vencimiento, su cobertura en virtud del Plan podrá suspenderse durante este período.

Es posible que a los proveedores que se comuniquen con el Plan para confirmar la cobertura durante este período se les informe que la cobertura se ha suspendido. Si el pago se recibe antes de que finalice el período de gracia, su cobertura se rehabilitará en forma retroactiva al comienzo del período de cobertura. Esto significa que es posible que se denieguen reclamos por beneficios que envíe mientras su cobertura está suspendida y que deba volver a enviarlos una vez que se rehabilite su cobertura. Si no efectúa un pago antes de que finalice el período de gracia correspondiente a dicho período de cobertura, perderá todos los derechos a la continuación de la cobertura en virtud de COBRA de acuerdo con el Plan.

Debe cursar notificación de determinados eventos estipulados como requisito

Si usted o su(s) Dependiente(s) experimentan uno de los siguientes eventos estipulados como requisito, debe notificar al Administrador del plan dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que se produzca el evento estipulado como requisito o la fecha en que la cobertura finalizaría como resultado del evento estipulado como requisito, lo que suceda en último término:

- su divorcio o separación legal; o
- su hijo deja de reunir los requisitos como Dependiente en virtud del Plan.
- se produce un evento estipulado como requisito secundario según lo analizado anteriormente en “Eventos estipulados como requisito secundarios” (esta notificación debe recibirse antes de que finalice el período de COBRA inicial de 18 o 29 meses).

(Consulte también la sección titulada “Extensión por incapacidad” para conocer requisitos adicionales de las notificaciones).

La notificación debe cursarse por escrito e incluir: el nombre del Plan, el nombre y el domicilio del Empleado cubierto en virtud del Plan, el nombre y el/los domicilio(s) de los beneficiarios calificados afectados por el evento estipulado como requisito; el evento estipulado como requisito; la fecha en que se produjo el evento estipulado como requisito; y documentación respaldatoria (por ejemplo, sentencia de divorcio, certificado de nacimiento, determinación de incapacidad, etc.).

Adquisición de nuevos Dependientes

Si adquiere un nuevo Dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o tutela para la adopción durante la continuación de su cobertura, podrá cubrir a dicho Dependiente por la continuación de la cobertura en virtud de COBRA. No obstante, solo su hijo Dependiente recién nacido o adoptado es un beneficiario calificado y puede continuar con la continuación de la cobertura en virtud de COBRA durante el resto del período de cobertura después de la finalización anticipada de la cobertura en virtud de COBRA o debido a un evento estipulado como requisito secundario.

La cobertura en virtud de COBRA para su cónyuge Dependiente y cualquier hijo Dependiente que no sea su hijo (por ejemplo, hijastros o nietos) finalizará en la fecha en que finalice su cobertura en virtud de COBRA, y no cumplen con los requisitos para un evento estipulado como requisito secundario.

Continuación en virtud de COBRA para jubilados después de la quiebra del Empleador

Si está cubierto como jubilado y se inicia un procedimiento de quiebra con respecto al Empleador en virtud del Título 11 del Código de los Estados Unidos, es posible que tenga derecho a recibir la continuación de la cobertura en virtud de COBRA.

Si como resultado del procedimiento de quiebra usted, sus Dependientes o su cónyuge supérstite pierden la cobertura dentro del año anterior o posterior a dicho procedimiento, usted y sus Dependientes cubiertos se convertirán en beneficiarios calificados en virtud de COBRA con respecto a la quiebra. Usted tendrá derecho a recibir la continuación de la cobertura en virtud de COBRA hasta la fecha de su muerte.

Su cónyuge supérstite y sus hijos Dependientes cubiertos tendrán derecho a recibir la continuación de la cobertura en virtud de COBRA durante un máximo de 36 meses desde la fecha de su muerte. No obstante, la continuación de la cobertura en virtud de COBRA finalizará en caso de que se produzca alguno de los eventos que se enumeran en “Finalización de la continuación en virtud de COBRA” anteriormente.

Interacción con otros beneficios de continuación

Es posible que cumpla con los requisitos para otros beneficios de continuación en virtud de la ley estatal. Consulte la sección Finalización para conocer los demás beneficios de continuación.

HC-FED66

07-14

Información requerida por ERISA

Nombre del Plan:

BorgWarner Flexible Benefit Plans

Nombre, domicilio, código postal y número de teléfono comercial del patrocinador del Plan:

BorgWarner Inc. Employee Benefits Committee
3850 Hamlin Rd
Auburn Hills, MI 48326
248-754-9200

Número de identificación de empleador Número del Plan:
(EIN, por sus siglas en inglés):

133404508

501

Nombre, domicilio, código postal y número de teléfono comercial del Administrador del plan:

Empleador mencionado arriba

Nombre, domicilio y código postal de la persona designada como agente a los efectos de las notificaciones legales:

BorgWarner Inc.
3850 Hamlin Rd
Auburn Hills, MI 48326
248-754-9200

Oficina designada para analizar la apelación de reclamos denegados:

Oficina de reclamos de Cigna responsable por este Plan

El costo del Plan se comparte entre el Empleado y el Empleador.

El ejercicio económico del Plan cierra el 12/31.

Las páginas precedentes establecen los requisitos de elegibilidad y los beneficios que se le proporcionan en virtud de este Plan.

Fiduciarios del Plan

Podrá obtener una lista de los Fiduciarios del Plan, que incluye nombre, cargo y domicilio, previa solicitud al Administrador del plan.

Tipo de Plan

El plan es un plan de beneficios de cuidado de la salud.

Acuerdos de negociación colectiva

Puede comunicarse con el Administrador del plan para determinar si el Plan se mantiene conforme a uno o más

acuerdos de negociación colectiva y si algún Empleador en particular es el patrocinador. Podrá obtener una copia para analizarla previa solicitud por escrito al Administrador del plan.

Autoridad discrecional

El Administrador del plan delega en Cigna la autoridad discrecional para interpretar y aplicar los términos del plan, y para hacer todas las determinaciones de hecho en relación con su revisión de los reclamos en virtud del plan. Se pretende que dicha autoridad discrecional incluya, a modo de ejemplo, la determinación de si las personas que deseen inscribirse en el plan o reclamar beneficios en virtud del plan cumplen con los requisitos correspondientes, la determinación de si una persona tiene derecho a recibir beneficios en virtud del plan, y el cómputo de todos los pagos de beneficios. El Administrador del plan también delega en Cigna la autoridad discrecional para realizar una revisión plena e imparcial, según lo exigido por ERISA, de todas las denegaciones de reclamos que hayan sido apeladas por la persona que hace el reclamo o su representante debidamente autorizado.

Modificaciones y finalización del Plan

El Empleador, en calidad de Patrocinador del Plan, se reserva el derecho, en cualquier momento, de cambiar o finalizar los beneficios en virtud del plan, de cambiar o finalizar los requisitos que deben cumplir las clases de empleados que estarán cubiertos por el plan, de modificar o eliminar cualquier otro término o condición del plan, y de finalizar todo el plan o alguna parte de este.

Comuníquese con el Empleador para conocer el procedimiento por el cual se pueden cambiar o finalizar los beneficios, por el cual se pueden cambiar o finalizar los requisitos que deben cumplir las clases de empleados, o por el cual se puede finalizar todo el Plan o una parte de este. No se requiere el consentimiento de ningún participante para finalizar, modificar o cambiar de algún modo el Plan.

La finalización del Plan junto con la finalización de la(s) póliza(s) de seguro que financia(n) los beneficios del Plan no tendrá ningún efecto adverso sobre ningún beneficio pagadero en virtud de la(s) póliza(s) por cualquier gasto médico cubierto en el que se haya incurrido antes de la fecha en que finalice(n) la(s) póliza(s). Del mismo modo, cualquier extensión de beneficios en virtud de la(s) póliza(s) debido a una incapacidad total suya o de su Dependiente que haya comenzado antes la fecha de finalización de la(s) póliza(s) y haya continuado después de esa fecha no se verá afectada por la finalización del Plan. Es posible que surjan derechos a comprar cantidades limitadas de seguro de vida y médico para reemplazar parte de los beneficios perdidos debido a la finalización de la(s) póliza(s), en virtud de los términos de la(s) póliza(s). La finalización del Plan subsiguiente no afectará la extensión de los beneficios y derechos en virtud de la(s) póliza(s).

