

RESUMEN DE BENEFICIOS



Cigna Health and Life Insurance Co.
Para: Goodwill of Central and Northern Arizona
Plan Open Access Plus
Opción 3 BROAD OAP 5000 GARNER
Fecha de entrada en vigor: 1 de enero de 2024

Selección de un proveedor de atención primaria: es posible que su plan le exija o le permita designar a un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en la red y que pueda aceptarlos a usted o a los miembros de su familia. Si su plan le exige que designe a un proveedor de atención primaria, Cigna podrá designar uno por usted hasta que usted efectúe la designación correspondiente. Para obtener información sobre cómo seleccionar a un proveedor de atención primaria y para ver una lista de los proveedores de atención primaria participantes, visite www.mycigna.com o comuníquese con servicio al cliente al número de teléfono que figura al dorso de su tarjeta de identificación. Para sus hijos, puede designar a un pediatra como el proveedor de atención primaria.

Acceso directo a obstetras y ginecólogos: no necesita autorización previa del plan ni de ninguna otra persona (como un proveedor de atención primaria) para acceder a la atención obstétrica o ginecológica brindada por un profesional de atención médica de nuestra red especializado en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de atención médica 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 ver una lista de los profesionales de atención médica participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, visite www.mycigna.com o comuníquese con servicio al cliente al número de teléfono que figura al dorso de su tarjeta de identificación.

Un aviso para los residentes de Missouri requerido por RSMo 376.1199.6: este plan ha adquirido una cláusula opcional para cubrir los abortos provocados. La persona inscrita tiene el derecho a excluir y no pagar la cobertura para abortos provocados si dicha cobertura va en contra de las creencias morales, éticas o religiosas de la persona inscrita.

Detalles del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
Máximo de por vida	Ilimitado	Ilimitado
Acumulación por año del plan	Los deducibles, desembolsos y límites de nivel de beneficios de su plan se acumulan por año calendario a menos que se especifique lo contrario. Además, todas las cantidades máximas del plan y por servicios específicos (costo e incidencia) se acumulan entre sí, dentro y fuera de la red, a menos que se indique lo contrario.	
Coaseguro del plan	El plan paga el 80%	El plan paga el 60%
Cargo máximo reembolsable	No corresponde	110%
Deducible del plan	Individual: \$5,000 Grupo familiar: \$10,000	Individual: \$10,000 Grupo familiar: \$20,000
- Solo la cantidad que pague por gastos cubiertos dentro de la red cuenta para su deducible dentro de la red. Solo la cantidad que pague por gastos cubiertos fuera de la red cuenta para su deducible fuera de la red. - Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan y el coaseguro. - Los miembros de la familia solo tienen que cumplir con sus deducibles individuales y, luego, sus reclamos estarán cubiertos bajo el coaseguro del plan; si el deducible de grupo familiar se ha cumplido antes de que se cumplan sus deducibles individuales, sus reclamos se pagarán al coaseguro del plan. - Este plan incluye un deducible del plan médico/de farmacia combinado. - Los productos y los medicamentos de marca preferida preventivos genéricos dentro de la red incluidos en el paquete de prevención Plus no estarán sujetos al deducible. Esto se puede aplicar a medicamentos para: asma, disminución del colesterol, depresión, diabetes (incluidos los suministros para la diabetes y los suministros para el monitor de glucosa continuo), enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares, presión arterial alta, osteoporosis, dejar de fumar, vitaminas prenatales.		
Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^).		

