

RESUMEN DE BENEFICIOS



Cigna Health and Life Insurance Co.
Para University of Denver
Plan Choice Fund Open Access Plus IN HAS
OAPIN_HDHPQ
Fecha de entrada en vigor: 7/1/2021

Selección de un proveedor de cuidado primario: Es posible que su plan le exija o le permita designar a 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. Si su plan le exige que designe a un proveedor de cuidado primario, Cigna podrá designar uno por usted hasta que usted efectúe la designación correspondiente. 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.

Acceso directo a obstetras y ginecólogos: No necesita autorización previa del plan ni de ninguna otra persona (como un proveedor de cuidado primario) para acceder a la atención obstétrica o ginecológica brindada por un profesional de cuidado de la salud de nuestra red, especializado 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.

Su cobertura incluye una cuenta de ahorros para la salud que puede utilizar para pagar los gastos de desembolso que cumplan con los requisitos.

Aspectos principales del plan

Dentro de la red

Máximo de por vida	Ilimitado
Acumulación por año del plan	Los deducibles, desembolsos máximos y límites de niveles de beneficios de su plan se acumulan por año calendario, a menos que se indique lo contrario.
Coseguro del plan	El plan paga el 80%
Cargo máximo reembolsable	No corresponde
Deducible del plan	Individual - Solo empleado: \$1,500 Máximo por grupo familiar: \$3,000
<ul style="list-style-type: none">• Siempre se aplica el deducible del plan antes de cualquier copago o coseguro de un beneficio.• No se aplica el deducible del plan a los servicios preventivos.• 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.• Este plan incluye un deducible combinado del plan médico y de farmacia.	
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^).	

Aspectos principales del plan

Dentro de la red

Desembolso máximo del plan

Individual - Solo empleado: \$3,000
Individual - En un grupo familiar: \$3,000
Máximo por grupo familiar: \$6,000

- El deducible del plan cuenta para su desembolso máximo.
- Todos los copagos de los beneficios cuentan para su desembolso máximo.
- Los gastos cubiertos que cuentan para su desembolso máximo incluyen el coseguro pagado por el cliente y los cargos por servicios de salud mental y para trastornos de consumo de sustancias.
- Una vez que cada miembro de la familia que cumpla con los requisitos alcance su desembolso máximo individual, el plan pagará el 100% de sus gastos cubiertos. O bien, una vez que se haya alcanzado el desembolso máximo del grupo familiar, el plan pagará el 100% de los gastos cubiertos de cada miembro de la familia que cumpla con los requisitos.
- Este plan incluye un desembolso máximo combinado del plan médico y de farmacia.

Beneficio

Dentro de la red

Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Siempre se aplica el deducible del plan antes de los copagos de un beneficio.

Servicios del médico: Visita al consultorio

Servicios del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)/Visita al consultorio

El plan paga el 80% ^

Servicios del médico especialista/Visita al consultorio

El plan paga el 80% ^

NOTA: Las visitas a obstetras y ginecólogos están sujetas al costo compartido que corresponda a un PCP o Especialista según el contrato que el proveedor tenga con Cigna (es decir, como PCP o como Especialista).

Cirugía hecha en el consultorio del médico

Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico - Visita al consultorio

Tratamiento/inyecciones para alergias y suero para las alergias

Suero para las alergias administrado por el Médico en el consultorio

Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico - Visita al consultorio

Servicios de Cigna Telehealth Connection (Cuidado virtual)

El plan paga el 80% ^

- Incluye los cargos por la prestación de servicios médicos o relacionados con la salud y consultas mediante proveedores virtuales dedicados de forma médicamente apropiada a través de audio, video o tecnologías seguras en Internet
- Los exámenes de bienestar virtuales están disponibles para personas a partir de los 18 años, y están cubiertos al mismo nivel que los de cuidado preventivo (consulte la sección Cuidado preventivo).
- Los servicios de telesalud brindados por proveedores que no son proveedores médicos de servicios de telesalud contratados (según lo descrito en myCigna.com) están cubiertos en el nivel de beneficios que correspondería si los mismos servicios se prestaran en persona.

