



El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un [plan \(plan\)](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: la información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima /premium](#)) se proporcionará por separado. Esto es solamente un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de cobertura, ingrese en www.cigna.com/sp.

Para obtener definiciones generales de términos comunes como [cantidad permitida \(allowed amount\)](#), [facturación del saldo \(balance billing\)](#), [coaseguro \(coinsurance\)](#), [copago \(copayment\)](#), [deducible \(deductible\)](#), [proveedor \(provider\)](#) u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-800-Cigna24 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	Para proveedores dentro de la red (in-network providers) : \$5,000/persona o \$10,000/grupo familiar. Para proveedores fuera de la red (out-of-network providers) : \$10,000/persona o \$20,000/grupo familiar. Deducible médico/de comportamiento y de farmacia combinado.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan empiece a pagar. Si tiene otros miembros de la familia incluidos en el plan , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible de toda la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted cumpla con su deducible ?	Sí. La atención preventiva (preventive care) y las inmunizaciones dentro de la red y los medicamentos genéricos y preferidos preventivos dentro de la red.	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si usted no ha cumplido con la cantidad del deducible . Pero es posible que se aplique un copago o coaseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos (preventive services) sin costos compartidos (cost-sharing) y antes de que usted cumpla con su deducible . Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Existen otros deducibles por servicios específicos?	No.	No es necesario que cumpla con los deducibles por servicios específicos.
¿Cuál es el límite de desembolso (out-of-pocket limit) para este plan ?	Para proveedores dentro de la red : \$7,000/persona o \$14,000/grupo familiar. Para proveedores fuera de la red : \$14,000/persona o \$28,000/grupo familiar. Límite de desembolso médico/de comportamiento y de farmacia combinado.	El límite de desembolso es el máximo que usted podría pagar durante un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia incluidos en este plan , tienen que cumplir con sus propios límites de desembolso hasta que se haya cumplido con el límite de desembolso de toda la familia.
¿Qué conceptos no están incluidos en el límite de desembolso ?	Las multas por falta de autorización previa (preauthorization) de los servicios, las primas , los cargos por facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubra.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de desembolso .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> (<u>network provider</u>)?	Sí. Consulte www.cigna.com o llame al 1-800-Cigna24 para obtener una lista de los <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si usa un <u>proveedor</u> de la <u>red del plan</u> . Usted pagará lo máximo si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y podría recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que es posible que su <u>proveedor de la red</u> use un <u>proveedor fuera de la red</u> para ciertos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su <u>proveedor</u> antes de obtener los servicios.
¿Necesita una <u>referencia</u> (<u>referral</u>) para ver a un <u>especialista</u> (<u>specialist</u>)?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>referencia</u> .