Detalles del plan		Dentro de la red	Fuera de la red
Desembolso máximo del plan		Individual: \$7,000 Grupo familiar: \$14,000	Individual: \$14,000 Grupo familiar: \$28,000
- Solo la cantidad que pague por gastos cubiertos dentro de la red cuenta para su desembolso máximo dentro de la red. Solo la cantidad que pague por gastos cubiertos fuera de la red cuenta para su desembolso máximo fuera de la red. - El deducible del plan cuenta para su desembolso máximo. - Todos los copagos/deducibles de los beneficios cuentan para su desembolso máximo. - Los gastos cubiertos que cuentan para su desembolso máximo incluyen coaseguro pagado por el cliente y cargos por salud mental y alcoholismo y/o farmacodependencia. Las multas o cargos por incumplimiento en servicios fuera de la red mayores al cargo máximo reembolsable no cuentan para el desembolso máximo. - Una vez que cada miembro elegible de la familia cumpla con su desembolso máximo individual, el plan pagará el 100% de los gastos cubiertos. O bien, una vez que se haya cumplido con el desembolso máximo del grupo familiar, el plan pagará el 100% de los gastos cubiertos de cada miembro elegible de la familia. - Este plan incluye un desembolso máximo médico/de farmacia combinado.			
Beneficio		Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.			
Servicios/visita al consultorio del médico			
Servicios/visita al consultorio del médico de atención primaria (PCP)		El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios/visita al consultorio del médico especialista		El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
NOTA: las visitas a obstetras/ginecólogos están sujetas al costo compartido del PCP o especialista según el contrato que el proveedor tenga con Cigna (es decir, como PCP o como especialista).			
Cirugía realizada en el consultorio del médico		Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio	Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el 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 los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio	Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.		
Atención virtual		
Proveedores virtuales dedicados - MDLIVE		
Servicios de atención virtual de urgencias MDLIVE	El plan paga el 80% ^	Sin cobertura
Servicios de atención primaria pertenecientes a MDLIVE	El plan paga el 80% ^	Sin cobertura
MDLIVE Specialty Care Services	El plan paga el 80% ^	Sin cobertura
- Se aplica el costo compartido de atención primaria a la atención de rutina. Exámenes de bienestar virtuales pagaderos a través de la atención preventiva - Los servicios de laboratorio para respaldar una visita virtual deben obtenerse a través de laboratorios dedicados. - 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 a través de Internet.		
Servicios - consultas médicas virtuales		
Servicios/visita al consultorio del médico de atención primaria (PCP)	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios/visita al consultorio del médico especialista	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
- Los médicos pueden proporcionar virtualmente servicios pagaderos a través de otros beneficios (p. ej., atención preventiva, servicios de terapia para pacientes en consulta externa). - Incluye los cargos por la prestación de servicios médicos o relacionados con la salud y consultas de forma médicamente apropiada a través de audio, video o tecnologías seguras a través de Internet que son similares a los servicios prestados en el consultorio en persona.		
NOTA: las visitas a obstetras/ginecólogos están sujetas al costo compartido del PCP o especialista según el contrato que el proveedor tenga con Cigna (es decir, como PCP o como especialista).		
Clínica sin cita previa		
Clínica sin cita previa	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Atención preventiva		
Atención preventiva	El plan paga el 100%	PCP: el plan paga el 60% ^ Especialista: el plan paga el 60% ^
- Incluye la cobertura de servicios adicionales, como análisis de orina, ECG y otros análisis de laboratorio, que suplementan el beneficio de atención preventiva estándar cuando se factura como parte de la visita al consultorio. - Límite anual: ilimitado		
Inmunizaciones	El plan paga el 100%	PCP: el plan paga el 60% ^ Especialista: el plan paga el 60% ^
Mamografías, exámenes de Papanicolaou y pruebas de antígenos específicos de la próstata (PSA, por sus siglas en inglés)	El plan paga el 100%	Cubiertos al mismo nivel que otros servicios de radiografías y laboratorio, según el lugar de servicio
- La cobertura incluye los servicios profesionales para pacientes en consulta externa 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.		

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.		
Pacientes internados		
Instalaciones hospitalarias para pacientes internados	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Nota: incluye todos los servicios de laboratorio y radiología, entre ellos, las imágenes radiológicas avanzadas y los medicamentos de especialidad médica		
Visitas o consultas al médico del hospital como paciente internado	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios profesionales para pacientes internados	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
• Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiistas		
Pacientes en consulta externa		
Servicios en instalaciones para pacientes en consulta externa	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios profesionales para pacientes en consulta externa	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
• Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiistas		
Servicios de emergencia		
Sala de emergencias		
• Incluye servicios profesionales, radiografías y/o laboratorio prestados en la sala de emergencias y facturados por la instalación como parte de la visita a emergencias.	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 80% ^
Instalaciones de atención de urgencia		
• Incluye servicios profesionales, radiografías y/o laboratorio prestados en instalaciones de atención de urgencia y facturados por la instalación como parte de la visita a emergencias.	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Ambulancia	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 80% ^
Los servicios de ambulancia utilizados como transporte que no sea de emergencia (p. ej., regreso del hospital al hogar) generalmente no están cubiertos.		
Servicios para pacientes internados en otras instalaciones de atención médica		
Instalaciones de enfermería especializada, hospital de rehabilitación, instalaciones de semigraves		
• Límite anual: 60 días	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios de laboratorio		
Servicios/visita al consultorio del médico	Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio	Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio
Laboratorio independiente	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Instalaciones para pacientes en consulta externa	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios de radiología		
Servicios/visita al consultorio del médico	Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio	Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio
Instalaciones para pacientes en consulta externa	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^

Beneficio	Dentro de la red		Fuera de la red
Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.			
Imágenes radiológicas avanzadas (ARI)	Incluyen MRI, MRA, CAT, PET, etc.		
Instalaciones para pacientes en consulta externa	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	
Servicios/visita al consultorio del médico	Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio	Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio	
Servicios de terapia para pacientes en consulta externa			
Servicios de terapia para pacientes en consulta externa y atención quiropráctica	Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio	Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio	
Límites anuales: - Todas las terapias combinadas: incluye atención quiropráctica, terapia cognitiva, terapia ocupacional, terapia física, rehabilitación pulmonar y terapia del habla: 80 días - No se aplican límites a las afecciones de salud mental para fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional			
Nota: los días de terapia, proporcionados como parte de un plan de atención médica en el hogar aprobado, se acumulan para los máximos aplicables de servicios de terapia para pacientes en consulta externa			
Servicios de manipulación y subluxación de la columna vertebral	Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio	Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio	
Límite anual: Los servicios de manipulación y subluxación de la columna vertebral: días ilimitados			
Servicios de rehabilitación cardíaca	Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio	Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio	
Límite anual: Rehabilitación cardíaca: 36 días			
Instalaciones para enfermos terminales			
Instalaciones para pacientes internados	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	
Servicios para pacientes en consulta externa	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	
Nota: incluye asesoría por duelo como parte del programa de atención de enfermos terminales.			
Asesoría por duelo (por servicios no brindados como parte del programa de atención de enfermos terminales)			
Servicios proporcionados por un profesional de salud mental	Cubiertos por el beneficio de salud mental	Cubiertos por el beneficio de salud mental	

