



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Este es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite www.cigna.com/sp. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.pdf o llamar al 1-800-237-2904 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	Para proveedores dentro de la red : \$1,500/persona, \$2,250/persona + 1 o \$3,000/familia. Para proveedores fuera de la red : \$3,000/persona, \$4,500/persona + 1 o \$6,000/familia. Se aplica el deducible por persona cuando el empleado es la única persona cubierta por el plan . Cantidad que su empleador aporta a su cuenta: Hasta \$750/persona, \$1,125/persona + 1 o \$1,500/familia.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros miembros de la familia en la póliza, se debe alcanzar el deducible general familiar antes de que el plan comience a pagar.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. La atención preventiva y las vacunas dentro de la red y los medicamentos que requieren receta médica dentro de la red.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el límite a los gastos directos del bolsillo de este plan ?	Para proveedores dentro de la red : \$4,250/persona, \$6,375/persona + 1 (no más de \$4,250/persona en persona + 1) u \$8,500/familia (no más de \$4,250/persona en la familia). Para proveedores fuera de la red : \$7,750/persona, \$11,625/persona + 1 (no más de \$11,625/persona en persona + 1) o \$15,500/familia (no más de \$15,500/persona en la familia). Para los medicamentos recetados dentro de la red : \$4,300/persona, \$6,450/persona + 1 (no más de \$3,225/persona en persona + 1) o \$8,600/familia (no más de \$4,300/persona en la familia).	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de la familia en este plan , ellos tienen que alcanzar sus propios límites a los gastos directos del bolsillo hasta que se alcance el límite a los gastos directos del bolsillo general familiar.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Qué no incluye el límite a los gastos directos del bolsillo ?	Las multas por falta de autorización previa de los servicios, las primas , los cargos por facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite a los gastos directos del bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí. Vea www.myCigna.com o llame al 1-800-237-2904 para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan usa una lista de proveedores dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido .



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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Coseguro del 10%/visita	Coseguro del 50%	Ninguna
	Visita al especialista	Coseguro del 10%/visita	Coseguro del 50%	Ninguna
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo/visita** Sin cargo/ examen de detección ** Sin cargo/vacunas**	Sin cobertura/visita Sin cobertura/ examen de detección Sin cobertura/vacunas	Ninguna Ninguna Ninguna
		** No se aplica ningún deducible		Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su plan .

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si se realiza un examen	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	<u>Coseguro</u> del 10%	<u>Coseguro</u> del 50%	Los servicios de laboratorio y radiografías fuera de la red no están cubiertos
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	<u>Coseguro</u> del 10%	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.myCigna.com	Medicamentos genéricos (nivel 1)	\$10/receta (farmacia minorista, 30 días), \$20/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días) No se aplica ningún <u>deducible</u> Incluye medicamentos especializados	Sin cobertura	La cobertura se limita a un suministro para un máximo de 90 días (farmacia minorista y entrega a domicilio) y a un suministro para un máximo de 30 días (farmacia minorista y entrega a domicilio) para los medicamentos de especialidad. Es posible que se apliquen algunas limitaciones, como por ejemplo, autorización previa, tratamiento escalonado y límites de cantidad.
	Medicamentos de marcas preferidas (nivel 2)	<u>Coseguro</u> del 30%, pero no menos de \$30 o más de \$60/receta (farmacia minorista, 30 días); <u>coseguro</u> del 30%, pero no menos de \$60 o más de \$120/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días) No se aplica ningún <u>deducible</u> Incluye medicamentos especializados	Sin cobertura	
	Medicamentos de marcas no preferidas (nivel 3)	<u>Coseguro</u> del 50%, pero no menos de \$50 o más de \$150/receta (farmacia minorista, 30 días); <u>coseguro</u> del 50%, pero no menos de \$100 o más de \$300/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días) No se aplica ningún <u>deducible</u> Incluye medicamentos especializados	Sin cobertura	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación por servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación por servicios fuera de la red.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de \$100/visita, después coseguro del 10%	Copago de \$100/visita, después coseguro del 10%	El copago por visita no se aplica si es admitido
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 10%	Coseguro del 10%	Ninguna
	Atención de urgencia	Coseguro del 10%	Coseguro del 10%	Ninguna
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación por servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación por servicios fuera de la red.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Coseguro del 10%/visita al consultorio Coseguro del 10%/todos los demás servicios	Coseguro del 50%/visita al consultorio Coseguro del 50%/todos los demás servicios	Multa del 50% si no se precertifican los servicios fuera de la red que no son de rutina (por ejemplo, hospitalización parcial, etc.).
	Servicios internos	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación por servicios fuera de la red.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	Se aplican los niveles de beneficios de la atención primaria o de especialistas a la visita inicial para confirmar el embarazo. El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Según el tipo de servicio, es posible que se aplique un copago , coseguro o deducible . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios que están descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, sonogramas).
	Servicios de parto profesionales	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención de la salud en el hogar	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación por servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 120 días por año. Máximo de 16 horas por día. (El límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias).
	Servicios de rehabilitación	Coseguro del 10%/visita	Coseguro del 50%/visita	Multa del 50% por no precertificar servicios de terapia del habla fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo anual de: Máximo de 12 días por año para servicios de atención quiropráctica; los servicios de atención quiropráctica fuera de la red no están cubiertos
	Servicios de habilitación	Coseguro del 10%/visita	Coseguro del 50%/visita	Los servicios están cubiertos cuando son medicamente necesarios para tratar una afección mental (p. ej., autismo). Multa del 50% por no precertificar servicios de terapia del habla fuera de la red.
	Cuidado de enfermería especializada	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación por servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 60 días por año.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	Multa del 50% por falta de precertificación.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Coseguro del 10%/servicios para pacientes internados; Coseguro del 10%/servicios para pacientes en consulta externa	Coseguro del 50%/servicios para pacientes internados; Coseguro del 50%/servicios para pacientes en consulta externa	Multa del 50% por no precertificar servicios para enfermos terminales fuera de la red.