Cuidado preventivo

Cuidado preventivo

Desde el nacimiento hasta los 12 años

El plan paga el 100%

A partir de los 13 años

El plan paga el 100%

- Incluye la cobertura de servicios adicionales, como análisis de orina, ECG y otros análisis de laboratorio, que suplementan el beneficio de Cuidado preventivo estándar cuando se facturen como parte de la visita al consultorio.
- Límite anual: Ilimitado

Beneficio**Dentro de la red**

Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Siempre se aplica el deducible del plan antes de los copagos de un beneficio.

Vacunas Desde el nacimiento hasta los 12 años	El plan paga el 100%
A partir de los 13 años	El plan paga el 100%
Mamografías, exámenes de Papanicolaou y pruebas de antígeno específico de la próstata (PSA, por sus siglas en inglés) <ul style="list-style-type: none"> La cobertura incluye los servicios profesionales para pacientes ambulatorios preventivos asociados. Los servicios relacionados con el diagnóstico están cubiertos al mismo nivel de beneficios que otros servicios de radiografías y laboratorio, según el lugar del servicio. 	El plan paga el 100%

Pacientes hospitalizados

Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados	El plan paga el 80% ^
Nota: Incluye todos los servicios de laboratorio y radiología, incluidas las imágenes radiológicas avanzadas y los medicamentos de especialidad con fines médicos.	
Visitas o consultas al médico del hospital como paciente internado	El plan paga el 80% ^
Servicios profesionales para pacientes internados <ul style="list-style-type: none"> Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiistas. 	El plan paga el 80% ^

Pacientes ambulatorios

Servicios en centro para pacientes ambulatorios	El plan paga el 80% ^
Servicios profesionales para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiistas. 	El plan paga el 80% ^

Servicios de emergencia

Sala de emergencias <ul style="list-style-type: none"> Incluye servicios profesionales, servicios de radiografías y/o laboratorio realizados en la Sala de emergencias y facturados por las instalaciones como parte de la visita por una emergencia. 	El plan paga el 80% ^
Centro de cuidado de urgencia <ul style="list-style-type: none"> Incluye servicios profesionales, servicios de radiografías y/o laboratorio realizados en Instalaciones de atención de urgencia y facturados por las instalaciones como parte de la visita por una urgencia. 	El plan paga el 80% ^
Ambulancia Los servicios de ambulancia utilizados como transporte que no sea de emergencia (p. ej., regreso del hospital al hogar) generalmente no están cubiertos.	El plan paga el 80% ^

Servicios para pacientes internados en Otros centros de cuidado de la salud

Centro de cuidados especiales, Hospital de rehabilitación, Centros para afecciones subagudas <ul style="list-style-type: none"> Límite anual: 100 días 	El plan paga el 80% ^
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------

Servicios de laboratorio

Servicios del médico/Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico - Visita al consultorio
Laboratorio independiente	El plan paga el 80% ^
Centro para pacientes ambulatorios	El plan paga el 80% ^

7/1/2021

CO

Choice Fund Health Savings Account (HSA) Open Access Plus In-Network - OAPIN_HDHPQ

Beneficio**Dentro de la red**

Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Siempre se aplica el deducible del plan antes de los copagos de un beneficio.

Servicios de radiología

Servicios del médico/Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico - Visita al consultorio
Centro para pacientes ambulatorios	El plan paga el 80% ^
Imágenes radiológicas avanzadas (ARI)	Incluye MRI, MRA, CAT, PET, etc.
Centro para pacientes ambulatorios	El plan paga el 80% ^
Servicios del médico/Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico - Visita al consultorio

Rehabilitación a corto plazo para pacientes ambulatorios

Terapia de rehabilitación a corto plazo para pacientes en consulta externa y servicios quiroprácticos	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico - Visita al consultorio
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

Límites anuales:

- Todas las terapias combinadas - incluye atención quiropráctica, terapia cognitiva, terapia ocupacional, fisioterapia, rehabilitación pulmonar y terapia del habla: 80 días
- Los límites no se aplican a afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.

Nota: Los días de terapia, proporcionados como parte de un plan de cuidado de la salud en el hogar aprobado, se acumulan para el máximo de terapia de rehabilitación a corto plazo para pacientes ambulatorios aplicable.