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.		
Medicamentos farmacéuticos		
Medicamentos farmacéuticos de Cigna Pathwell Specialty SM	Red de Cigna Pathwell Specialty SM : El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Otros medicamentos farmacéuticos	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Nota: este beneficio únicamente se aplica al costo de los medicamentos farmacéuticos administrados. Los cargos de la instalación, cargos profesionales o de la visita al consultorio relacionados están cubiertos según el diseño del plan.		
Maternidad		
Visita inicial para confirmar el embarazo	Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio	Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio
Todas las visitas prenatales, visitas posnatales y los cargos de parto del médico siguientes) (Tarifa total de maternidad)	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Visitas al consultorio además de la tarifa total de maternidad (prestadas por un obstetra/ginecólogo o especialista)	Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio	Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio
Parto: instalaciones (hospital para pacientes internados, centro de maternidad)	Misma cobertura que la incluida en los beneficios del plan para pacientes internados en el hospital	Misma cobertura que la incluida en los beneficios del plan para pacientes internados en el hospital
Aborto		
Servicios de aborto	La cobertura varía según el lugar del servicio	La cobertura varía según el lugar del servicio
Nota: procedimientos provocados y no provocados		
Planificación familiar		
Servicios para mujeres	El plan paga el 100%	La cobertura varía según el lugar del servicio
Incluye dispositivos anticonceptivos según lo indique o recete un médico y 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	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	La cobertura varía según el lugar del servicio
Servicios de infertilidad cubiertos: exámenes de laboratorio y radiología, asesoría, tratamiento quirúrgico, incluye inseminación artificial y excluye fertilización in vitro, transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés), transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), etc.		

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.		
Otros servicios/instalaciones de atención médica		
Atención médica en el hogar • Límite anual: ilimitado	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Nota: incluye la enfermería privada para pacientes en consulta externa si se aprueba como médicamente necesaria		
Trasplantes de órganos		
Instalaciones hospitalarias para pacientes internados		
Instalaciones de LifeSOURCE	El plan paga el 100%	No corresponde
Instalaciones que no sean de LifeSOURCE	Misma cobertura que la incluida en los beneficios del plan para pacientes internados en el hospital	Misma cobertura que la incluida en los beneficios del plan para pacientes internados en el hospital
Servicios profesionales para pacientes internados		
Instalaciones de LifeSOURCE	El plan paga el 100%	No corresponde
Instalaciones que no sean de LifeSOURCE	Misma cobertura que el beneficio de servicios profesionales para pacientes internados del plan	Misma cobertura que el beneficio de servicios profesionales para pacientes internados del plan hasta los siguientes máximos por trasplante: Médula ósea: \$130,000 Corazón: \$150,000 Corazón/pulmón: \$185,000 Riñón: \$80,000 Riñón/páncreas: \$80,000 Hígado: \$230,000 Pulmón: \$185,000 Páncreas: \$50,000
• Máximo de viaje - Instalaciones de Cigna LifeSOURCE Transplant Network® solamente: máximo ilimitado por trasplante de por vida		
Equipo médico duradero • Límite anual: ilimitado	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Equipos y suministros para la lactancia • Limitados al alquiler de un sacaleches por nacimiento según lo indique o recete un médico. • Incluye los suministros relacionados.	El plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^
Aparatos protésicos externos (EPA, por sus siglas en inglés) • Límite anual: ilimitado	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Atención de rutina de los pies	Sin cobertura	Sin cobertura
Nota: los servicios asociados con el cuidado de los pies en los casos de diabetes y enfermedad vascular periférica están cubiertos en caso de ser aprobados como médicamente necesarios.		
Acupuntura • Límite anual: 20 días	Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio	Misma cobertura que los servicios ofrecidos por el médico - visita al consultorio

Beneficio**Dentro de la red****Fuera de la red**

Nota: los servicios para los que se aplica el deducible del plan están marcados con un acento circunflejo (^). Siempre se aplican copagos/deducibles de los beneficios antes del deducible del plan.

