

RESUMEN DE BENEFICIOS

Administrado por: Cigna Health and Life Insurance Co.

Para: Amazon.com Services LLC

LocalPlus IN Plan

Local Plus In-Network Basic

Fecha de entrada en vigor: 1 de enero de 2025



Selección de un proveedor de cuidado primario: Un proveedor de cuidado primario le ayuda a controlar su salud y su bienestar. Puede elegir a cualquier proveedor de cuidado primario que participe en la red, y que pueda aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Para obtener más 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 ID. 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 ID.

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 75%
Cargo máximo reembolsable	No corresponde
Deducible del plan	Individual: \$2,500 Grupo familiar: \$5,000
- Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible y el coseguro del plan. - Los miembros de la familia deben cumplir únicamente con su deducible individual y luego sus reclamos estarán cubiertos por el coseguro del plan; si se cumple con el deducible del grupo familiar antes de cumplir con el deducible individual, sus reclamos se pagarán con el coseguro del plan. - 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 (^).	
Desembolso máximo del plan	Individual: \$5,000 Grupo familiar: \$10,000
- 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 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.	

01/01/2025

ASO

LocalPlus IN - Local Plus In-Network Basic

Proclaim - 28796029 - V 32 - 07/29/24 08:08 AM ET

1 de 12

©Cigna 2024

Beneficio**Dentro de la red**

Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.

Servicios del médico: visitas al consultorio

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

Copago de \$40, y el plan paga el 100%

Servicios del médico especialista/Visita al consultorio

Copago de \$80, y el plan paga el 100%

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

Nota: El copago del consultorio no se aplica si solo se proporciona suero para las alergias.

Centro de salud del vecindario/Clinica de salud en el establecimiento

Visita virtual: Copago de \$10, y el plan paga el 100%

Visita en persona: Copago de \$25, y el plan paga el 100%

Atención virtual

Proveedores virtuales exclusivos - MDLIVE

Servicios de atención virtual de urgencia de MDLIVE

Copago de \$40, y el plan paga el 100%

Servicios de cuidado primario de MDLIVE

Copago de \$40, y el plan paga el 100%

Servicios de cuidado especializado de MDLIVE

Copago de \$80, y el plan paga el 100%

- El costo compartido del cuidado primario se aplica al cuidado de rutina. Los exámenes de bienestar virtuales son pagaderos en virtud del beneficio de cuidado preventivo.
- Para los servicios de salud del comportamiento de MDLIVE, consulte la sección Trastornos de salud mental y de consumo de sustancias (más adelante).
- Los servicios de laboratorio relacionados con una visita virtual deben obtenerse a través de laboratorios exclusivos.
- Incluye cargos por la prestación de servicios médicos y relacionados con la salud y por consultas a proveedores virtuales exclusivos que sean médicamente apropiadas, mediante el uso de tecnologías de audio, video y tecnologías basadas en Internet seguras.

Servicios del médico virtuales: visitas al consultorio

Servicios del médico de cuidado primario (PCP)/Visita al consultorio

Copago de \$40, y el plan paga el 100%

Servicios del médico especialista/Visita al consultorio

Copago de \$80, y el plan paga el 100%

- Los médicos pueden prestar servicios en forma virtual que son pagaderos en virtud de otros beneficios (por ejemplo, cuidado preventivo, servicios de terapia para pacientes ambulatorios).
- Incluye cargos por la prestación de servicios médicos y relacionados con la salud y por consultas que sean médicamente apropiadas, mediante el uso de tecnologías de audio, video y tecnologías basadas en Internet seguras, que son similares a los servicios de las visitas al consultorio que se brindan en persona.

Clinica de acceso fácil

Clinica de acceso fácil

Copago de \$40, y el plan paga el 100%

Cuidado preventivo

Cuidado preventivo

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.

Vacunas

El plan paga el 100%

Beneficio

Dentro de la red

Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.

Mamografías, exámenes de Papanicolaou y pruebas de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés)

El plan paga el 100%

- La cobertura incluye los servicios profesionales para pacientes ambulatorios preventivos asociados.
- Los servicios relacionados con el diagnóstico están cubiertos en el mismo nivel de beneficios que otros servicios de radiografías y laboratorio, según el lugar del servicio.

Pacientes hospitalizados

Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados

El plan paga el 75% ^

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 75% ^

Servicios profesionales para pacientes internados

El plan paga el 75% ^

- Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestelistas.

Pacientes ambulatorios

Servicios en centros para pacientes ambulatorios

El plan paga el 75% ^

Servicios profesionales para pacientes ambulatorios

El plan paga el 75% ^

- Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestelistas.