Su cobertura en virtud de la(s) póliza(s) de seguro del Plan finalizará en cualquiera de las fechas siguientes, la que ocurra primero:

- la fecha en la que deje de prestar Servicio activo (o más adelante según lo explicado en la sección Finalización);
- la fecha en la que deje de pertenecer a una clase que cumple con los requisitos;
- si el Plan se basa en aportes, la fecha en la que deje de realizar aportes;
- la fecha en que finalice(n) la(s) póliza(s).

Consulte a su Administrador del plan para determinar si hay alguna extensión de beneficios o derechos disponible para usted o sus Dependientes en virtud de esta(s) póliza(s). No habrá ninguna extensión de beneficios o derechos disponible únicamente debido a que el Plan finaliza.

Declaración de derechos

Como participante en el plan, usted tiene derecho a determinados derechos y protecciones en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados de 1974 (ERISA). ERISA dispone que todos los participantes del plan tendrán derecho a:

Recibir información sobre su Plan y los beneficios

- Examinar, sin cargo, en la oficina del Administrador del plan y en cualquier otro lugar designado, como lugares de trabajo o sindicatos, todos los documentos que rigen el plan, incluidos los contratos de seguro y los acuerdos de negociación colectiva, y una copia del último informe anual (Formulario Serie 5500) presentado por el plan ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y disponible en la sala de Divulgación pública de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados.
- Obtener, previa solicitud por escrito al Administrador del plan, copias de los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguro y los acuerdos de negociación colectiva, y una copia del último informe anual (Formulario Serie 5500) y la descripción resumida del plan actualizada. El administrador podrá cobrar un cargo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. El Administrador del plan está obligado por ley a entregar a cada una de las personas cubiertas por el Plan una copia de este informe financiero resumido.

Continuar con la cobertura del plan de salud colectivo

- Continuar con la cobertura de cuidado de la salud para usted, su cónyuge o sus Dependientes en caso de pérdida de la cobertura en virtud del Plan como resultado de un evento estipulado como requisito. Es posible que usted o sus Dependientes deban pagar por dicha cobertura. Revise los documentos que rigen el Plan para conocer las normas que regulan sus derechos de continuación de la cobertura federal.

Acciones prudentes de los fiduciarios del Plan

Además de crear derechos para los participantes del plan, ERISA impone obligaciones a las personas responsables de la operación del plan de beneficios para empleados. Las personas que operan su plan, denominadas “fiduciarios” del Plan, tienen el deber de desempeñarse de manera prudente y en beneficio de sus intereses y de los intereses de los demás participantes y beneficiarios del plan. Nadie, incluido su empleador, su sindicato ni ninguna otra persona, podrá despedirlo o discriminarlo de ningún modo, de manera de impedirle obtener un beneficio de asistencia social o ejercer sus derechos en virtud de ERISA. Si su reclamo de un beneficio de asistencia social es denegado o ignorado, tiene derecho a saber el motivo, a obtener copias de los documentos relacionados con la decisión sin cargo, y a apelar cualquier denegación, todo ello dentro de determinados plazos.

Hacer valer sus derechos

En virtud de ERISA, puede seguir algunos pasos para hacer valer los derechos previamente mencionados. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos que rigen el plan o le solicita el último informe anual al plan y no los recibe dentro del plazo de 30 días, podrá iniciar acciones judiciales en un juzgado federal. En ese caso, el juzgado podrá exigirle al administrador del plan que suministre los materiales y le pague hasta \$110 por día hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no hayan sido enviados por motivos que exceden el control del administrador. Si tiene un reclamo de beneficios denegado o ignorado, en todo o en parte, podrá iniciar acciones judiciales en un juzgado estatal o federal.

Además, si no está de acuerdo con la decisión del plan o no se emite una decisión con respecto a si una orden de relaciones familiares o una orden de beneficios médicos para manutención de los hijos es una orden calificada, podrá iniciar acciones judiciales en un juzgado federal. En el caso de que los fiduciarios del plan usaran incorrectamente el dinero del plan, o si sufre algún tipo de discriminación por hacer valer sus derechos, podrá solicitar asistencia al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos o iniciar acciones judiciales en un juzgado federal. El juzgado decidirá quién pagará los costos judiciales y los honorarios legales. Si resulta vencedor, es posible que el juzgado le ordene a la persona que usted demandó que pague estos costos y honorarios. Si resulta vencido, es posible que el juzgado le ordene a usted que pague estos costos y honorarios, por ejemplo si determina que su reclamo carece de fundamento.

Asistencia con sus preguntas

Si tiene alguna pregunta acerca de su plan, debe comunicarse con el administrador del plan. Si tiene alguna pregunta acerca de esta declaración o de sus derechos en virtud de ERISA, o si necesita asistencia para obtener documentos del administrador del plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, que aparece en

su directorio telefónico, o con la División de Asistencia y Consultas Técnicas, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener determinadas publicaciones acerca de sus derechos y responsabilidades en virtud de ERISA llamando a la línea de información de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados.

HC-FED72

05-15

Definiciones

Servicio activo

Usted será considerado en Servicio activo:

- En cualquiera de los días laborales reglamentarios de su Empleador si se encuentra realizando tareas regulares de su trabajo por tiempo completo en ese día, ya sea en el domicilio comercial de su Empleador o en algún otro lugar al que deba ir por cuestiones relativas al negocio de su Empleador.
- Un día que no sea uno de los días laborales reglamentarios de su Empleador si hubiese estado en Servicio activo el día laboral reglamentario anterior.

HC-DFS1095M

12-17

Cama y comida

El término Cama y comida comprende todos los cargos cobrados por el Hospital, en su propio nombre, por el cuarto y las comidas y por todos los servicios y actividades generales requeridos para el cuidado de los pacientes internos.

HC-DFS2

04-10

V2

Producto biológico

Un virus, suero terapéutico, toxina, antitoxina, vacuna, sangre, componente o derivado de la sangre, producto alergénico, proteína (salvo cualquier polipéptido sintetizado químicamente) o producto análogo, o arsénamina o derivado de la arsénamina (o cualquier otro compuesto de arsénico orgánico trivalente) que se utilice para la prevención, el tratamiento o la cura de una enfermedad o afección de seres humanos, según lo definido en la Sección 351(i) de la Ley del Servicio de Salud Pública (42 USC 262(i)) (con las modificaciones introducidas por la Ley de Innovación y Competencia de Precios de Productos Biológicos de 2009, título VII de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio, Pub. L. No. 111-148, § 7002 (2010), y con las modificaciones que puedan introducirse en lo sucesivo).

HC-DFS840

10-16

Producto biosimilar

Un Producto biológico que es muy similar al Producto biológico de referencia, sin perjuicio de diferencias menores en componentes clínicamente inactivos y que no tiene diferencias significativas respecto al Producto biológico de referencia en términos de su seguridad, pureza y potencia, según lo definido en la Sección 351(i) de la Ley del Servicio de Salud Pública (42 USC 262(i)) (con las modificaciones introducidas por la Ley de Innovación y Competencia de Precios de Productos Biológicos de 2009, título VII de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio, Pub. L. No. 111-148, § 7002 (2010), y con las modificaciones que puedan introducirse en lo sucesivo).

HC-DFS841

10-16

Medicamento de marca

Un Producto farmacológico con receta que Cigna identifica como un Producto farmacológico de marca en su cartera de clientes, basándose principalmente en los recursos de datos disponibles, incluidos a modo de ejemplo, First DataBank u otra fuente de indicadores de medicamentos con reconocimiento nacional, que clasifican los medicamentos o los Productos biológicos como productos de marca o genéricos según diversos factores. Es posible que no todos los productos identificados como "de marca" por el fabricante, la Farmacia o su Médico estén clasificados como Medicamentos de marca de acuerdo con el plan.