Salud mental y alcoholismo y/o farmacodependencia

Salud mental para pacientes internados	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios de salud mental para pacientes en consulta externa: consultorio del médico	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios de salud mental para pacientes en consulta externa: todos los demás servicios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Alcoholismo y/o farmacodependencia para pacientes internados	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios de alcoholismo y/o farmacodependencia para pacientes en consulta externa: consultorio del médico	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios de alcoholismo y/o farmacodependencia para pacientes en consulta externa: todos los demás servicios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^

Límites anuales:

- Máximo ilimitado

Notas:

- Los servicios para pacientes internados incluyen el tratamiento residencial y agudo.
- Los servicios para pacientes en consulta externa en el consultorio del médico pueden incluir terapia individual, familiar y grupal, psicoterapia, administración de los medicamentos, etc.
- Todos los demás servicios para pacientes en consulta externa pueden incluir hospitalización parcial, los servicios intensivos para pacientes en consulta externa, el análisis del comportamiento aplicado (ABA, por sus siglas en inglés), etc.
- Los servicios se pagan en un 100% una vez que alcance su desembolso máximo.

Nota importante sobre la cobertura de servicios de salud mental y de alcoholismo y/o farmacodependencia: los servicios médicos cubiertos que se mencionan arriba, que se reciben para diagnosticar o tratar afecciones de salud mental o de alcoholismo y/o farmacodependencia, se pagarán conforme a esta sección denominada "Salud mental y alcoholismo y/o farmacodependencia."

Revisión de la utilización, administración de casos y programas de salud mental/alcoholismo y/o farmacodependencia**Cigna Total Behavioral Health: administración para pacientes internados y en consulta externa**

- Revisión de la utilización y administración de casos para pacientes internados
- Revisión de la utilización y administración de casos para pacientes en consulta externa
- Hospitalización parcial
- Programas intensivos para pacientes en consulta externa
- Programa Changing Lives by Integrating Mind and Body (Cambio de vida integrando mente y 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
- Programa inMyndSM: una solución integral y holística para contribuir a reconocer y encontrar recursos para tratar afecciones de la salud del comportamiento.

Farmacia	Dentro de la red	Fuera de la red
Costo compartido y suministro Costo compartido de Cigna Pharmacy - Minorista: suministro para hasta 90 días (salvo medicamentos de especialidad, suministro para hasta 30 días) - Entrega a domicilio: suministro para hasta 90 días (salvo medicamentos de especialidad, suministro para hasta 30 días)	Minorista (suministro para 30 días): Genéricos: usted paga \$15 [^] De marca preferida: usted paga \$50 [^] De marca no preferida: usted paga \$100 [^] Minorista y entrega a domicilio (suministro para 30 días): De especialidad: usted paga \$150 [^] Minorista y entrega a domicilio (suministro para 90 días): Genéricos: usted paga \$38 [^] De marca preferida: usted paga \$125 [^] De marca no preferida: usted paga \$250 [^]	Minorista: Usted paga el 50% [^] Su plan paga el 50% [^] Entrega a domicilio: Sin cobertura
- Los medicamentos minoristas para un suministro de 30 días pueden obtenerse dentro de la red en una gran variedad de farmacias en todo el país. Por el contrario, los medicamentos para un suministro de 90 días (como los medicamentos de mantenimiento) estarán disponibles en determinadas farmacias de la red. - Programa Cigna 90 Now: usted puede optar por surtir sus medicamentos en un suministro para 30 o 90 días. Si opta por surtir una receta para 30 días, puede hacerlo en cualquier farmacia minorista de la red o a través de una farmacia de Home Delivery de la red. Si opta por surtir una receta para 90 días, debe hacerlo en una farmacia minorista de la red para 90 días o a través de una farmacia de Home Delivery de la red para que el plan la cubra. - Los medicamentos de especialidad se utilizan para tratar una enfermedad subyacente que se considera poco frecuente y crónica, que incluye, a modo de ejemplo, esclerosis múltiple, hepatitis C o artritis reumatoide. Los medicamentos de especialidad pueden incluir medicamentos de costo alto, así como medicamentos que pueden requerir de una manipulación especial y supervisión cercana al ser administrados. - Cuando el paciente solicita un medicamento de marca, paga el costo compartido 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 "Despachar según lo escrito"). - Sus beneficios de farmacia comparten un deducible anual y un desembolso máximo con los beneficios médicos y de salud del comportamiento. El costo compartido aplicable de los medicamentos cubiertos se aplica una vez que se haya cumplido con el deducible combinado.		
Medicamentos preventivos: Los medicamentos preventivos requeridos por el gobierno federal no estarán sujetos al deducible y se proporcionarán sin cargo. Además, los productos y los medicamentos de marca preferida preventivos genéricos dentro de la red incluidos en el paquete de prevención Plus no estarán sujetos al deducible y se proporcionarán sin cargo. Esto se puede aplicar a medicamentos para: Asma, disminución del colesterol, depresión, diabetes (incluidos los suministros para la diabetes y los suministros para el monitor de glucosa continuo), enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares, presión arterial alta, osteoporosis, dejar de fumar, vitaminas prenatales.		

Medicamentos cubiertos

Lista de medicamentos que requieren receta médica:

Su Lista estándar de medicamentos que requieren receta médica de Cigna incluye una gran variedad de medicamentos: incluidos todos aquellos exigidos por las leyes de atención médica aplicables. Para consultar qué medicamentos están incluidos en su plan, inicie sesión en myCigna.com.