Servicios de emergencia

Sala de emergencias

- Incluye servicios profesionales, y servicios de radiografías y/o laboratorio realizados en la Sala de emergencias y facturados por el centro como parte de la visita por una emergencia.
- El copago por visita no se aplica si es admitido.

Copago de \$300, y el plan paga el 100% ^

Centro de cuidado de urgencia

- Incluye servicios profesionales, y servicios de radiografías y/o laboratorio realizados en el Centro de cuidado de urgencia y facturados por el centro como parte de la visita de cuidado de urgencia.

El plan paga el 90% ^

Ambulancia

El plan paga el 75% ^

Los servicios de ambulancia utilizados como transporte que no sea de emergencia (p. ej., regreso del hospital al hogar) generalmente no están cubiertos.

Ambulancia - Trastornos de salud mental y de consumo de sustancias

El plan paga el 100% ^

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 otros centros de cuidado de la salud

Centro de cuidados especiales, hospital de rehabilitación, centros para afecciones subagudas

- Límite anual: 60 días.

El plan paga el 75% ^

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 75% ^

Centro para pacientes ambulatorios

El plan paga el 75% ^

01/01/2025

ASO

LocalPlus IN - Local Plus In-Network Basic

Proclaim - 28796029 - V 32 - 07/29/24 08:08 AM ET

3 de 12

©Cigna 2024

Beneficio		Dentro de la red	
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.			
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 75% ^	
Imágenes radiológicas avanzadas (ARI, por sus siglas en inglés)		Incluye resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés), angiografías por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), tomografías computarizadas (CAT, por sus siglas en inglés) y tomografías por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés), etc.	
Centro para pacientes ambulatorios		El plan paga el 75% ^	
Servicios del médico/Visita al consultorio		Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	
Servicios de terapia para pacientes ambulatorios			
Servicios de terapia para pacientes ambulatorios		Copago de \$40, y el plan paga el 100%	
Límites anuales:			
- Todas las terapias combinadas; incluye terapia cognitiva, terapia ocupacional, fisioterapia, rehabilitación pulmonar y terapia del habla: 60 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 servicios de tratamiento ambulatorio aplicable.			
Servicios de rehabilitación cardíaca		Copago de \$40, y el plan paga el 100%	
Límite anual:			
Rehabilitación cardíaca: 36 días.			
Atención de enfermos terminales			
Centros para pacientes internados		El plan paga el 75% ^	
Servicios para pacientes ambulatorios		El plan paga el 75% ^	
Nota: Incluye la asesoría por duelo cuando forma parte de un programa para enfermos terminales.			
Asesoría por duelo (para servicios no prestados como parte de un programa para enfermos terminales)			
Servicios proporcionados por un profesional de la salud mental		Cubiertos por el beneficio de salud mental	
Medicamentos o productos farmacéuticos médicos			
Centro para pacientes ambulatorios		El plan paga el 75% ^	
Consultorio del médico		El plan paga el 100%	
En el hogar		El plan paga el 75% ^	
Nota: Este beneficio se aplica únicamente al costo de los medicamentos de terapia de infusión que se administren. Este beneficio no cubre los cargos relacionados del centro, 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 (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.

Maternidad

Visita inicial para confirmar el embarazo	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Todas las visitas prenatales posteriores, visitas posnatales y los cargos de parto del médico (tarifa total de maternidad)	El plan paga el 75% ^
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 Nota: Procedimientos provocados y no provocados.	La cobertura varía según el lugar del servicio.
--	---

Planificación familiar

Servicios para mujeres 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).	El plan paga el 100%
Servicios para hombres Incluye servicios de esterilización quirúrgica, como la vasectomía (no incluye la reversión).	La cobertura varía según el lugar del servicio.

Infertilidad

Tratamiento para la infertilidad Progyny le proporciona orientación y apoyo ilimitados a través de un representante de atención al paciente exclusivo a lo largo de todo su recorrido para lograr la fertilidad. Progyny ofrece un cómodo acceso a la red de expertos en fertilidad más grande del país.	
--	--

Servicios de diálisis para pacientes ambulatorios

Servicios del médico/Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Diálisis a domicilio Nota: Las visitas de diálisis no se acumularán para el máximo de servicios de cuidado de la salud en el hogar.	Misma cobertura que la del beneficio de servicios de cuidado de la salud en el hogar del plan
Servicios en centros para pacientes ambulatorios	Misma cobertura que la del beneficio de servicios en centros para pacientes ambulatorios del plan
Servicios profesionales para pacientes ambulatorios	Misma cobertura que la del beneficio de servicios profesionales para pacientes ambulatorios del plan

Otros centros/servicios de cuidado de la salud

Cuidado de la salud en el hogar - Límite anual: 40 días (el límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias). - Máximo de 16 horas por día. Nota: Incluye los servicios de una enfermera privada para pacientes ambulatorios cuando se aprueban como médicamente necesarios.	El plan paga el 75% ^
---	-----------------------

Beneficio**Dentro de la red**

Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.