Todos los costos de copago y coaseguro que se muestran en esta tabla son posteriores a que usted cumpla con su deducible, en caso de que se aplique el deducible.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará la cantidad que sea menor)	Proveedor fuera de la red (Pagará la cantidad que sea mayor)	
Si visita el consultorio o la clínica de un <u>proveedor</u> de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<u>Coaseguro</u> del 20%/visita	<u>Coaseguro</u> del 40%	Ninguna
	Visita a un <u>especialista</u>	<u>Coaseguro</u> del 20%/visita	<u>Coaseguro</u> del 40%	Ninguna
	<u>Atención preventiva</u> / <u>exámenes de detección</u> (<u>screening</u>) / inmunizaciones	Sin cargo No se aplica el <u>deducible</u>	<u>Coaseguro</u> del 40%	Es posible que deba pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que se necesitan son preventivos. Luego consulte lo que su <u>plan</u> pagará.
Si se realiza una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	<u>Coaseguro</u> del 20%	<u>Coaseguro</u> del 40%	Ninguna
	Prueba de diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	<u>Coaseguro</u> del 20%	<u>Coaseguro</u> del 40%	Multa del 50% si no se realiza la precertificación por servicios fuera de la red.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	<u>Copago</u> de \$15/receta (minorista, suministro para 30 días), <u>copago</u> de \$38/receta (minorista y entrega a domicilio, suministro para 90 días)	<u>Coaseguro</u> del 50%/receta (minorista); sin cobertura (entrega a domicilio)	La cobertura se limita hasta un suministro para 90 días (minorista y entrega a domicilio) y hasta un suministro para 30 días (minorista y entrega a domicilio) para <u>medicamentos de especialidad</u> (<u>specialty drugs</u>).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará la cantidad que sea menor)	Proveedor fuera de la red (Pagará la cantidad que sea mayor)	
Puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos que requieren receta médica (prescription drug coverage) en www.cigna.com	Medicamentos de marca preferida (Nivel 2)	Copago de \$50/receta (minorista, suministro para 30 días), copago de \$125/receta (minorista y entrega a domicilio, suministro para 90 días)	Coaseguro del 50%/receta (minorista); sin cobertura (entrega a domicilio)	Pueden aplicarse ciertas limitaciones, entre ellas, por ejemplo: autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad. Tenga en cuenta que para los medicamentos que son parte del programa Patient Assurance Program de Cigna es posible que pague menos por la parte del costo de farmacias minoristas y de entrega a domicilio indicado aquí. Los medicamentos preventivos dentro de la red y requeridos federalmente serán proporcionados sin cargo.
	Medicamentos de marca no preferida (Nivel 3)	Copago de \$100/receta (minorista, suministro para 30 días), copago de \$250/receta (minorista y entrega a domicilio, suministro para 90 días)	Coaseguro del 50%/receta (minorista); sin cobertura (entrega a domicilio)	
	Medicamentos de especialidad (Nivel 4)	Copago de \$150/receta (minorista y entrega a domicilio, suministro para 30 días)	Coaseguro del 50%/receta (minorista); sin cobertura (entrega a domicilio)	
Si se realiza una cirugía para pacientes en consulta externa	Tarifa de las instalaciones (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Multa del 50% si no se realiza la precertificación por servicios fuera de la red.
	Tarifas del médico/cirujano	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Multa del 50% si no se realiza la precertificación por servicios fuera de la red.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias (Emergency room care)	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 20%	Los servicios fuera de la red se pagan al nivel de costo compartido y deducible de la red.
	Transporte médico de emergencia (Emergency medical transportation)	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 20%	Los servicios de ambulancia aérea fuera de la red se pagan al nivel de costo compartido y deducible de la red.
	Atención de urgencia (urgent care)	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Ninguna
Si necesita una estadía en el hospital	Tarifa de las instalaciones (p. ej., habitación del hospital)	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Multa del 50% si no se realiza la precertificación por servicios fuera de la red.