Servicios de rehabilitación cardíaca	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico - Visita al consultorio
--------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

Límite anual:

- Rehabilitación cardíaca: 36 días

Atención de enfermos terminales

Centros para pacientes internados	El plan paga el 80% ^
Servicios para pacientes ambulatorios	El plan paga el 80% ^

Nota: Incluye la asesoría por duelo cuando forma parte de un programa para enfermos terminales.

Asesoría por duelo (para servicios no prestados como parte del programa de enfermos terminales)

Servicios proporcionados por un profesional de la salud mental.	Cubiertos por el beneficio de Salud mental.
-----------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

Medicamentos de especialidad con fines médicos

Centro para pacientes ambulatorios	El plan paga el 80% ^
Consultorio del médico	El plan paga el 80% ^
Hogar	El plan paga el 80% ^

Nota: Este beneficio solo se aplica al costo de los medicamentos de terapia de infusión que se administren. Este beneficio no cubre los cargos relacionados del centro, de la visita al consultorio o el profesional.

Beneficio**Dentro de la red**

Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Siempre se aplica el deducible del plan antes de los copagos de un beneficio.

Maternidad

Visita inicial para confirmar el embarazo	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico - Visita al consultorio
Todas las visitas prenatales siguientes, visitas posnatales y los cargos de parto del médico (Tarifa total de maternidad)	El plan paga el 80% ^
Visitas al consultorio además de la tarifa total de maternidad (prestadas por un Obstetra/Ginecólogo o Especialista)	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico - Visita al consultorio
Parto: Centro (Hospital para pacientes internados, Centro de maternidad)	Misma cobertura que la del beneficio de Hospital para pacientes internados del plan

Aborto

Servicios relacionados con un aborto	La cobertura varía según el lugar del servicio
---------------------------------------------	------------------------------------------------

Nota: Procedimientos provocados y no provocados

Planificación familiar

Servicios para mujeres	El plan paga el 100%
Incluye dispositivos anticonceptivos según lo indique o recete un médico y los servicios de esterilización quirúrgica, como la ligadura de las trompas (no incluye la reversión).	
Servicios para hombres	La cobertura varía según el lugar del servicio
Incluye servicios de esterilización quirúrgica, como la vasectomía (no incluye la reversión).	

Infertilidad

Tratamiento para la infertilidad	La cobertura varía según el lugar del servicio
Servicios de infertilidad cubiertos: exámenes de laboratorio y radiología, asesoría, tratamiento quirúrgico, incluye inseminación artificial, fertilización <i>in vitro</i> , transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés), transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), etc.	
<ul style="list-style-type: none"> Máximo de por vida: Ilimitado 	

Otros centros/servicios de cuidado de la salud

Cuidado de la salud en el hogar	El plan paga el 80% ^
<ul style="list-style-type: none"> Límite anual: 40 días (El límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias). 	
Nota: Incluye los servicios de una enfermera privada para pacientes ambulatorios cuando se aprueban como médicamente necesarios.	

Trasplantes de órganos

Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados	
Instalaciones de LifeSOURCE	El plan paga el 100% ^
Centro que no sea de LifeSOURCE	El plan paga el 80% ^
Servicios profesionales para pacientes internados	
Instalaciones de LifeSOURCE	El plan paga el 100% ^
Centro que no sea de LifeSOURCE	El plan paga el 80% ^
<ul style="list-style-type: none"> Máximo para viajes - Centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network® únicamente: Después de alcanzar el deducible del plan, máximo ilimitado por trasplante de por vida 	

Equipo médico duradero	El plan paga el 80% ^
<ul style="list-style-type: none"> Límite anual: Ilimitado 	

7/1/2021

CO
Choice Fund Health Savings Account (HSA) Open Access Plus In-Network - OAPIN_HDHPQ

Beneficio**Dentro de la red**

Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Siempre se aplica el deducible del plan antes de los copagos de un beneficio.