Trasplantes de órganos**Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados**

Centro de LifeSOURCE	El plan paga el 75% ^
Centro que no sea de LifeSOURCE	El plan paga el 75% ^

Servicios profesionales para pacientes internados

Centro de LifeSOURCE	El plan paga el 75% ^
Centro que no sea de LifeSOURCE	El plan paga el 75% ^

- Máximo para viajes - Centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network® únicamente: máximo de \$10,000 por trasplante de por vida.

Equipo médico duradero

- Límite anual: Ilimitado.

El plan paga el 75% ^

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%

Aparatos protésicos externos (EPA, por sus siglas en inglés)

- Límite anual: Ilimitado.

El plan paga el 75% ^

Trastorno de la articulación temporomandibular (ATM)

- 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

- Sin límite 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:

- 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.

Cuidado 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

- Máximo de \$3,000 cada 36 meses
- Incluye pruebas y ajustes de dispositivos auditivos por el costo compartido de la visita al consultorio del médico.

El plan paga el 75% ^

Examen de audición

- 1 examen cada 12 meses

Copago de \$80, y el plan paga el 100%

Trastornos de salud mental y de consumo de sustancias**Servicios de salud mental para pacientes internados**

El plan paga el 75% ^

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios – Consultorio del médico

- Incluye terapia de análisis conductual aplicado (ABA, por sus siglas en inglés)

Copago de \$40, y el plan paga el 100%

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios – Servicios de salud del comportamiento de MDLIVE

Copago de \$40, y el plan paga el 100%

Beneficio

Dentro de la red

Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios

El plan paga el 75% ^

Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes internados

El plan paga el 75% ^

Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios – Consultorio del médico

- Incluye terapia de análisis conductual aplicado (ABA)

Copago de \$40, y el plan paga el 100%

Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios – Servicios de salud del comportamiento de MDLIVE

Copago de \$40, y el plan paga el 100%

Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios

El plan paga el 75% ^

Límites anuales:

- Máximo ilimitado.

Notas:

- “Pacientes internados” incluye el tratamiento residencial y agudo para pacientes internados.
- “Pacientes ambulatorios – Consultorio del médico y Servicios de salud del comportamiento de MDLIVE” puede incluir terapia individual, familiar y grupal, psicoterapia, manejo de medicamentos, análisis conductual aplicado (ABA), etc.
- “Pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios” puede incluir hospitalización parcial, servicios intensivos para pacientes ambulatorios, etc.
- Los servicios se pagan en un 100% una vez que alcance su desembolso máximo.

Nota importante sobre la cobertura para trastornos de salud mental y de consumo de sustancias: Los servicios médicos cubiertos mencionados arriba, que se reciben para diagnosticar o tratar una afección mental o un trastorno de consumo de sustancias, se pagarán de acuerdo con la sección titulada “Trastornos de salud mental y de consumo de sustancias”.

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

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

Farmacia

Los beneficios no son proporcionados por Cigna.

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.

Información adicional

Cargos por servicios de emergencia fuera de la red

1. Los servicios de emergencia están cubiertos en el nivel de los costos compartidos dentro de la red según lo exigido por la ley estatal o federal aplicable 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 según lo exigido por la ley estatal o federal aplicable.

El miembro es responsable de las cantidades de costo compartido dentro de la red aplicables (el deducible, copago o coseguro que corresponda). El miembro no es responsable de 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 ID.

Coordinación con Medicare

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

- (a) un expleado, como un jubilado, un expleado incapacitado, el cónyuge dependiente y/o el hijo o los hijos dependientes de un expleado, incluida la pareja de hecho de un expleado, o una persona que tenga la continuación en virtud de COBRA (cuyo seguro continúe por algún motivo), y que cumpla con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare debido a la edad o una incapacidad;
- (b) la pareja de hecho de un empleado que también cumpla con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare debido a la edad;
- (c) un empleado, un expleado, el cónyuge dependiente y/o el hijo o los hijos dependientes de un empleado o un expleado, el dependiente de un empleado, incluida la pareja de hecho, 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

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

Dentro de la red: coordinado por su médico.