	Tarifas del médico/cirujano	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Multa del 50% si no se realiza la precertificación por servicios fuera de la red.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará la cantidad que sea menor)	Proveedor fuera de la red (Pagará la cantidad que sea mayor)	
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o alcoholismo/farmacodependencia	Servicios para pacientes en consulta externa	<u>Coaseguro</u> del 20%/visita al consultorio <u>Coaseguro</u> del 20%/todos los demás servicios	<u>Coaseguro</u> del 40%/visita al consultorio <u>Coaseguro</u> del 40%/todos los demás servicios	Multa del 50% si no se realiza la precertificación por servicios fuera de la red que no sean de rutina (es decir, hospitalización parcial, etc.). Incluye servicios médicos para diagnósticos de salud mental, alcoholismo/farmacodependencia.
	Servicios para pacientes internados	<u>Coaseguro</u> del 20%	<u>Coaseguro</u> del 40%	Multa del 50% si no se realiza la precertificación por servicios fuera de la red. Incluye servicios médicos para diagnósticos de salud mental, alcoholismo/farmacodependencia.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	<u>Coaseguro</u> del 20%	<u>Coaseguro</u> del 40%	Los niveles de beneficios para atención primaria o <u>especialista</u> se aplican para la visita inicial a fin de confirmar el embarazo.
	Servicios profesionales para el nacimiento/parto	<u>Coaseguro</u> del 20%	<u>Coaseguro</u> del 40%	El <u>costo compartido</u> no aplica para <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicios, es posible que se aplique un <u>copago</u> , <u>coaseguro</u> o <u>deductible</u> . El cuidado de maternidad puede incluir las pruebas y los servicios descritos en el SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios en instalaciones para el nacimiento/parto	<u>Coaseguro</u> del 20%	<u>Coaseguro</u> del 40%	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	<u>Atención médica en el hogar</u> (<i>home health care</i>)	<u>Coaseguro</u> del 20%	<u>Coaseguro</u> del 40%	Multa del 50% si no se realiza la precertificación por servicios fuera de la red.
	<u>Servicios de rehabilitación</u> (<i>rehabilitation services</i>)	<u>Coaseguro</u> del 20%/visita al PCP <u>Coaseguro</u> del 20%/visita al <u>especialista</u>	<u>Coaseguro</u> del 40%/visita al PCP <u>Coaseguro</u> del 40%/visita al <u>especialista</u>	Multa del 50% si no se realiza la precertificación de los servicios de terapia del habla fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo anual de: 80 días para servicios de <u>rehabilitación</u> y atención quiropráctica; 36 días para servicios de rehabilitación cardíaca.
				No se aplican límites a las afecciones de salud mental para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará la cantidad que sea menor)	Proveedor fuera de la red (Pagará la cantidad que sea mayor)	
	<u>Servicios de habilitación (habilitation services)</u>	<u>Coaseguro</u> del 20%/visita al PCP <u>Coaseguro</u> del 20%/visita al <u>especialista</u>	<u>Coaseguro</u> del 40%/visita al PCP <u>Coaseguro</u> del 40%/visita al <u>especialista</u>	Multa del 50% si no se realiza la precertificación de los servicios de terapia del habla fuera de la red. Los servicios están cubiertos cuando sean <u>médicamente necesarios (medically necessary)</u> para tratar una afección de salud mental (p. ej., autismo) o una anomalía congénita. No se aplican límites a las afecciones de salud mental para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.
	<u>Atención de enfermería especializada (skilled nursing care)</u>	<u>Coaseguro</u> del 20%	<u>Coaseguro</u> del 40%	Multa del 50% si no se realiza la precertificación por servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 60 días por año.
	<u>Equipo médico duradero (durable medical equipment)</u>	<u>Coaseguro</u> del 20%	<u>Coaseguro</u> del 40%	Multa del 50% si no se realiza la precertificación por servicios fuera de la red.
	<u>Servicios para enfermos terminales (hospice services)</u>	<u>Coaseguro</u> del 20%/servicios para pacientes internados <u>Coaseguro</u> del 20%/servicios para pacientes en consulta externa	<u>Coaseguro</u> del 40%/servicios para pacientes internados <u>Coaseguro</u> del 40%/servicios para pacientes en consulta externa	Multa del 50% si no se realiza la precertificación de <u>servicios para enfermos terminales</u> para pacientes internados fuera de la red.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (controle su póliza o la documentación del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos [excluded services]).