Algunos puntos destacados:

- La cobertura incluye medicamentos inyectables autoadministrados y medicamentos inyectables opcionales, pero no incluye medicamentos para tratar la infertilidad.
- Los dispositivos y medicamentos anticonceptivos están cubiertos dentro de los productos requeridos a nivel federal cubiertos al 100%.

Información sobre programas de farmacia

Administración clínica de servicios de farmacia: esencial

Su plan cuenta con programas y requisitos de administración de medicamentos a fin de garantizar el acceso a medicamentos que han demostrado ser los más confiables y económicos para la afección médica y que se los recete de manera segura, por ejemplo:

- Requisitos de autorización previa.
- Tratamiento escalonado en algunas clases de medicaciones y medicamentos nuevos en el mercado.
- Límites de cantidad, entre ellos, requisitos de dosis diaria máxima, requisitos de cantidad en el tiempo, requisitos de duración del tratamiento y requisitos de optimización de la dosis.
- Requisitos de edad y requisitos de renovación temprana.
- Requisitos de exclusiones del plan.
- Los usuarios actuales de medicamentos de tratamiento escalonado podrán realizar un despacho de 30 días durante los primeros tres meses de cobertura antes de que se aplique el programa de tratamiento escalonado.
- Su plan incluye características de la administración de medicamentos de especialidad, como autorización previa y límites de cantidad, a fin de garantizar el acceso a los medicamentos de especialidad y que se los recete de manera segura.
- Para los afiliados que tienen afecciones complejas y que toman medicamentos de especialidad, ofreceremos la ayuda de los Centros de Recursos Terapéuticos Accredito (TRC, por sus siglas en inglés) para que proporcionen los medicamentos de especialidad y el asesoramiento sobre la afección. Para los afiliados que toman un medicamento de especialidad que no despacha Accredito, los expertos de Cigna se encargarán de proporcionar el medicamento de especialidad y el asesoramiento sobre la afección.

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 las afecciones crónicas incluidas en el programa. Además:

- Cualquier cantidad que pague por estos medicamentos solo cuenta para alcanzar tanto su deducible como su desembolso máximo.
- Cualquier descuento proporcionado por un fabricante de productos farmacéuticos para estos medicamentos solo cuenta para alcanzar tanto su deducible como 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 atención médica 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 ayudar a evitar el inicio de la diabetes, así como los riesgos para la salud que podrían provocar enfermedades cardíacas o accidentes cerebrovasculares. El programa está cubierto por su plan de salud a nivel preventivo, al igual que para su visita de bienestar. Los participantes del programa tienen acceso a asesoría de salud virtual profesional, un grupo de apoyo en línea, clases interactivas y una balanza de tecnología inteligente. El programa le ayudará a hacer pequeños cambios en su alimentación, actividad, patrones de sueño y estrés para lograr una pérdida de peso saludable durante una serie de 16 clases semanales y herramientas para ayudarlo a mantener la pérdida de peso en el tiempo. También se le ofrecerá la oportunidad de inscribirse en un gimnasio por una cuota mensual baja y sin cuota de inscripción.

Información adicional

Programa de oncología integral - Asistencia para administración de la atención - Administración de casos	Incluido
Health Advisor - A Apoyo para personas sanas y en riesgo, para ayudarlas a mantenerse saludables - Evaluaciones de salud - Asesoría sobre salud y bienestar - Brechas en la asesoría sobre la atención - Apoyo para las decisiones sobre tratamientos - Educate and Refer (Educar y referir)	Incluido
Healthy Pregnancies/Healthy Babies - Asistencia para administración de la atención - Administración de casos para servicios de maternidad - Administración de casos para servicios neonatales	Incluido

Cargo máximo reembolsable
 El gasto cubierto permitido para los servicios fuera de la red se basa en la cantidad que resulte menor entre el cargo normal del profesional de atención médica por un servicio similar o un porcentaje de una tabla de tarifas (110%) elaborada por 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 dentro de un área geográfica. En algunos casos, la tabla de tarifas 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 profesional de atención médica por un servicio similar o la cantidad cobrada por ese servicio o suministro por el 80% de los profesionales de atención médica del área geográfica donde se reciba el servicio. Si no hay suficiente información sobre cargos en la base de datos para esa área geográfica para determinar el cargo máximo reembolsable, se pueden usar entonces los datos para servicios similares de la base de datos. Los servicios fuera de la red están sujetos a un deducible por año calendario y a las limitaciones del cargo máximo reembolsable.

Cargos de servicios de emergencia fuera de la red
 1. Los servicios de emergencia están cubiertos en el nivel de costo compartido dentro de la red, según lo exigido por la ley estatal o federal correspondiente, si se reciben servicios de un proveedor no participante (fuera de la red).
 2. La cantidad permitida utilizada para determinar el pago de beneficios del plan por los servicios de emergencia cubiertos prestados en un hospital fuera de la red, o por un proveedor fuera de la red en un hospital dentro de la red, es la cantidad acordada por el proveedor fuera de la red y Cigna, o según lo exigido por la ley estatal o federal correspondiente.