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

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

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

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

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

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| • Cirugía bariátrica (solo dentro de la red, máximo de por vida de cargos del cirujano de \$10,000) | • Atención quiropráctica (12 días) | • Tratamiento para la infertilidad |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|

Sus derechos a continuar con su cobertura:

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

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:

Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle un [reclamo](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con Servicio al Cliente de Cigna al 1-800-237-2904. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o ingresando en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su [apelación](#). Comuníquese con el programa del estado sede de este [plan](#): Programa de Asistencia para el Consumidor de Seguros Médicos (HICAP, por sus siglas en inglés) de Michigan al 877-999-6442. Sin embargo, para obtener información sobre el programa de asistencia al consumidor de su propio estado, debe consultar www.cuidadodesalud.gov.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

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

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

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

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-237-2904.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-237-2904.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-237-2904.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-237-2904.

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

Acerca de los ejemplos de cobertura:



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

Peg está embarazada

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

■ El deducible general del plan	\$1,500
■ Coseguro de especialista	10%
■ Coseguro de hospital (instalaciones)	10%
■ Otro coseguro	10%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
[Pruebas diagnósticas](#) (sonogramas y análisis de sangre)
 Visita al [especialista](#) (anestesia)

Costo total hipotético	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,500
Copagos	\$20
Coseguro	\$1,100
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es	\$2,640

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deducible general del plan	\$1,500
■ Coseguro de especialista	10%
■ Coseguro de hospital (instalaciones)	10%
■ Otro coseguro	10%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico primario](#) (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
[Pruebas diagnósticas](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos por recetas](#)
[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

Costo total hipotético	\$5,600
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,140
Copagos	\$700
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,860

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$1,500
■ Coseguro de especialista	10%
■ Coseguro de hospital (instalaciones)	10%
■ Otro coseguro	10%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Sala de emergencias](#) (incluye materiales médicos)
[Prueba diagnóstica](#) (radiografía)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (terapia física)

Costo total hipotético	\$2,800
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,500
Copagos	\$100
Coseguro	\$90
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,690

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

Nombre del Plan: Plan Buy-Up HRA Ben Ver: 19 Plan ID: 9771940

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO DE MANERA INTENCIONAL.

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura médica

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, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Cigna:

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

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

Si considera que Cigna no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja escribiendo un mensaje de correo electrónico a

ACAGrievance@Cigna.com o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

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

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)
Los formularios para presentar una queja están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Cigna Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation y Cigna Dental Health, Inc. El nombre y los logos de Cigna, así como las demás marcas de Cigna, son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Proficiency of Language Assistance Services

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

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

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

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên 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 연락해주시고. 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주시고.

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

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

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

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

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

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

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

Japanese – 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。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 اینصورت با شماره 1.800.244.6224 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنوایان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).