Equipos y suministros para la lactancia <ul style="list-style-type: none"> Limitados al alquiler de un sacaleches por nacimiento según lo indique o recete un médico. Incluye los suministros relacionados. 	El plan paga el 100%
Aparatos prostéticos externos (EPA, por sus siglas en inglés) <ul style="list-style-type: none"> Límite anual: Ilimitado 	El plan paga el 80% ^
Trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés) <ul style="list-style-type: none"> Máximo ilimitado de por vida 	La cobertura varía según el lugar del servicio
Nota: El tratamiento se proporciona en forma limitada, según el caso. Excluye aparatos y tratamiento de ortodoncia.	
Cirugía bariátrica <ul style="list-style-type: none"> Máximo ilimitado de por vida 	La cobertura varía según el lugar del servicio
El tratamiento de la obesidad clínicamente grave, según lo definido por el índice de masa corporal (IMC), está cubierto. No incluye lo siguiente:	
<ul style="list-style-type: none"> servicios médicos y quirúrgicos para alterar la apariencia o cambios físicos que sean el resultado de una cirugía realizada para el control de la obesidad o la obesidad clínicamente grave (patológica) programas o tratamientos para bajar de peso, ya sean recetados o recomendados por un médico o que se realicen bajo supervisión médica. 	
Atención de rutina de los pies	Sin cobertura
Nota: Los servicios asociados con el cuidado de los pies en los casos de diabetes y enfermedad vascular periférica están cubiertos cuando se aprueban como servicios médicamente necesarios.	
Aparatos auditivos <ul style="list-style-type: none"> Máximo de 2 dispositivos (uno por oído) cada 36 meses. Incluye pruebas y ajustes de dispositivos auditivos por el costo compartido de la visita al consultorio del médico. Cobertura hasta los 17 años. 	El plan paga el 80% ^

Trastornos de salud mental y de consumo de sustancias

Servicios de salud mental para pacientes internados	El plan paga el 80% ^
Servicios de salud mental para pacientes en consulta externa – Consultorio del médico	El plan paga el 80% ^
Servicios de salud mental para pacientes en consulta externa – todos los demás servicios	El plan paga el 80% ^
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes internados	El plan paga el 80% ^
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes en consulta externa – Consultorio del médico	El plan paga el 80% ^
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes en consulta externa – todos los demás servicios	El plan paga el 80% ^

Beneficio

Dentro de la red

Nota: los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Siempre se aplica el deducible del plan antes de los copagos de un beneficio.

Límites anuales:

- Máximo ilimitado

Notas:

- La atención como paciente internado incluye el tratamiento residencial.
- La atención como paciente ambulatorio incluye la terapia individual, la terapia intensiva como paciente ambulatorio, la terapia grupal y también la hospitalización parcial.
- Los servicios se pagan en un 100% una vez que alcance su desembolso máximo.

Revisión de la utilización, administración de casos y programas para trastornos de salud mental y de consumo de sustancias

Cigna Total Behavioral Health – Administración para pacientes internados y ambulatorios

- Revisión de la utilización y administración de casos para pacientes internados
- Revisión de la utilización y administración de casos para pacientes ambulatorios
- Hospitalización parcial
- Programas intensivos para pacientes ambulatorios
- Programa Changing Lives by Integrating Mind and Body (Cambiando vidas a través de la integración de la mente y el cuerpo)
- Programas de control del estilo de vida: de control del estrés, para dejar el tabaco y de control del peso
- Administración de terapia de narcóticos
- Administración de casos psiquiátricos complejos

Farmacia

Dentro de la red

Parte del costo que le corresponde y suministro

Parte del costo por Cigna Pharmacy

- Farmacia minorista: suministro para un máximo de 90 días (salvo medicamentos de especialidad, que tienen un suministro máximo de 30 días).
- Entrega a domicilio: suministro para un máximo de 90 días (salvo medicamentos de especialidad, que tienen un suministro máximo de 30 días).