HC-DFS842

10-16

Equipo de decisiones comerciales

Un comité conformado por representantes con y sin derecho de voto de diversas unidades de negocios de Cigna, como líderes clínicos, médicos y comerciales, que está debidamente autorizado por Cigna para tomar decisiones respecto al tratamiento de la cobertura de los Productos farmacológicos con receta o los Productos farmacéuticos médicos basándose en los hallazgos clínicos del Comité de P&T, inclusive a modo de ejemplo, decisiones acerca de la colocación en niveles y la aplicación de la administración de la utilización a Productos farmacológicos con receta o Productos farmacéuticos médicos.

HC-DFS843

10-16

Cargos

El término “cargos” significa los cargos reales facturados; salvo cuando el proveedor tenga un contrato con Cigna, en forma directa o indirecta, por una cantidad diferente.

HC-DFS3

04-10

VI

Atención quiropráctica

El término Atención quiropráctica significa el manejo prudente de afecciones neuromusculoesqueléticas agudas mediante manipulación y tratamiento fisiológico auxiliar en articulaciones específicas con el fin de restaurar el movimiento, reducir el dolor y mejorar la funcionalidad.

HC-DFS55

04-10

VI

Cigna Home Delivery Pharmacy

Una Farmacia de la red con entrega a domicilio perteneciente a afiliadas de Farmacia de Cigna Health and Life Insurance Company y operada por ellas.

HC-DFS844

10-16

Servicios de custodia

Comprenden todos los servicios de resguardo, protección o salvaguarda. Dichos servicios pueden incluir una estadía en una unidad institucional, cuidado en el hogar o servicios de enfermería para atender a una persona en razón de su edad o su condición física o mental. Este servicio tiende a ayudar fundamentalmente a la persona en su vida cotidiana.

Los cuidados de custodia también pueden proveer servicios médicos, proporcionados principalmente a fin de mantener el estado de salud actual de la persona. Estos servicios no pueden tener como propósito mejorar en gran medida una afección médica; su objetivo es proporcionar cuidado en casos en que el paciente no puede cuidar de sí mismo. Los Servicios de custodia comprenden, a modo de ejemplo:

- servicios relacionados con la vigilancia o la protección de una persona;
- servicios relacionados con la realización de actividades de la vida cotidiana o la asistencia prestada a una persona para la realización de actividades de la vida cotidiana como: caminar, arreglarse, bañarse, vestirse, acostarse y levantarse, usar el baño, comer, preparar alimentos o tomar medicamentos que se pueden autoadministrar; y
- servicios que no requieren ser administrados por personal médico capacitado o entrenado, o personal paramédico.

HC-DFS4

04-10

VI

Dependiente

Los Dependientes son:

- su cónyuge legal; y
- cualquier hijo suyo que
 - sea menor de 26 años; o
 - tenga 26 años o más, no esté casado, usted sea su fuente principal de manutención, y no sea capaz de tener un empleo para mantenerse a sí mismo a causa de una incapacidad física o mental que haya aparecido mientras estaba cubierto como Dependiente en virtud de este Plan, o mientras estaba cubierto como dependiente en virtud de un plan anterior sin interrupción en la cobertura.

Es posible que se exija presentar ante el plan comprobantes de la afección y la dependencia del hijo dentro de un plazo de 31 días a partir de la fecha en que el hijo deje de reunir los requisitos anteriores. Es posible que el Plan solicite ocasionalmente, pero no más de una vez al año, pruebas de la continuidad de dicha afección y dependencia.

El término hijo incluye a los hijos biológicos, así como a los hijos que adopte legalmente. También incluye a los hijastros y a los niños respecto de los cuales se le haya otorgado la tutela legal.

Los beneficios para un hijo Dependiente continuarán hasta el último día del mes calendario en el que se cumpla la edad límite.

Cualquier persona que cumpla con los requisitos como Empleado no será considerada como cónyuge Dependiente. Los hijos menores de 26 años pueden estar cubiertos como Empleado o como hijo Dependiente. Usted no puede estar cubierto como Empleado si ya está cubierto como Dependiente de un Empleado.

Nadie puede ser considerado como Dependiente de más de un Empleado.

HC-DFS872

10-16

Farmacia designada

Una Farmacia de la red que ha celebrado un acuerdo con Cigna, o con una entidad que celebra contratos en nombre de Cigna, para brindar Productos farmacológicos con receta o servicios, inclusive a modo de ejemplo, Productos farmacológicos con receta específicos, a los miembros del plan en forma preferida o exclusiva. Por ejemplo, una Farmacia designada puede proporcionar a los miembros determinados Productos farmacológicos con receta que tienen disponibilidad limitada para la distribución, proporcionar a los miembros un suministro por una cantidad extendida de días de los Productos farmacológicos con receta o proporcionar a los miembros Productos farmacológicos con receta con un costo compartido preferido. El hecho de que una Farmacia sea una Farmacia de la red no significa que sea una Farmacia designada.

HC-DFS845

10-16

Afección médica de emergencia

Afección médica de emergencia significa una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de tal gravedad (incluido dolor intenso) que harían que una persona prudente sin conocimiento especializado, con un conocimiento promedio de temas de salud y medicina, previera razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría poner en grave riesgo la salud de la persona (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo en gestación); podría causar un deterioro grave de las funciones corporales o podría ocasionar una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

HC-DFS394

11-10

Servicios de emergencia

Servicios de emergencia significa, con respecto a una afección médica de emergencia, un examen médico de evaluación que se encuentre dentro de las prestaciones que puede brindar el departamento de emergencias de un hospital, incluidos los servicios auxiliares que normalmente se encuentran disponibles para el departamento de emergencias a fin de evaluar la afección médica de emergencia; y los demás exámenes y tratamientos médicos que sean necesarios para estabilizar al paciente, en la medida de las posibilidades del personal y las instalaciones con que cuente el hospital.

HC-DFS393

11-10

Empleado

El término Empleado significa un empleado de tiempo completo del Empleador que actualmente está en Servicio activo. El término no incluye a los empleados de medio tiempo o temporarios, o que normalmente trabajen menos de 30 horas por semana para el Empleador.

HC-DFS1094M

12-17

Empleador

El término Empleador significa el patrocinador del plan que autoasegura los beneficios descritos en este folleto, en nombre de quien Cigna brinda los servicios de administración de reclamos.

HC-DFS8

04-10
V1

Beneficios de salud esenciales

Beneficios de salud esenciales significa, en la medida prevista por la cobertura del plan, los gastos incurridos en relación con servicios cubiertos en, al menos, las siguientes categorías: servicios para pacientes ambulatorios, servicios de emergencia, hospitalización, cuidado por maternidad y del recién nacido,

servicios para trastornos de la salud mental y para trastornos de consumo de sustancias, incluido el tratamiento de la salud del comportamiento, medicamentos con receta, servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación, servicios de laboratorio, servicios preventivos y de bienestar y servicios de control de enfermedades crónicas y pediátricos, incluidos los cuidados bucodentales y de la vista.

HC-DFS411

01-11

Gastos incurridos

Se considera que se incurre en un gasto cuando se provee el servicio o el suministro que genera el gasto.

HC-DFS10

04-10
V1

Centro quirúrgico independiente

El término Centro quirúrgico independiente designa a una institución que satisface los siguientes requisitos:

- cuenta con Médicos, Enfermeras y anestelistas con licencia entre su personal médico;
- cuenta con al menos dos quirófanos y una sala de recuperación;
- cuenta con centros de laboratorio y radiografías de diagnóstico;
- cuenta con equipo para cuidado de emergencia;
- cuenta con un banco de sangre;
- lleva registros médicos;
- tiene acuerdos con Hospitales para la admisión inmediata de pacientes que requieren Internación hospitalaria; y
- cuenta con una licencia de acuerdo con las leyes de la agencia legalmente autorizada que corresponda.

HC-DFS11

04-10
V1

Medicamento genérico

Un Producto farmacológico con receta que Cigna identifica como un Producto farmacológico genérico en su cartera de clientes, basándose principalmente en los recursos de datos disponibles, incluidos a modo de ejemplo, First DataBank u otra fuente de indicadores de medicamentos con reconocimiento nacional, que clasifican los medicamentos o los Productos biológicos (incluidos los Productos biosimilares) como productos de marca o genéricos según diversos factores. Es posible que no todos los productos identificados como “genéricos” por el fabricante, la Farmacia o su Médico estén clasificados como Medicamentos genéricos de acuerdo con el plan. Un Producto biosimilar puede clasificarse como un Medicamento genérico a los fines de los beneficios conforme al

plan aunque esté identificado como un medicamento “de marca” según el fabricante, la Farmacia o su Médico.