El miembro es responsable de las cantidades aplicables de costos compartidos dentro de la red (cualquier deducible, copago o coaseguro). El miembro no es responsable de todos los cargos que pudieran hacerse en exceso de la cantidad permitida. Si el proveedor fuera de la red le factura un monto superior al monto que debe según lo indicado en la Explicación de Beneficios (EOB), comuníquese con el Servicio al Cliente de Cigna al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.

Información adicional

Coordinación de Medicare

De conformidad con la Ley de Seguridad Social de 1965, este plan pagará como el plan secundario a las Partes A y B de Medicare de la siguiente manera:

- (a) un expleado, por ejemplo, un jubilado, un expleado incapacitado, un dependiente de un expleado o una pareja de hecho del empleado, que también sea elegible para Medicare y cuyo seguro continúa por cualquier motivo según lo dispuesto en este plan (incluida la continuación de COBRA).
- (b) un empleado, un expleado, un dependiente de un empleado o un dependiente de un expleado, que sea elegible para Medicare debido a la enfermedad renal terminal después de que dicha persona haya sido elegible para Medicare por 30 meses.

Cuando una persona es elegible para las Partes A y B de Medicare, según lo descrito anteriormente, este plan pagará como el plan secundario a las Partes A y B de Medicare **independientemente de si la persona está inscrita en las Partes A y/o B de Medicare e independientemente de si la persona busca la atención de un proveedor de Medicare o no para obtener los 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 cargo. El procedimiento más costoso se paga como cualquier otra cirugía.

One Guide

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

Equipo personal de servicios de salud Premium

El equipo personal de servicios de salud Premium es un enfoque de prestación de servicios designado e integrado que utiliza un modelo de defensores de salud. Las principales funciones incluyen:

- Administración de casos: a corto plazo y complejos
- Apoyo a pacientes internados
- Asistencia previa a la admisión
- Asistencia después del alta
- Asistencia de la línea de información sobre la salud las 24 horas

Instalación de atención médica - No corresponde

Certificación previa – Revisión de estadía continua – Administración de la atención preferida para pacientes internados: se requiere para todas las admisiones de pacientes internados

Dentro de la red: coordinado por su médico

Fuera de la red: el afiliado es responsable de comunicarse con Cigna Healthcare. Sujeto a multas/reducciones o denegación por incumplimiento.

- Se aplica una multa del 50% a los cargos hospitalarios como paciente internado si no se comunica con Cigna Healthcare para precertificar la admisión.
- Los beneficios se denegarán por cualquier admisión revisada por Cigna Healthcare que no esté certificada.
- Los beneficios se denegarán por cualquier día adicional no certificado por Cigna Healthcare.

Certificación previa – Administración de la atención preferida – Autorización previa para pacientes en consulta externa: se requiere para determinados procedimientos y pruebas de diagnóstico de pacientes en consulta externa

Dentro de la red: coordinado por su médico

Fuera de la red: el afiliado es responsable de comunicarse con Cigna Healthcare. Sujeto a multas/reducciones o denegación por incumplimiento.

- Se aplica una multa del 50% a los cargos por procedimientos/pruebas de diagnóstico de paciente en consulta externa si no se comunica con Cigna Healthcare para precertificar la admisión.
- Los beneficios se denegarán por cualquier procedimiento/prueba de diagnóstico de pacientes en consulta externa revisado por Cigna Healthcare que no esté certificado.

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

Información adicional

Apoyo para las decisiones sobre tratamientos

Apoyo para las decisiones sobre tratamientos para afecciones comunes. Los defensores de la salud de Cigna ofrecen información imparcial y educación sobre opciones de tratamiento para afecciones comunes, tales como dolor de espalda, arteriopatía coronaria, osteoartritis de la cadera y la rodilla, afecciones uterinas benignas, cáncer de seno y cáncer de próstata.

Incluido

Your Health First - 200

Las personas con una o más de las afecciones crónicas identificadas a la derecha podrían cumplir con los requisitos para recibir el siguiente tipo de apoyo:

- Control de afecciones
- Cumplimiento con los medicamentos
- Control de factores de riesgo
- Cuestiones relacionadas con el estilo de vida
- Cuestiones relacionadas con la salud y el bienestar
- Servicios previos y posteriores a la admisión
- Apoyo para las decisiones sobre tratamientos
- Brechas en la atención

Apoyo holístico para las siguientes afecciones médicas crónicas:

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

Definiciones

Coaseguro: 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 coaseguro.

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.

Desembolso máximo: límites específicos a la cantidad total que pagará de su bolsillo antes de que deje de aplicarse el porcentaje de coaseguro 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 las estadías en un hospital, su cobertura se paga como paciente internado.

Lista de medicamentos que requieren receta médica: la lista de medicamentos de marca y genéricos que requieren receta médica y están cubiertos por su plan de farmacia.

Servicios profesionales: servicios prestados por cirujanos, asistentes de cirujanos, médicos del hospital, radiólogos, patólogos y anestesiistas.