Farmacia minorista (por suministro para 30 días):

Genéricos: Usted paga \$15 ^

De marca preferida: Usted paga \$30 ^

De marca no preferida: Usted paga \$60 ^

Farmacia minorista y entrega a domicilio (por suministro para 30 días):

Especialidad: Usted paga el 20% hasta un máximo de \$75 ^

Farmacia minorista y entrega a domicilio (por suministro para 90 días):

Genéricos: Usted paga \$30 ^

De marca preferida: Usted paga \$60 ^

De marca no preferida: Usted paga \$120 ^

Farmacia

Dentro de la red

- Los medicamentos al por menor por un suministro para 30 días pueden obtenerse dentro de la red en una amplia selección de farmacias de todo el país. No obstante, las recetas para un suministro para 90 días (como en el caso de medicamentos de mantenimiento) estarán disponibles en determinadas farmacias de la red.
- Programa Cigna 90 Now: Usted puede optar por que le despachen sus medicamentos en suministros para 30 o 90 días. Si opta por que le despachen una receta para 30 días, podrá ir a cualquier farmacia minorista de la red o farmacia de entrega a domicilio de la red. Si opta por que le despachen una receta para 90 días, deberá ir a una farmacia minorista con despacho para 90 días de la red o farmacia de entrega a domicilio de la red.
- Este plan no cubrirá beneficios de farmacia fuera de la red.
- Los medicamentos de especialidad son medicamentos que se usan para tratar una enfermedad subyacente que se considera poco frecuente y crónica, como por ejemplo, la esclerosis múltiple, la hepatitis C o la artritis reumatoide. Los medicamentos de especialidad pueden incluir medicamentos de alto costo, además de medicamentos que pueden requerir una manipulación especial y una minuciosa supervisión durante su administración.
- Si el paciente solicita un medicamento de marca, paga la parte del costo del medicamento de marca más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico, hasta el costo del medicamento de marca (a menos que el médico indique "Dispense As Written", DAW, que significa "Despachar según lo indicado").
- Entrega a domicilio exclusiva para los medicamentos de especialidad: Los medicamentos de especialidad deben despacharse a través de la entrega a domicilio; de lo contrario, usted pagará el costo total de la receta la primera vez que se lo despachen. Es posible que se apliquen algunas excepciones.
- Sus beneficios de farmacia comparten un deducible anual y un desembolso máximo con los beneficios médicos/de salud del comportamiento. El costo compartido aplicable para los medicamentos cubiertos se aplica una vez que se alcanzó el deducible combinado.

Medicamentos cubiertos

Lista de medicamentos con receta:

La Lista de medicamentos con receta Standard de Cigna incluye una selección completa de medicamentos que incluye todos los medicamentos exigidos en virtud de las leyes de cuidado de la salud aplicables. Para consultar los medicamentos que incluye su plan, inicie sesión en myCigna.com.

Algunas características importantes:

- La cobertura incluye medicamentos inyectables autoadministrados y medicamentos inyectables opcionales, pero no incluye medicamentos para tratar la infertilidad.
- Los dispositivos y los medicamentos anticonceptivos están cubiertos, y los productos exigidos por la legislación federal están cubiertos en un 100%.
- La insulina, las tiras reactivas para medir la glucosa, las lancetas, las agujas y las jeringas para insulina, y las plumas y los cartuchos de insulina están cubiertos.
- Los medicamentos orales para tratar la infertilidad están cubiertos.

Información sobre el programa de farmacia

Revisión clínica de servicios de farmacia: Essential

Su plan incluye programas y revisiones de gestión de medicamentos para garantizar la emisión segura de recetas y el acceso a medicamentos que se haya comprobado que son los más confiables y menos costosos para la afección médica que corresponda, tales como:

- Requisitos de autorización previa
- Tratamiento escalonado para determinadas clases de medicamentos y drogas que recién hayan ingresado al mercado.
- Límites de cantidad, incluidas revisiones de dosis diaria máxima, revisiones de cantidad en el tiempo, revisiones de duración del tratamiento y revisiones de optimización de la dosis.
- Revisiones de edad y revisiones de renovación temprana.
- Revisiones de exclusión del plan.
- Los usuarios actuales de medicamentos sujetos a Tratamiento escalonado podrán despachar un suministro para 30 días durante los primeros tres meses de cobertura antes de que se aplique el programa de Tratamiento escalonado.
- Su plan incluye componentes de gestión de medicamentos de especialidad, tales como autorización previa y límites de cantidad, para garantizar la emisión segura de recetas y el acceso a medicamentos de especialidad.
- Para los clientes que tienen afecciones complejas y que toman medicamentos de especialidad, ofreceremos la ayuda de los Centros de Recursos Terapéuticos Accredited (TRC, por sus siglas en inglés) para que proporcionen los medicamentos de especialidad y el asesoramiento sobre la afección. Para los clientes que toman un medicamento de especialidad que no despacha Accredited, los expertos de Cigna se encargarán de proporcionar el medicamento de especialidad y el asesoramiento sobre la afección.