HC-DFS846

10-16

Programa de atención de enfermos terminales

El término Programa de atención de enfermos terminales designa a:

- un programa coordinado interdisciplinario que satisface las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales de las personas moribundas y sus familias;
- un programa que proporciona servicios paliativos y de apoyo, de enfermería o médicos, y otros servicios de salud mediante el cuidado de pacientes en el hogar o internados, durante la enfermedad;
- un programa para personas que tienen una Enfermedad terminal y para las familias de esas personas.

HC-DFS51

04-10

VI

Servicios de atención de enfermos terminales

El término Servicios de atención de enfermos terminales designa los servicios provistos por: un Hospital, Centros de cuidados especiales o institución similar, una Agencia de cuidado de la salud en el hogar, un Centro para enfermos terminales, o cualquier otro centro o agencia con licencia que opere en virtud del Programa de atención de enfermos terminales.

HC-DFS52

04-10

VI

Centro para enfermos terminales

El término “Centro para enfermos terminales” designa a una institución o parte de ella que:

- proporciona principalmente cuidados para pacientes con una Enfermedad terminal;
- cuenta con la certificación de la Organización Nacional de Centros para enfermos terminales;
- cumple con las normas establecidas por Cigna; y
- cumple con los requisitos de la licencia del estado o la localidad en la que opera.

HC-DFS53

04-10

VI

Hospital

El término Hospital designa a:

- una institución que ha obtenido una licencia para operar como hospital, que: cuenta en el establecimiento con todas las instalaciones necesarias para el tratamiento médico y quirúrgico; proporciona dicho tratamiento mediante

hospitalización, a cambio de una compensación, bajo la supervisión de Médicos; y proporciona servicio las 24 horas a cargo de Enfermeras tituladas registradas;

- una institución que cumple los requisitos para operar como hospital, hospital psiquiátrico u hospital para el tratamiento de la tuberculosis, y un proveedor de servicios de Medicare, si tal institución contara con la certificación de hospital de la Comisión conjunta para la acreditación de organizaciones de salud; o
- una institución que: se especializa en el tratamiento de la Salud mental y el Trastorno de consumo de sustancias u otras enfermedades relacionadas; proporciona programas de tratamiento residencial; y cuenta con licencia de acuerdo con las leyes de la agencia legalmente autorizada que corresponda.

El término Hospital no comprende a una institución que sea principalmente un lugar de descanso, un centro para ancianos o un asilo de convalecencia.

HC-DFS806

12-15

Hospitalización o internación hospitalaria

Se considera que una persona está Internada en un Hospital si:

- se encuentra registrada como paciente interno en un Hospital por recomendación de un Médico;
- está recibiendo tratamiento de Salud mental y Servicios de trastorno de consumo de sustancias en un Centro de tratamiento residencial de salud mental o Centro de tratamiento residencial de trastorno de consumo de sustancias.

HC-DFS807

12-15

Lesión

El término Lesión designa a una lesión corporal accidental.

HC-DFS12

04-10

VI

Medicamento de mantenimiento

Un Producto farmacológico con receta que se receta para usarlo durante un período prolongado para el tratamiento de afecciones crónicas o a largo plazo, como el asma, la hipertensión, la diabetes y la enfermedad cardíaca, y que se identifica principalmente sobre la base de la evaluación de los recursos de datos disponibles, incluidos a modo de ejemplo, First DataBank u otra fuente de indicadores de medicamentos con reconocimiento nacional y factores clínicos. A los fines de los beneficios, la lista de Productos farmacológicos de mantenimiento de su plan no incluye los medicamentos compuestos, los Productos farmacológicos con receta de especialidad ni los Productos farmacológicos con receta, como

determinados narcóticos, que una Farmacia no puede despachar por encima de determinados límites de suministro por Receta médica o Renovación según la ley federal o estatal aplicable. Puede determinar si un medicamento es un Medicamento de mantenimiento llamando a servicios a los miembros al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación.

HC-DFS847

10-16

Tratamiento de mantenimiento

El término Tratamiento de mantenimiento significa:

- tratamiento brindado para conservar o mantener el estado actual del paciente.

HC-DFS56

04-10

VI

Cargo máximo reembolsable – Atención médica

El Cargo máximo reembolsable para los servicios cubiertos se determina de acuerdo con la cantidad que resulte menor entre:

- el cargo normal del proveedor por un servicio o suministro similar; o
- un porcentaje seleccionado por el titular de la póliza de una tabla que elaboró Cigna que se basa en una metodología similar a una usada por Medicare para determinar la tarifa permitida para el mismo servicio o un servicio similar en el mercado geográfico.

El porcentaje utilizado para determinar el Cargo máximo reembolsable se indica en el Programa.

En algunos casos, la tabla basada en Medicare no se usará y el Cargo máximo reembolsable por los servicios cubiertos se determinará en función de la cantidad que resulte menor entre:

- el cargo normal del proveedor por un servicio o suministro similar; o
- el percentil 80 de los cargos cobrados por los proveedores de dicho servicio o suministro, en el área geográfica donde se reciba, según lo establecido en una base de datos seleccionada por Cigna. Si no se dispone de suficientes datos sobre cargos en la base de datos para esa área geográfica a fin de determinar el cargo máximo reembolsable, podrán usarse los datos incluidos en la base de datos para un servicio similar.

El Cargo máximo reembolsable está sujeto a todas las demás limitaciones de beneficios y a la codificación y metodologías de pago aplicables que determine Cigna. Hay disponible a pedido información adicional sobre cómo Cigna determina el Cargo máximo reembolsable.

HC-DFS1093

12-17

V2

Medicaid

El término Medicaid significa un programa estatal de asistencia médica para personas necesitadas, establecido en virtud del Título XIX de la Ley de Seguro Social de 1965, con sus modificaciones.

HC-DFS16

04-10

VI

Producto farmacéutico médico

Un producto farmacéutico con receta aprobado por la FDA, incluido un Producto farmacológico con receta de especialidad, que comúnmente debe ser administrado en relación con un servicio cubierto por un Médico u otro proveedor de cuidado de la salud dentro del alcance de la licencia del proveedor. Esta definición incluye determinados productos farmacéuticos cuya administración pueda requerir inicialmente o comúnmente la supervisión de un Médico, pero que puedan autoadministrarse en determinadas condiciones especificadas en la etiqueta de la FDA del producto. Esta definición no incluye ningún cargo por software o aplicaciones móviles, de Internet o electrónicas de otro tipo, aunque la FDA aprobara su comercialización como producto con receta.

HC-DFS848

10-16

Medicamento necesario/Necesidad médica

Servicios de cuidado de la salud, suministros y medicamentos proporcionados con el fin de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una Enfermedad, Lesión, afección, dolencia o sus síntomas, que cumplan con todos los requisitos mencionados a continuación según lo determine un Director médico o una Organización de revisión:

- son requeridos para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, Lesión, dolencia o sus síntomas;
- cumplen con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica;
- son clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, alcance, ubicación y duración;
- no son principalmente para la conveniencia del paciente, Médico u otro proveedor de cuidado de la salud;
- no son más costosos que uno o más servicios, medicamentos o suministros alternativos que tienen, como mínimo, iguales probabilidades de producir resultados terapéuticos o de diagnóstico equivalentes con el mismo perfil de seguridad en relación con la prevención, la evaluación, el diagnóstico o el tratamiento de su Enfermedad, Lesión, afección, dolencia o sus síntomas; y
- son proporcionados en la unidad menos intensiva que sea apropiada para la prestación de servicios o la entrega de suministros o medicamentos. Cuando resulte aplicable, el

Director médico o la Organización de revisión podrá comparar la relación costo-eficacia de servicios, suministros, medicamentos o unidades alternativos al determinar la unidad menos intensiva.