Transición de la atención: brinda cobertura de salud dentro de la red a nuevos afiliados cuando el médico del afiliado no es parte de la red de Cigna y existen razones clínicas aprobadas por las que el afiliado debe seguir atendiéndose 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 de afecciones médicas que deben tratarse en instalaciones públicas según lo exigido por la ley estatal o local.
- Atención que debe ser brindada por un distrito escolar o un sistema escolar público 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 las instalaciones están 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 y/o por los que no recibirá una factura. Esta exclusión incluye, a modo de ejemplo:
 - cualquier caso en el que Cigna determine que un proveedor o una farmacia no le facturó o ha renunciado, reducido o perdonado cualquier parte de sus cargos y/o cualquier parte del copago, deducible y/o las cantidades de coaseguro, usted deberá pagar por un servicio cubierto de otro modo (como se muestra en la Tabla) sin el consentimiento expreso de Cigna.
 - cargos de un proveedor no participante que ha aceptado cobrarle a usted a un nivel de beneficios dentro de la red o a algún otro nivel de beneficios no aplicable de otra manera a los servicios recibidos.

En el caso de Cigna determine que corresponde esta exclusión, entonces Cigna, a su exclusivo criterio, tendrá el derecho a:

- solicitar que usted y/o cualquier proveedor o farmacia que presente reclamos en su nombre brinde pruebas suficientes de que usted ha realizado los pagos de costo compartido exigidos antes del pago de cualquier beneficio por parte de Cigna;
- denegar el pago de los beneficios en relación con el servicio cubierto, independientemente de si el proveedor o la farmacia declaran que usted sigue siendo responsable de las cantidades que el plan no cubre; o
- reducir los beneficios en proporción con la cantidad de copago, deducible y/o las cantidades de coaseguro renunciadas, perdonadas o reducidas, independientemente de si el proveedor o la farmacia declara que usted sigue siendo responsable de las cantidades que el plan no cubre.
- Cargos o pago de servicios relacionados con la atención médica que violen una ley estatal o federal.
- Asistencia con las actividades cotidianas entre las que se incluyen, a modo de ejemplo, comer, bañarse, vestirse u otras actividades de servicios asistenciales o de cuidado personal, servicios domésticos y servicios que sean principalmente para descanso, cuidado en el hogar o de convalecencia.
- Gastos relacionados con servicios experimentales, de investigación o no comprobados.
- Los servicios experimentales, de investigación y no comprobados son tecnologías, suministros, tratamientos, procedimientos, terapias biológicas o de medicamentos o dispositivos de naturaleza médica, quirúrgica, diagnóstica, psiquiátrica, para alcoholismo y/o farmacodependencia u otros servicios de 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 de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) 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 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, excepto los costos de atención de rutina del paciente relacionados con estudios clínicos calificados según lo dispuesto en las secciones “Estudios clínicos” de este plan.
 - Están sujetos a revisión o aprobación por una Junta de revisión institucional de una institución de salud académica en el estado de Arizona, a excepción de los servicios de rutina del paciente según lo dispuesto en la sección “Estudios clínicos” de este plan.
 - A fin de determinar si las terapias biológicas o de medicamentos son experimentales, de investigación y no comprobadas, el médico de revisión de la utilización puede revisar, sin limitación alguna, la etiqueta aprobada 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.

Exclusiones

- El plan o la póliza no denegará la cobertura para una terapia biológica o de medicamentos como experimental, de investigación o no comprobada si la terapia biológica o de medicamentos está aprobada de otro modo por la FDA para su comercialización legal y está reconocida para el tratamiento del cáncer en al menos uno de los siguientes compendios de referencia médica estándar o en literatura médica: American Hospital Formulary Service Drug Information, una publicación de la Sociedad Americana de Farmacéuticos Institucionales, el National Comprehensive Cancer Network Drugs and Biologics Compendium, el Thomson Micromedex Compendium DrugDex, el Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology Compendium, otros compendios con autoridad identificados por la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- Cirugía y terapias estéticas. La cirugía o terapia estética se define como cirugía o terapia realizada 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; paniclectomía; rinoplastia; blefaroplastia; cirugía para retirar la piel sobrante; extirpación de papilomas cutáneos; acupresión; terapia cráneo-sacral/craneal; terapia de danza 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 quirúrgico o no quirúrgico de trastornos de la articulación temporomandibular.
- Tratamiento dental de los dientes, las encías o las estructuras que soportan directamente los dientes, que incluye radiografías dentales, exámenes, reparaciones, ortodoncia, tratamiento periodontal, moldes, férulas y servicios para maloclusión dental, por cualquier afección. Sin embargo, los cargos por un curso continuo de tratamiento dental por una lesión accidental en los dientes están cubiertos. Además, los cargos cobrados por un médico por cualquiera de los siguientes procedimientos quirúrgicos están cubiertos: extracción de una muela de juicio impactada no erupcionada, incluida la extracción del hueso alveolar y el seccionamiento de la pieza dental; extracción de la raíz residual (cuando la realiza un dentista que no es el que extrajo el diente).
- Servicios médicos y quirúrgicos, iniciales y repetidos, que sirvan para el tratamiento o control de la obesidad, incluida la obesidad clínicamente grave (mórbida), 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 (mórbida); y programas o tratamientos para bajar de peso, ya sean recetados o recomendados por un médico o que se realicen bajo supervisión médica.
- Los 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 el tribunal, forenses o de custodia, a menos que estén cubiertos de otro modo en este plan.
- Tratamiento u hospitalización ordenados por un tribunal, a menos que el tratamiento sea indicado por un médico y se encuentre en la lista de servicios o suministros 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 penianos), anorgasmia y eyaculación precoz.
- La atención y los costos médicos y hospitalarios para el hijo de su hijo dependiente, a menos que el niño cumpla con los requisitos exigidos por este plan.
- Asesoría no médica y/o servicios auxiliares, que incluyen, a modo de ejemplo, los servicios asistenciales, servicios educativos, asesoramiento vocacional, capacitación y servicios de 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, la atención de rutina, a largo plazo o de mantenimiento que se proporciona luego de la solución de un problema médico agudo y cuando no se espera una mejora terapéutica significativa.
- Suministros médicos de consumo distintos a los suministros de ostomía 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 enfermería 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 kits 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, zapatos de corrección ortopédica, plantillas anatómicas, medias elásticas, portaligas, corsés, dentaduras postizas y pelucas, salvo lo descrito en la sección "Gastos cubiertos" de este plan.