7/1/2021

CO

Choice Fund Health Savings Account (HSA) Open Access Plus In-Network - OAPIN_HDHPQ

Información sobre el programa de farmacia

Patient Assurance Program

Su plan incluye el programa Patient Assurance Program, que exime del pago del deducible y reduce la cantidad que usted debe por determinados medicamentos utilizados para tratar afecciones crónicas incluidas en el programa. Además:

- Cualquier cantidad que pague por estos medicamentos solo cuenta para alcanzar su desembolso máximo.
- Cualquier descuento proporcionado por un fabricante de productos farmacéuticos para estos medicamentos solo cuenta para alcanzar su desembolso máximo.

Información adicional

Administración de Casos

Coordinado por Cigna HealthCare. Este es un servicio diseñado para prestar ayuda a un paciente que esté en riesgo de desarrollar complicaciones médicas o para quien un incidente de salud haya precipitado una necesidad de rehabilitación o de apoyo de cuidado de la salud adicional. El programa intenta alcanzar un equilibrio entre una atención de calidad y económica, a la vez que se aumenta al máximo la calidad de vida del paciente.

Programa de Prevención de la Diabetes de Cigna en colaboración con Omada

El Programa de Prevención de la Diabetes de Cigna en colaboración con Omada es un programa para ayudarle a evitar la aparición de diabetes, así como riesgos para la salud que podrían provocar una enfermedad cardíaca o un derrame cerebral. El programa está cubierto por su plan de salud en el nivel preventivo, al igual que su visita de bienestar. Quienes participen en el programa tienen acceso a un asesor médico virtual profesional, un grupo de apoyo en línea, clases interactivas y una balanza con tecnología inteligente. El programa le ayudará a hacer pequeños cambios en los hábitos de alimentación, actividad y sueño y en el nivel de estrés para lograr bajar de peso de manera saludable, a lo largo de una serie de 16 clases semanales y mediante herramientas para ayudarle a no volver a subir. También se le ofrecerá la oportunidad de inscribirse en un gimnasio por una cuota mensual baja y sin matrícula de inscripción.

Programa de oncología integral

- Asistencia para administración de la atención
- Administración de Casos

Incluido

Healthy Pregnancies/Healthy Babies

- Asistencia para administración de la atención
- Administración de casos para servicios de maternidad
- Administración de casos para servicios neonatales

\$150 (1.º trimestre)/\$75 (2.º trimestre) – Opción 3

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 o (ii) 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.

Información adicional

Coordinación con Medicare

De conformidad con la Ley del Seguro Social de 1965, este plan pagará como Plan secundario de las Partes A y B de Medicare, en los siguientes casos:

(a) un expleado, como un jubilado, un expleado incapacitado, el dependiente de un expleado o la pareja de hecho de un empleado, que también cumpla con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare y cuyo seguro continúe por algún motivo según lo dispuesto en este plan (incluida la continuación en virtud de COBRA);

(b) un empleado, un expleado, el dependiente de un empleado o el dependiente de un expleado, 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.

Cuando una persona cumpla con los requisitos para las Partes A y B de Medicare según lo descrito arriba, este plan pagará como Plan secundario de las Partes A y B de Medicare **independientemente de si la persona efectivamente está inscrita en la Parte A y/o la Parte B de Medicare e independientemente de si la persona solicita atención en un proveedor de Medicare o no para recibir servicios cubiertos por Medicare.**

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.

One Guide

Disponible por teléfono o a través de la aplicación móvil myCigna. One Guide le ayuda a explorar el sistema de cuidado de la salud y a aprovechar al máximo sus beneficios y programas de salud.