HC-DFS839

10-16

Medicare

El término Medicare significa el programa de beneficios de atención médica brindado en virtud del Título XVIII de la Ley de Seguro Social de 1965, con sus modificaciones.

HC-DFS17

04-10

VI

Servicios y suministros necesarios

El término Servicios y suministros necesarios incluye todo cargo, excepto los cargos por Cama y comida, cobrado por un Hospital, en su propio nombre, en concepto de servicios y suministros médicos efectivamente utilizados durante la Internación; todo cargo por el servicio de ambulancia con licencia hacia o desde el Hospital más cercano donde se pueda proporcionar el tratamiento y la atención médica necesarios, sin importar quién haya cobrado dicho cargo; y todo cargo por la administración de anestesia durante la Internación hospitalaria, sin importar quién haya cobrado dicho cargo.

El término Servicios y suministros necesarios no incluye ningún cargo por honorarios de enfermería especial, de dentistas o médicos.

HC-DFS21

04-10

VI

Farmacia de la red

Una Farmacia minorista o con entrega a domicilio que:

- ha celebrado un acuerdo con Cigna o una entidad que celebra contratos en nombre de Cigna para brindar Productos farmacológicos con receta a los miembros del plan.
- acordó aceptar tarifas de reembolso especificadas para despachar Productos farmacológicos con receta.
- ha sido designada Farmacia de la red a los fines de la cobertura en virtud del plan de su Empleador.

HC-DFS849

10-16

Nuevo producto farmacológico con receta

Un Producto farmacológico con receta, o un nuevo uso o formulación de un Producto farmacológico con receta anteriormente aprobado por la FDA, para el período que comienza en la fecha en que el Producto farmacológico con receta o el uso o la formulación recientemente aprobados

empiezan a estar disponibles en el mercado tras la aprobación por parte de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos y finaliza en la fecha en que el Equipo de decisiones comerciales de Cigna toma una decisión sobre la condición de cobertura de una Lista de medicamentos con receta.

HC-DFS850

10-16

Enfermera

El término Enfermera designa a una Enfermera titulada registrada, una Auxiliar de enfermería con licencia o una Enfermera vocacional con licencia, que tienen derecho a usar las abreviaturas “R.N.”, “L.P.N.” o “L.V.N.”, por sus siglas en inglés.

HC-DFS22

04-10

VI

Otros centros de cuidado de la salud/Otro profesional de la salud

El término Otros centros de cuidado de la salud designa a los centros que no son un Hospital o un centro para enfermos terminales. Los ejemplos de Otros centros de cuidado de la salud incluyen, a modo de ejemplo, centros de cuidados especiales con licencia, Hospitales de rehabilitación y centros para afecciones subagudas. El término Otro profesional de la salud designa a una persona que no es un Médico, que tiene una licencia o algún otro tipo de autorización en virtud de la ley estatal aplicable para proporcionar servicios o suministros médicos. Otros profesionales de la salud incluyen, a modo de ejemplo, a fisioterapeutas, enfermeras tituladas y auxiliares de enfermería con licencia. El término Otros profesionales de la salud no incluye a los siguientes proveedores: Primer ayudante certificado, Técnico de quirófano certificado, Auxiliar/Técnico de cirugía certificado, Auxiliar/técnico de cirugía certificado con licencia, Auxiliar de cirugía con licencia, Auxiliar médico de ortopedia y Primer ayudante de cirugía.

HC-DFS23

04-10

VI

Proveedor participante

El término Proveedor participante significa un hospital, Médico u otro profesional o entidad de cuidado de la salud, que tiene un acuerdo contractual directo o indirecto con Cigna para brindar servicios cubiertos con respecto a un plan en particular por el cual el participante está cubierto.

HC-DFS45

04-10
V1

Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010 (PPACA, por sus siglas en inglés)

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

HC-DFS412

01-11

Farmacia

Una Farmacia con la licencia adecuada que despacha Productos farmacológicos con receta en un entorno minorista o mediante entrega a domicilio. Una Farmacia con entrega a domicilio es una Farmacia que suministra principalmente Productos farmacológicos con receta solicitados a través del servicio de pedido por correo.

HC-DFS851

10-16

Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés)

Un comité conformado por médicos clínicos, Directores médicos y Directores de farmacia empleados por Cigna con y sin derecho a voto, y por otras personas que no son empleados, como Proveedores participantes, que representan una amplia variedad de especialidades clínicas. El comité revisa regularmente los Productos farmacéuticos médicos o los Productos farmacológicos con receta, incluidos los Nuevos productos farmacológicos con receta, para determinar su seguridad y eficacia, y los hallazgos de dichas revisiones clínicas influyen en las decisiones sobre la condición de cobertura que toma el Equipo de decisiones comerciales. La revisión del Comité de P&T puede basarse en la evaluación, sin limitación, de las etiquetas aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, los compendios de referencia médica estándar o estudios científicos publicados en revistas biomédicas revisadas por colegas médicos escritas en inglés.

HC-DFS852

10-16

Médico

El término Médico designa a un profesional médico con licencia que ejerce dentro del alcance de su licencia y que tiene licencia para recetar y administrar medicamentos o para realizar una cirugía. También incluye a todo otro profesional médico con licencia cuyos servicios deban estar cubiertos por ley en la localidad donde se emite la póliza si está:

- operando dentro del alcance de su licencia; y
- prestando un servicio por el que se proporcionan beneficios de acuerdo con este plan cuando los servicios son prestados por un Médico.

HC-DFS25

04-10
V1

Cargo de medicamentos con receta

La cantidad que Cigna le cobra al Plan, incluida la tarifa de despacho y cualquier impuesto sobre las ventas aplicable, y antes de la aplicación de cualquier Deducible, Copago o Coseguro, por un Producto farmacológico con receta despachado en una Farmacia de la red. Es posible que Cigna le pague a una Farmacia de la red una cantidad diferente por un Producto farmacológico con receta de lo que el Plan le paga a Cigna. Usted no tiene derecho a la diferencia entre la tarifa que Cigna le cobra al Plan y la tarifa que Cigna le paga a la Farmacia por un Producto farmacológico con receta. A los fines de los pagos de beneficios de Medicamentos con receta, el “Plan” es la entidad o unidad de negocios responsable de financiar los beneficios de conformidad con los términos y condiciones que se detallan en este folleto/certificado.

HC-DFS1022

09-17

Lista de medicamentos con receta

Una lista que divide los medicamentos, los Productos biológicos (incluidos los Productos biosimilares) u otros productos cubiertos por los Beneficios de medicamentos con receta del plan que fueron aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos en niveles de cobertura. Esta lista es desarrollada por el Equipo de decisiones comerciales de Cigna sobre la base de factores clínicos comunicados por el Comité de P&T y adoptada por su Empleador como parte del plan. Esta lista está sujeta a revisión y modificación periódica, y está sujeta a las limitaciones y exclusiones del plan. Puede determinar a qué nivel fue asignado un Producto farmacológico con receta en particular a través del sitio web que aparece en su tarjeta de identificación o llamando a Servicio al Cliente al número de teléfono impreso en su tarjeta de identificación.

HC-DFS854

10-16

Producto farmacológico con receta

Un medicamento, Producto biológico (incluido un Producto biosimilar) u otro producto que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, determinados productos aprobados en virtud de la revisión de Implementación en estudios de eficacia de medicamentos; o productos comercializados antes de 1938 y no sujetos a revisión, que pueden, en virtud de la ley federal o estatal, administrarse únicamente con una Receta médica o Renovación. Un Producto farmacológico con receta incluye un medicamento, un Producto biológico o un producto que, debido a sus características, está aprobado por la FDA para la autoadministración o la administración por parte de un cuidador no especializado. A los fines de los beneficios en virtud del plan, esta definición también incluye:

- Los siguientes suministros para diabéticos: paños con alcohol, hisopos, toallitas, Glucagon/Glucagen, artículos para inyecciones, accesorios para bombas de insulina (excluidas las bombas de insulina), agujas, incluidas las agujas para lapiceras, jeringas, tiras reactivas, lancetas, tiras reactivas para medir la glucosa en orina y las cetonas;
- agujas y jeringas para medicamentos o Productos biológicos autoadministrados cubiertos por el beneficio de Medicamentos con receta del plan; y
- dispositivos y accesorios de asistencia para inhaladores, medidores de flujo espiratorio máximo.