Exclusiones

- 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 pre-grabados, 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, lentes de contacto y servicios asociados (exámenes y ajustes), excepto por el conjunto inicial después del tratamiento de queratocono o una cirugía de cataratas.
- Refracción de rutina, ejercicios oculares y tratamiento quirúrgico para la corrección de un error de refracción, incluida una queratotomía radial.
- Todos los medicamentos no inyectables que requieren receta médica, a menos que se requiera la administración o supervisión de parte de un médico, los medicamentos inyectables que requieren receta médica en la medida en la que no necesiten la supervisión del médico y se consideren comúnmente medicamentos autoadministrados, medicamentos que no requieren receta médica, y medicamentos de carácter experimental o en investigación, a excepción de lo que se especifica en este plan.
- Productos y suministros relacionados con la administración de medicamentos que pueden estar cubiertos por el Beneficio de medicamentos que requieren receta médica. Tales productos y suministros incluyen, a modo de ejemplo, sensores y transmisores terapéuticos para el monitor de glucosa continuo (CGM) y cápsulas de insulina.
- Atención 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 médicamente necesarios.
- Costos y cuotas de membresías relacionadas con clubes deportivos, programas para bajar de peso y programas para dejar de fumar.
- Examen genético o examen genético 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, almacenamiento o donación de sangre o derivados hematológicos, excepto para la donación autóloga cuando se prevén con anticipación ciertos servicios programados, cuando a criterio de la revisión de la administración médica se determina que 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 inmunizaciones o medicamentos para propósitos de viajes o para protegerse de riesgos y peligros ocupacionales.
- Productos para la salud y belleza, cosméticos, suplementos alimenticios.
- Suplementos alimenticios, a menos que los cargos correspondan a alimentos médicos para tratar trastornos metabólicos hereditarios. Los trastornos metabólicos por los cuales los alimentos médicos están cubiertos son los que: forman parte del programa de examinación del recién nacido según lo establecido por la legislación de Arizona; involucran el metabolismo de aminoácidos, carbohidratos o grasas; tienen métodos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento estándares desde el punto de vista médico, incluida la cuantificación de metabolitos en la sangre, la orina o el líquido cefalorraquídeo o la confirmación enzimática o de ADN en los tejidos; y requieren alimentos médicos que hayan sido procesados o tratados de una manera específica y que están disponibles generalmente solo bajo la supervisión y dirección de un médico, que deben consumirse de por vida y sin los cuales la persona puede sufrir una disfunción física o mental grave.
- Todos los suplementos nutricionales, fórmulas, alimentación enteral, suministros y alimentos médicos formulados especialmente, ya sea recetados o no, a excepción de la fórmula para lactantes necesaria para el tratamiento de errores innatos del metabolismo, según lo dispuesto específicamente en el beneficio "Nutrición enteral".
- Cargos por un medicamento contra el cáncer no aprobado que haya sido recetado para un tipo específico de cáncer cuando dicho uso haya sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (U.S. FDA, por sus siglas en inglés). Sin embargo, dichos medicamentos estarán cubiertos si: el medicamento es reconocido como seguro y efectivo para el tratamiento del tipo específico de cáncer en alguno de los compendios de referencia médica estándar o en literatura médica; y la FDA no ha determinado que el medicamento está contraindicado para el tipo específico de cáncer que se está tratando. También se brindará cobertura para cualquier servicio médico necesario para administrar el medicamento.
- En relación con una lesión o enfermedad que surja con motivo de cualquier trabajo por un sueldo o ganancias, o durante su desempeño.
- Cargos relacionados con una lesión o enfermedad pagados en virtud de una ley de seguro de accidentes de trabajo o ley similar.
- Terapia de masaje.

Estos son solo puntos sobresalientes

Este resumen describe los puntos sobresalientes 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 de su empleador, el acuerdo de servicio o la descripción resumida del plan, 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 las subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation.

EHB State: AZ