- | | | |
|-----------------------------|---|--|
| • Cirugía bariátrica | • Atención de la vista (niños) | • Enfermería privada |
| • Cirugía estética | • Aparatos auditivos | • Atención de la vista de rutina (adultos) |
| • Atención dental (adultos) | • Atención a largo plazo | • Atención de rutina de los pies |
| • Atención dental (niños) | • Atención que no sea de emergencia durante un viaje fuera de los EE. UU. | • Programas para bajar de peso |

Otros servicios cubiertos (Pueden aplicarse ciertas limitaciones. Esta no es una lista completa. Consulte la documentación de su plan).

- | | | |
|------------------------|--|------------------------------------|
| • Acupuntura (20 días) | • Atención quiropráctica (combinada con <u>servicios de rehabilitación</u>) | • Tratamiento para la infertilidad |
|------------------------|--|------------------------------------|

Su derecho a continuar la cobertura:

Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura una vez que esta finalice. La información de contacto para dichas agencias es la siguiente: Departamento de Seguros e Instituciones Financieras de Arizona llamando al 1-602-364-3100 y Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o ingresando en www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted, por ejemplo, la adquisición de la cobertura de seguro individual a través del Mercado (Marketplace) de seguros de salud. Para obtener más información acerca del Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja formal o apelación:

Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja en contra de su plan por la denegación de un reclamo (claim). Esta queja se denomina queja formal (grievance) o apelación (appeal). Para obtener más información acerca de sus derechos, revise la explicación de los beneficios que recibirá para dicho reclamo médico. La documentación de su plan también proporciona información completa para presentar un reclamo, una apelación o una queja formal por cualquier motivo ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos o sobre esta notificación, o para obtener ayuda, puede comunicarse con: Servicio al Cliente de Cigna llamando al 1-800-Cigna24. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o ingresando en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con el Departamento de Seguros e Instituciones Financieras de Arizona llamando al 1-602-364-3100.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguros de salud disponibles a través del Mercado u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras determinadas coberturas. Es posible que usted no sea elegible para el crédito tributario de prima (Premium Tax Credits) si es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima.

¿Este plan cumple con el estándar de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con el estándar de valor mínimo (Minimum Value Standard), usted puede ser elegible para un crédito tributario de prima para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso a idiomas:

Spanish (Español): para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-244-6224.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-244-6224.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-244-6224.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-800-244-6224.

Para ver ejemplos del modo en que este plan podría cubrir los costos de una supuesta situación médica, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de estimación de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos del modo en que este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios de sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Céntrese en las cantidades de [costos compartidos \(deducibles, copagos y coaseguro\)](#) y los [servicios excluidos](#) en virtud de este [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en virtud de [planes](#) de salud diferentes. Tenga en cuenta que los ejemplos de cobertura se basan en la cobertura exclusiva del titular.

Peg tendrá un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en un hospital)

■ El deducible general del plan	\$5,000
■ Coaseguro del especialista	20%
■ Coaseguro del hospital (instalación)	20%
■ Otro coaseguro	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)
Servicios profesionales para el nacimiento/parto
Servicios en instalaciones para el nacimiento/parto
[Prueba de diagnóstico](#) (ultrasonidos, análisis de sangre)
Visita al [especialista](#) (anestesia)

Costo de ejemplo total **\$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido
Deducibles \$5,000
Copagos \$10
Coaseguro \$1,500
Qué no está cubierto
Límites o exclusiones \$20
El total que Peg pagaría es \$6,530

Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

■ El deducible general del plan	\$5,000
■ Coaseguro del especialista	20%
■ Coaseguro del hospital (instalación)	20%
■ Otro coaseguro	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye la educación sobre las enfermedades)
[Pruebas de diagnóstico](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos que requieren receta médica](#)
[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

Costo de ejemplo total **\$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido
Deducibles \$5,000
Copagos \$30
Coaseguro \$0
Qué no está cubierto
Límites o exclusiones \$40
El total que Joe pagaría es \$5,070

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$5,000
■ Coaseguro del especialista	20%
■ Coaseguro del hospital (instalación)	20%
■ Otro coaseguro	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (incluye suministros médicos)
[Prueba de diagnóstico](#) (radiografía)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo de ejemplo total **\$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido
Deducibles \$2,800
Copagos \$0
Coaseguro \$0
Qué no está cubierto
Límites o exclusiones \$0
El total que Mia pagaría es \$2,800

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

Nombre del plan: Opción 3 BROAD OAP 5000 GARNER Ben Ver: 28 ID del plan: 25450389 HP-POL/HP-APP 9/23/12