Equipo Personal de Salud Prémium

El Equipo Personal de Salud Prémium es un programa de prestación de servicios exclusivo e integrado que usa el modelo de un único asesor médico. Las principales funciones incluyen:

- Administración de casos a corto plazo y complejos
- Defensa de los derechos de los pacientes internados
- Contacto previo a la admisión
- Contacto después del alta
- Contacto con la Línea de Información sobre la Salud atendida las 24 horas

Centro de cuidados - N/C

Número de equipo - [Input Client Specific number or remove this line if not applicable]

Nombre del programa - [Input Client Specific name or remove this line if not applicable]

Título del programa - [Input Client Specific title or remove this line if not applicable]

Precertificación – Revisión de estadía continua – Preferred Care Management para pacientes internados: se requiere para todas las admisiones de pacientes internados.

Dentro de la red: coordinado por su médico.

Precertificación – Preferred Care Management – Autorización previa para pacientes ambulatorios: se requiere para determinados procedimientos y pruebas de diagnóstico de pacientes ambulatorios.

Dentro de la red: coordinado por su médico.

No se aplica la **Limitación por afección preexistente (PCL, por sus siglas en inglés).**

Apoyo para tomar decisiones con respecto a un tratamiento

Apoyo para tomar decisiones con respecto a un tratamiento para afecciones médicas comunes. Los asesores médicos de Cigna proporcionan información imparcial y educación sobre opciones de tratamiento para afecciones médicas comunes, como por ejemplo: dolor de espalda, arteriopatía coronaria, artrosis de cadera y de rodilla, afecciones uterinas benignas, cáncer de seno y cáncer de próstata.

Incluido

7/1/2021

CO

Choice Fund Health Savings Account (HSA) Open Access Plus In-Network - OAPIN_HDHPQ

Información adicional

Your Health First - 200

Es posible que las personas con una o más de las afecciones crónicas identificadas a la derecha cumplan con los requisitos para recibir el siguiente tipo de apoyo:

- Control de afecciones
- Cumplimiento con la medicación
- Control de factores de riesgo
- Problemas relacionados con el estilo de vida
- Problemas relacionados con la salud y el bienestar
- Antes y después de la admisión
- Apoyo para tomar decisiones con respecto a un tratamiento
- Brechas en la atención

Apoyo holístico para las siguientes afecciones médicas crónicas:

- Enfermedad cardíaca
- Arteriopatía coronaria
- Angina
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Infarto de miocardio agudo
- Arteriopatía periférica
- Asma
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (enfisema y bronquitis crónica)
- Diabetes tipo 1
- Diabetes tipo 2
- Síndrome metabólico/complicaciones con el peso
- Artrosis
- Dolor lumbar
- Ansiedad
- Trastorno bipolar
- Depresión

Definiciones

Coseguro: Una vez que haya alcanzado su deducible, usted y su plan comparten algunos de sus costos médicos. La parte de los gastos cubiertos de la cual usted es responsable se denomina coseguro.

Copago: Una tarifa fija que usted paga por determinados servicios cubiertos, como las visitas al médico o las recetas.

Deducible: Cantidad fija en dólares que usted debe pagar de su bolsillo antes de que el plan comience a pagar los servicios cubiertos.

Desembolso máximo: Límites específicos a la cantidad total que pagará de su bolsillo antes de que deje de aplicarse el porcentaje de coseguro de su plan. Una vez que alcance estas cantidades máximas, su plan pagará el 100% de los "Cargos máximos reembolsables" o las tarifas negociadas por los servicios cubiertos.

Lugar del servicio: Su plan paga en función del lugar donde recibe los servicios. Por ejemplo, para estadías en un hospital, su cobertura se paga como paciente internado.

Lista de medicamentos con receta: La lista de medicamentos de marca y genéricos con receta que están cubiertos por su plan de farmacia.

Servicios profesionales: Servicios prestados por cirujanos, cirujanos auxiliares, médicos de hospitales, radiólogos, patólogos y anestesiistas.

Transición de la atención: Brinda cobertura de salud dentro de la red a nuevos clientes cuando el médico del cliente no es parte de la red de Cigna y existen razones clínicas aprobadas por las que el cliente debe seguir atendándose con el mismo médico.