Esta definición no incluye ningún cargo por software o aplicaciones móviles, de Internet o electrónicas de otro tipo, aunque la FDA aprobara su comercialización como producto con receta.

HC-DFS855

10-16

Receta médica o Renovación

La directiva legal para despachar un Producto farmacológico con receta emitida por un Médico cuyo campo de práctica le permite emitir tal directiva.

HC-DFS856

10-16

Medicamentos de cuidado preventivo

Los Productos farmacológicos con receta u otros medicamentos (incluidos los medicamentos de venta sin receta médica) designados para que el plan pague el 100% del costo (sin que se aplique ningún Deducible, Copago o Coseguro) según lo exigido por la ley aplicable en cualquiera de las siguientes categorías:

- Artículos o servicios basados en evidencias que tengan una calificación “A” o “B” en vigor en las recomendaciones vigentes del United States Preventive Services Task Force (Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos).

- Con respecto a bebés, niños y adolescentes, cuidado preventivo y exámenes de detección basados en evidencias contemplados en las pautas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud.
- Con respecto a las mujeres, el cuidado preventivo y los exámenes de detección adicionales que estén contemplados en las pautas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud.

Se requiere una receta médica para procesar un reclamo por un Medicamento de cuidado preventivo. Puede determinar si un medicamento es un Medicamento de cuidado preventivo a través del sitio web que aparece en su tarjeta de identificación o llamando a servicios a los miembros al número de teléfono impreso en su tarjeta de identificación.

HC-DFS857

10-16

Tratamiento preventivo

El término Tratamiento preventivo significa el tratamiento brindado para prevenir una enfermedad o su recurrencia.

HC-DFS57

04-10

V1

Médico de cuidado primario

El término Médico de cuidado primario hace referencia al Médico que reúne los requisitos como Proveedor participante en las áreas de Medicina General, Medicina Interna, Medicina Familiar o Pediatría, y que usted ha seleccionado, según lo autorizado por Cigna, para que les brinde atención médica a usted o a cualquiera de sus Dependientes asegurados, o para que coordine la prestación de la atención médica.

HC-DFS40

04-10

V1

Psicólogo

El término Psicólogo designa a una persona que tiene licencia o certificación como psicólogo clínico. Cuando no exista licencia o certificación, el término Psicólogo designará a una persona que se considera calificada como psicólogo clínico por una asociación de psicólogos reconocida. También incluye a cualquier otro profesional de asesoría con licencia cuyos servicios deban estar cubiertos por ley en el lugar donde se emite la póliza si está ejerciendo dentro del alcance de su licencia y prestando un servicio por el que se proporcionan beneficios de acuerdo con este plan cuando los servicios son prestados por un Psicólogo.

HC-DFS26

04-10

V1

Organización de revisión

El término Organización de revisión se refiere a una entidad afiliada a Cigna u otra entidad a la que Cigna le ha delegado la responsabilidad de llevar a cabo los servicios de revisión de la utilización. La Organización de revisión es un organismo que cuenta con un personal de profesionales clínicos, que puede incluir Médicos, Enfermeras tituladas registradas, profesionales con licencia de la salud mental y para el tratamiento de trastornos de consumo de sustancias, y otros miembros capacitados para prestar los servicios de revisión de la utilización.

HC-DFS808

12-15

Enfermedad, para el seguro médico

El término Enfermedad designa una enfermedad física o mental. También incluye el embarazo. Los gastos incurridos por el cuidado de rutina en un Hospital y pediátrico de un hijo recién nacido antes de ser dado de alta de la maternidad del Hospital se considerarán incurridos como resultado de una Enfermedad.

HC-DFS50

04-10

VI

Centro de cuidados especiales

El término Centro de cuidados especiales designa a una institución con licencia (que no sea un Hospital, tal como se lo define en esta sección) que se especializa en:

- rehabilitación física para pacientes internados; o
- cuidados especiales y atención médica para pacientes internados;

pero solo si dicha institución: cuenta en el establecimiento con todas las instalaciones necesarias para el tratamiento médico; proporciona dicho tratamiento, a cambio de una compensación, bajo la supervisión de Médicos; y provee servicios de Enfermeras.

HC-DFS31

04-10

VI

Especialista

El término Especialista significa un Médico que brinda servicios especializados, y no de Medicina General, Medicina Familiar, Medicina Interna, Obstetricia/Ginecología o Pediatría.

HC-DFS33

04-10

VI

Producto farmacológico con receta de especialidad

Un Producto farmacológico con receta o un Producto farmacéutico médico que Cigna considera es un Producto farmacológico con receta de especialidad sobre la base de la evaluación de los siguientes factores, sujeto a la ley aplicable: si el Producto farmacológico con receta o el Producto farmacéutico médico se receta y usa para el tratamiento de una afección compleja, crónica o poco frecuente; si el Producto farmacológico con receta o Producto farmacéutico médico tiene un alto costo de adquisición; y si el Producto farmacológico con receta o Producto farmacéutico médico está sujeto a una distribución limitada o restringida, requiere una manipulación especial y/o requiere una mayor educación del paciente, coordinación del proveedor o supervisión clínica. Un Producto farmacológico con receta de especialidad puede no poseer todas o la mayoría de las características precedentes, y la presencia de alguna de dichas características no garantiza que un Producto farmacológico con receta o Producto farmacéutico médico sea considerado un Producto farmacológico con receta de especialidad. Los Productos farmacológicos con receta de especialidad pueden variar según la asignación de beneficios del plan, sobre la base de factores como el método o lugar de administración clínica, o según la asignación de niveles o los requisitos de administración de la utilización sobre la base de factores como el costo de adquisición. Puede determinar si un medicamento es un Producto farmacológico con receta de especialidad a través del sitio web que aparece en su tarjeta de identificación o llamando a servicios a los miembros al número de teléfono impreso en su tarjeta de identificación.

HC-DFS858

10-16

Estabilizar

Estabilizar significa, con respecto a una afección médica de emergencia, brindar el tratamiento médico para la afección que resulte necesario para asegurar, con un nivel razonable de probabilidad médica, que no se prevé que trasladar a la persona de un centro a otro pueda ocasionar o tener como resultado un agravamiento sustancial de dicha afección.

HC-DFS413

01-11

Enfermedad terminal

Se considera que existe una Enfermedad terminal si una persona padece una enfermedad terminal con un pronóstico de seis meses o menos de vida, según el diagnóstico de un Médico.

HC-DFS54

04-10

VI

Alternativa terapéutica

Un Producto farmacológico con receta o Producto farmacéutico médico que pertenece a la misma clase terapéutica o farmacológica, y que generalmente puede preverse que tendrá resultados y perfiles de reacciones adversas similares si se administra a dosis equivalentes desde el punto de vista terapéutico a las de otro Producto farmacológico con receta, Producto farmacéutico médico o medicamento de venta sin receta médica.

HC-DFS859

10-16

Equivalente terapéutico

Un Producto farmacológico con receta o Producto farmacéutico médico que es un equivalente farmacéutico de otro Producto farmacológico con receta o medicamento de venta sin receta médica.

HC-DFS860

10-16

Cuidado de urgencia

El Cuidado de urgencia se refiere a los servicios y pruebas médicos, quirúrgicos, hospitalarios o relacionados con los servicios de cuidado de la salud, que no sean Servicios de emergencia, pero que Cigna determine, de acuerdo con los estándares médicos generalmente aceptados, que son necesarios para tratar una afección que requiere atención médica inmediata. Esto no incluye el cuidado que pudo haberse previsto antes de dejar el área inmediata donde usted habitualmente recibe y/o tenía programado recibir servicios. Dicho cuidado incluye, a modo de ejemplo, diálisis, terapia o tratamientos médicos programados, o cuidado recibido luego de la recomendación de un Médico de que el asegurado no viaje debido a alguna afección médica.