Exclusiones

Conceptos no cubiertos (la lista no es exhaustiva):

Su plan brinda cobertura para la mayoría de los servicios médicamente necesarios. Se brinda la lista completa de exclusiones en su Certificado o Descripción resumida del plan. En la medida en la que pueda haber diferencias, rigen los términos del Certificado o la Descripción resumida del plan. Los servicios que su plan no cubre, a menos que lo exija la ley o que estén cubiertos por el beneficio de farmacia, incluyen (a modo de ejemplo):

- Atención para afecciones médicas que deben tratarse en un centro público según lo exigido por la ley estatal o local.
- Atención que debe ser brindada por un sistema escolar público o un distrito escolar según lo exigido por la ley estatal o federal.
- Atención 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.

Exclusiones

- Tratamiento de una Enfermedad o Lesión como consecuencia de una guerra, declarada o no declarada.
- Cargos que no tiene la obligación de pagar, por los que no recibirá una factura o por los que no le habrían facturado salvo que estuvieran cubiertos por este plan. Por ejemplo, si Cigna determina que un proveedor o 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.
- Gastos relacionados con servicios que estén en etapa experimental o en investigación o no hayan sido comprobados.
- 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, por sus siglas en inglés) 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 las secciones “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 cuidado de rutina de los pacientes relacionados con estudios clínicos calificados, según lo dispuesto en la sección “Estudios clínicos” de este plan.

Para determinar si dichas tecnologías, suministros, tratamientos y tratamientos o dispositivos farmacológicos o biológicos son experimentales, se encuentran en investigación o no están comprobados, el Médico de revisión de la utilización podrá confiar en las políticas de cobertura clínica mantenidas por Cigna o la Organización de Revisión. Las políticas de cobertura clínica pueden incorporar, sin limitación y según corresponda, criterios relacionados con el etiquetado aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, compendios de referencia médica estándar o en la literatura médica o las pautas basadas en evidencias y revisadas por colegas médicos. El plan o la póliza no deben denegar la cobertura de un tratamiento farmacológico o biológico por ser experimental, encontrarse en investigación o no estar comprobado si el tratamiento farmacológico o biológico está aprobado por la FDA para su comercialización legal y está reconocido para el tratamiento del cáncer en los compendios de referencia con autoridad según lo identificado por la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

- 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; tratamiento quirúrgico de várices; cirugía de la pared abdominal; paniculectomía; rinoplastia; blefaroplastia; 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.

7/1/2021

CO
Choice Fund Health Savings Account (HSA) Open Access Plus In-Network - OAPIN_HDHPQ

Exclusiones

- 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, 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 juez, forenses o de custodia.
- Tratamiento u hospitalización ordenados por un juez, a menos que el tratamiento sea indicado por un Médico y se encuentre en la lista de servicios cubiertos por este plan.
- Cualquier medicación, medicamento, servicio o suministro para el tratamiento de la disfunción sexual masculina o femenina, que incluye, 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.
- Suministros médicos de consumo distintos a los suministros para estoma y 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.
- Habitaciones privadas en un hospital y/o los servicios de una enfermera privada, a excepción de lo que se especifica en la cláusula de 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, portaliagas, corsés, dentaduras postizas y pelucas.
- Aparatos auditivos (excepto según lo dispuesto en “Gastos cubiertos”), 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).
- Refracciones 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 y durezas 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 Medicamento necesarios.
- Costos o cuotas de membresías relacionadas con clubes deportivos o programas para bajar de peso.

7/1/2021

CO

Choice Fund Health Savings Account (HSA) Open Access Plus In-Network - OAPIN_HDHPQ

Exclusiones

- 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 la condición física general.
- Costos de sustancias biológicas, ya sean vacunas o medicamentos para 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.
- En relación con una Lesión o Enfermedad que surja con motivo de cualquier trabajo por un sueldo o ganancias, o durante su desempeño.
- 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 masajes.

Estos son solo los puntos más destacados

Este resumen describe los puntos más destacados de su plan. Para ver una lista completa de los servicios cubiertos y no cubiertos, incluidos los beneficios exigidos por su estado, consulte el certificado del seguro, el acuerdo de servicio o la descripción resumida del plan de su empleador, que son los documentos oficiales del plan. En caso de discrepancia entre este resumen y los documentos del plan, la información incluida en los documentos del plan prevalecerá.

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. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

EHB Estado: CO

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 deyè kat ID ou. Sinon, rele nimewo 1.800.244.6224 (TTY: Rele 711).

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

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

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

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

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

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

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