HC-DFS34

04-10

VI

Cargo Usual y habitual (U&C)

La tarifa usual que una Farmacia les cobra a las personas por un Producto farmacológico con receta (y cualquier servicio relacionado con su despacho) sin referencia al reembolso que la Farmacia pueda recibir de terceros. El cargo Usual y habitual (U&C, por sus siglas en inglés) incluye una tarifa de despacho y cualquier impuesto sobre las ventas aplicable.

HC-DFS861

10-16

Las siguientes páginas describen las características de su Cuenta de reembolso de salud de Cigna Choice Fund.
Léalas atentamente.

Lo que debe saber sobre la Cuenta de reembolso de salud de Cigna Choice Fund[®]

Cigna Choice Fund está diseñado para brindarle:

Control

Un mayor control de la manera en que gasta el dinero en cuidado de la salud. Usted decide qué servicios de salud recibir y dónde recibirlos.

Posibilidad de elegir

Tiene la libertad de elegir a cualquier médico con licencia. Sin embargo, sus costos serán más bajos por los servicios de profesionales de cuidado de la salud contratados por Cigna porque se han comprometido a aceptar pagos con descuento para ayudarle a aprovechar mejor el dinero que destina al cuidado de la salud.

Flexibilidad

Flexibilidad para ayudarle a administrar su salud de manera proactiva y maximizar la cobertura de su plan. Si usa nuestras herramientas de costo y calidad para encontrar un médico, laboratorio o centros de mayor calidad y con una mejor relación costo-beneficio, podrá reducir los costos que se pagan con su HRA. Y si no usa todo el dinero de su cuenta de reembolso de salud, una parte o la totalidad del dinero no utilizado podrá agregarse a su cuenta para el año siguiente, siempre y cuando permanezca en el plan. Consulte a su empleador, llame a Cigna o inicie sesión en www.myCigna.com para averiguar si su HRA limita las cantidades que pueden reinvertirse al año siguiente.

Su plan cubre la atención médica cuando está enfermo, pero también incluye cobertura para servicios de cuidado preventivo para ayudarle a mantenerse saludable. Su cuidado preventivo está cubierto al 100% dentro de la red; por lo tanto, no será necesario usar fondos de la HRA para estos servicios. La cobertura de cuidado preventivo es uno de los beneficios más importantes de su plan de salud. Recibir los servicios preventivos adecuados en el momento correcto puede ayudarle a mantenerse saludable, ya que le permitirá prevenir enfermedades o detectar un problema de salud en una etapa en la que puede ser más fácil de tratar. Asegúrese de aprovechar que tiene totalmente cubierto el cuidado preventivo dentro de la red. Inicie sesión en www.myCigna.com y lea la Guía de referencia rápida de cuidado preventivo en la sección *Review My Medical Coverage* (Revisar mi cobertura médica).

Información y educación sobre la salud

¿Es de madrugada y no está seguro de si debería ir a la Sala de emergencias por una lesión o simplemente esperar hasta que su médico esté disponible al día siguiente? Simplemente llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación para comunicarse con la Línea de Información sobre la Salud

atendida las 24 horas de Cigna. ¡Tendrá acceso a enfermeras capacitadas que pueden ayudarle! También tendrá acceso a una biblioteca de audio de temas sobre la salud las 24 horas del día. Además, el programa Healthy Pregnancies, Healthy Babies[®] de Cigna brinda educación y apoyo prenatal para las futuras mamás.

Herramientas y apoyo

Le ayudamos a llevar un registro con información sobre los beneficios, transacciones y actividad de su cuenta en línea; comparaciones de costos médicos y de medicamentos; estados de cuenta mensuales; y mucho más. También tendrá acceso gratuito a equipos de Servicio al Cliente exclusivos, especialmente capacitados para responder a sus preguntas y abordar sus necesidades. ¡Servicio al Cliente está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, durante todo el año!

Ahorros en productos y servicios relacionados con la salud y el bienestar A través de Healthy Rewards[®] de Cigna, usted puede ahorrar dinero en una variedad de productos y servicios relacionados con la salud. Las ofertas incluyen corrección de la vista con láser, acupuntura, atención quiropráctica, programas para bajar de peso, descuentos en gimnasios y equipos para hacer ejercicio y mucho más.

Oportunidad para ganar fondos para uso futuro

Si su empleador ofrece la cuenta Cigna Healthy Future Account[®], usted puede ganar fondos para cubrir gastos calificados para uso futuro, como la jubilación. La totalidad o parte de los fondos de la HRA no utilizados al final de cada año del plan se transferirán a esta cuenta hasta que cumpla con los requisitos de elegibilidad (como jubilarse, cumplir 65 años o acumular una determinada cantidad de años de servicio con su empleador). Una vez que alcance su evento habilitante, podrá usar la cuenta Healthy Future para reintegrarse a usted mismo determinados gastos definidos por su empleador. Consulte a su administrador de beneficios para conocer más detalles.

Nociones básicas

¿Cómo funciona?

La Cuenta de reembolso de salud de Cigna Choice Fund combina cobertura médica con una cuenta de reembolso que incluye aportes de su empleador.

1. **Aporte del empleador:** Su empleador deposita una cantidad de dinero específica en una cuenta de salud para ayudarle a pagar algunos de los costos de los gastos médicos cubiertos. Usted decide qué servicios de salud recibir y dónde recibirlos. Los costos de cuidado de la salud pagados con fondos de su HRA generalmente se computarán para su deducible (la cantidad anual que pagará antes de que el plan de salud comience a pagar los costos de cuidado de la salud cubiertos), lo que reducirá su parte.
2. **Su parte:** Una vez que ha usado el dinero de su cuenta de salud, usted paga sus gastos hasta el deducible.

3. **Su plan de salud:** Después de alcanzar su deducible, usted paga un coseguro o copagos predeterminados por los gastos que cumplen con los requisitos, y el plan paga el resto. Una vez que haya alcanzado el desembolso máximo (la cantidad máxima que puede pagar en un año del plan), su plan empezará a pagar el 100% de los gastos que cumplen con los requisitos.

Si abandona el plan o cambia de trabajo, la cuenta será suspendida.

¿Qué servicios cubre mi Cuenta de reembolso de salud?

Según la ley federal, los fondos de una HRA pueden usarse para cubrir únicamente gastos médicos calificados para usted y sus dependientes. Sin embargo, su empleador puede optar por no permitir la cobertura de determinados gastos calificados.

Consulte www.myCigna.com para obtener información sobre los servicios para los cuales pueden usarse los fondos de su HRA.

¿Qué servicios cubre mi plan médico y cuáles tendré que pagar de mi bolsillo?

Los servicios cubiertos varían según su plan. Visite www.myCigna.com o consulte los materiales de su plan en este folleto para obtener información específica. Además de sus primas, que se deducirán de su salario, usted deberá pagar:

- El costo de cualquier servicio necesario después de haber gastado su fondo de salud, si todavía no ha alcanzado el deducible.
- Su coseguro o sus copagos después de alcanzar el deducible y de que comience la cobertura de su plan médico.

Si todos sus gastos médicos son servicios cubiertos y el costo total no supera la cantidad de dinero de su HRA, es posible que no tenga costos de desembolso adicionales. Podrá disponer del dinero no utilizado si el año siguiente vuelve a inscribirse en el plan. Consulte a su empleador, llame a Cigna o inicie sesión en www.myCigna.com para saber si puede acceder a esta opción.

¿Los servicios están cubiertos si uso médicos fuera de la red?

Puede visitar a cualquier médico o centro con licencia. Sin embargo, si elige un médico que participa en Cigna, sus costos serán más bajos.

Herramientas y recursos al alcance de su mano Cuenta Healthy Awards de Cigna

Si su empleador ofrece una cuenta Healthy Awards, aproveche determinados programas de recompensas de incentivo de Cigna, y gane dinero de recompensas extra para pagar sus gastos de cuidado de la salud, todo por ocuparse de su salud.

Para fomentar estilos de vida saludables y bienestar, su empleador depositará las recompensas de incentivo en su cuenta de salud cuando complete cada actividad. Es posible que su empleador limite la frecuencia con la cual puede ganar recompensas. Para obtener detalles sobre estos programas, puede iniciar sesión en www.myCigna.com o llamar a Cigna las 24 horas del día, los 7 días de la semana, durante todo el año. Consulte siempre a su médico antes de comenzar o cambiar su plan de tratamiento o sus rutinas de ejercicio.

www.myCigna.com

www.myCigna.com brinda información y servicios de manera rápida, confiable y personalizada, que incluyen:

- Acceso en línea a su saldo de cuenta actual, transacciones anteriores y estado de los reclamos, además de su Explicación de beneficios y estados de cuenta de atención médica.
- Información sobre costos médicos y costos de medicamentos, incluidas estimaciones de costos específicas para usted y su plan.
- Preguntas frecuentes sobre cuidado de la salud en general y Cigna Choice Fund en particular.
- Muchas herramientas útiles y prácticas que le permiten:

Comparar costos

Use herramientas para comparar costos y ayudarlo a decidir dónde atenderse. Puede comparar estimaciones de gastos de desembolso específicas para su plan de cobertura, para el tratamiento, los procedimientos y los costos reales.

Encontrar más información sobre sus hospitales locales

Conozca la calificación de los hospitales según la cantidad de procedimientos realizados, el promedio de permanencia de los pacientes y los costos. Visite nuestro directorio de profesionales de cuidado de la salud en línea para conocer los costos promedio de determinados procedimientos, incluidos los cargos totales y sus gastos de desembolso, según su plan de Cigna. También podrá encontrar hospitales que han obtenido la designación de Centros de excelencia por su efectividad para tratar determinados procedimientos/afecciones y su costo.

Conocer la verdad sobre sus medicamentos, los costos, las opciones de tratamiento y los efectos secundarios

Use las herramientas de farmacia para: consultar los costos de sus medicamentos con receta, enumerados por farmacia específica y ubicación (incluida Cigna Home Delivery Pharmacy); y consultar su historial de reclamos para los últimos 16 meses. Analice los tratamientos farmacológicos específicos según la afección y compare las características de más de 200 medicamentos comunes. Evalúe hasta 10 medicamentos a la vez para comprender mejor los efectos secundarios, las interacciones medicamentosas y las alternativas.

Tomar el control de su salud

Realice la evaluación de riesgos para la salud, un cuestionario en línea que puede ayudarlo a determinar cuál es su estado de salud y controlarlo. Puede informarse sobre el cuidado preventivo y realizar un seguimiento de sus avances para alcanzar metas saludables. Y si sus resultados muestran que puede beneficiarse con otros servicios, puede obtener información sobre programas de Cigna relacionados en el mismo sitio.

Explorar temas sobre medicina, salud y bienestar

Obtenga información sobre más de 5,000 afecciones médicas, salud y bienestar, primeros auxilios y exámenes médicos a través de la enciclopedia médica **Healthwise**[®], una biblioteca interactiva.

Llevar un registro de su información sobre la salud personal

Su **Registro sobre la salud** es su lugar seguro y centralizado para guardar información sobre sus afecciones médicas, medicamentos, alergias, cirugías y vacunas, y contactos de emergencia. Puede agregar los resultados de su evaluación de riesgos para la salud a su **Registro sobre la salud**, para poder imprimir y compartir fácilmente la información con su médico.

Los resultados de sus análisis de laboratorio de determinados centros pueden ingresarse automáticamente en su Registro sobre la salud personal.

Hacer un seguimiento de la evolución de indicadores de salud importantes

Ingresa datos clave como presión arterial, nivel de azúcar en sangre, colesterol (Total/LDL/HDL), estatura y peso, y régimen de ejercicio. Con la herramienta de control de la salud **Health Tracker**, es muy fácil llevar un registro de los resultados para poder compartirlos con su médico.

Cómo aprovechar al máximo su HRA

Usted toma decisiones todos los días: desde comprar el automóvil familiar hasta elegir los cereales para el desayuno. Sea un consumidor de cuidado de la salud más informado y descubrirá que también usted puede marcar una diferencia en los servicios de cuidado de la salud que recibe y, a la larga, en lo que paga.

Datos breves

Si opta por ver a un profesional de cuidado de la salud participante de Cigna, el costo se basará en tarifas con descuento, por lo que sus costos serán más bajos. Si usted visita a un profesional o centro de cuidado de la salud que no participan en la red, de todos modos podrá usar su HRA para pagar el costo de esos servicios, pero pagará una tarifa más alta, y es posible que deba presentar reclamos.

Si necesita cuidados hospitalarios, hay varias herramientas para ayudarlo a tomar decisiones informadas sobre la calidad y el costo.

- Con la herramienta de comparación de costos de www.myCigna.com, podrá conocer la calificación de los hospitales según la cantidad de procedimientos realizados, el promedio de permanencia de los pacientes y los costos.
- Visite nuestro directorio de profesionales de cuidado de la salud para Centros de Excelencia de Cigna, que incluye los puntajes de los hospitales para afecciones/procedimientos específicos, como cuidados cardíacos, artroplastia de cadera y de rodilla, y cirugía bariátrica. Los puntajes se basan en el costo y la efectividad para tratar el procedimiento/la afección, sobre la base de información de dominio público.

- www.myCigna.com también incluye un Directorio de reconocimiento de la excelencia de profesionales de cuidado de la salud. Este directorio incluye información sobre lo siguiente:
- Los médicos participantes que han logrado el reconocimiento del Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés) en las categorías de diabetes o cuidado de problemas cardíacos y derrame cerebral.
- Los hospitales que cumplen plenamente con los estándares de seguridad de los pacientes de The Leapfrog Group.

Si no sabe bien por dónde comenzar, tiene acceso a asesores médicos.

Ahora tiene acceso a especialistas médicos –personas capacitadas como enfermeras, asesores, nutricionistas y médicos clínicos– que le escucharán, comprenderán sus necesidades y le ayudarán a encontrar soluciones, incluso cuando no sepa bien por dónde comenzar. Asíciense con un asesor médico y obtenga ayuda para mantener buenos hábitos de alimentación y ejercicio; apoyo y aliento para proponerse y alcanzar metas para mejorar la salud; y orientación para manejar mejor sus afecciones, incluida la arteriopatía coronaria, el dolor lumbar, la artrosis, la presión arterial alta, el colesterol elevado y muchas más. Si necesita desde respuestas rápidas a preguntas sobre la salud hasta asistencia para manejar necesidades médicas más graves, llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de Cigna o visite www.myCigna.com. Consulte a su administrador de beneficios para conocer más detalles sobre todos los servicios a los que tiene acceso a través de su plan.

Dondequiera que vaya en los EE. UU., Cigna 24-Hour Health Information LinesSM (la Línea de Información sobre la Salud atendida las 24 horas de Cigna) le acompaña.

No importa si es de madrugada y su hijo tiene fiebre, o si está de viaje y no sabe bien dónde atenderse, o no se siente bien y tiene dudas sobre los síntomas; puede llamar a la Línea de Información sobre la Salud atendida las 24 horas de Cigna siempre que tenga una pregunta. Llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de Cigna, y hablará con una enfermera que lo guiará para que reciba el cuidado apropiado.

Saber algunas cosas es de gran ayuda.

Contar con datos concretos sobre su cuidado, como las opciones de tratamiento y los riesgos para la salud, es importante para su salud y bienestar, además de su bolsillo. Por ejemplo:

- Recibir cuidado preventivo apropiado es clave para mantenerse saludable. Visite www.myCigna.com para obtener más información sobre el cuidado preventivo apropiado y lo que cubre su plan.

- Si se trata de medicamentos, pregúntele a su médico si los medicamentos genéricos son adecuados para usted. Los medicamentos de marca que se le receten pueden tener alternativas genéricas que podrían reducir sus costos. Si no hay una versión genérica de su medicamento de marca disponible, es posible que otros medicamentos genéricos con el mismo efecto de tratamiento satisfagan sus necesidades.
- Las herramientas de www.myCigna.com pueden ayudarle a tomar el control de su salud y sus gastos de cuidado de la salud. Puede informarse sobre temas médicos y bienestar, y llevar un registro de su información sobre la salud personal. También puede imprimir informes personalizados para analizarlos con su médico.