Certificación previa – 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.

01/01/2025

ASO

LocalPlus IN - Local Plus In-Network Basic

Proclaim - 28796029 - V 32 - 07/29/24 08:08 AM ET

8 de 12

©Cigna 2024

Información adicional

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

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 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 para afecciones médicas que deben tratarse en un centro público según lo exigido por la ley estatal o local.
- Cuidado que debe ser brindado por un sistema escolar o un distrito 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 hay centros disponibles desde un punto de vista razonable.
- Tratamiento de una Enfermedad o Lesión como consecuencia de una guerra, declarada o no declarada.
- Cargos 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 le 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.

Exclusiones

- 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, o 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:
 - o 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;
 - o 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;
 - o están sujetos a revisión o aprobación por una Junta de Revisión Institucional para el uso propuesto, a excepción de lo dispuesto en la sección “Estudios clínicos” de este plan; o
 - 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, o tratamientos o dispositivos farmacológicos o biológicos son experimentales, se encuentran en investigación o no están comprobados, el Médico de revisión de la utilización podrá basarse 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.

- 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 están cubiertos cuando son médicamente necesarios: macromastia o ginecomastia; cirugía de la pared abdominal; paniclectomía; rinoplastia; blefaroplastia.
Los siguientes servicios se excluyen de la cobertura, sin importar las indicaciones clínicas: cirugía para retirar piel sobrante; extirpación de papilomas cutáneos; acupresión; terapia craneosacral/craneal; danzaterapia; terapia del movimiento; kinesiología aplicada; *rolfing* (masaje de tejido conectivo); proloterapia; y litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL, por sus siglas en inglés) para afecciones musculoesqueléticas y ortopédicas.
- Tratamiento dental de los dientes, las encías o las estructuras que soportan directamente los dientes, que incluye radiografías dentales, exámenes, reparaciones, ortodoncia, periodoncia, moldes, férulas y servicios para maloclusión dental, por cualquier afección. Los cargos cobrados por servicios o suministros brindados por una Lesión accidental de una pieza dental o en relación con dicha Lesión están cubiertos siempre que se inicie un plan continuo de tratamiento dental dentro de los seis meses del accidente.
- Servicios médicos y quirúrgicos, iniciales y repetidos, que sirvan para el tratamiento o control de la obesidad, excepto para la obesidad clínicamente grave (patológica) según se describe en los Gastos cubiertos, que incluyen: servicios médicos y quirúrgicos para alterar la apariencia o cambios físicos que sean el resultado de cualquier cirugía realizada para el control de la obesidad o la obesidad clínicamente grave (patológica); y programas o tratamientos para bajar de peso, ya sean recetados o recomendados por un Médico o que se realicen bajo supervisión médica.
- A menos que este plan los cubra de otra manera, por informes, evaluaciones, 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.
- Reversión de los procedimientos de esterilización voluntarios masculinos o femeninos.
- Cualquier servicio o suministro para el tratamiento de la disfunción sexual masculina o femenina, que incluyen, a modo de ejemplo, el tratamiento de la disfunción eréctil (incluye implantes peneanos), anorgasmia y eyaculación precoz.
- El cuidado y los costos médicos y hospitalarios para el bebé de un dependiente, a menos que el bebé cumpla con los requisitos exigidos por este plan.

Exclusiones

- Terapia o tratamiento destinado principalmente a mejorar o mantener la condición física general o con el propósito de mejorar el desempeño laboral, escolar, atlético o recreativo, que incluye, a modo de ejemplo, los cuidados de rutina, a largo plazo o de mantenimiento que se proporcionan luego de la solución de un problema médico agudo y cuando no se espera una mejora terapéutica significativa.
- Suministros médicos de consumo 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 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.
- 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.
- Cristales y marcos de anteojos y lentes de contacto (excepto por el primer par de lentes de contacto para el tratamiento de queratocono o luego de una cirugía de cataratas).
- 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 Médicamente necesarios.
- Costos o cuotas de membresías relacionadas con clubes deportivos, programas para bajar de peso y programas para dejar de fumar.
- Exámenes genéticos o exámenes genéticos de preimplantación. El diagnóstico genético general basado en la población es un método de prueba que se realiza cuando no hay ningún síntoma o ningún factor de riesgo significativo comprobado de enfermedades hereditarias de transmisión genética.
- Implantes dentales por cualquier afección.
- Pagos relacionados con la obtención o donación de sangre o derivados hematológicos, excepto para la donación autóloga cuando se prevén con anticipación ciertos servicios programados, cuando a criterio del Médico de revisión de la utilización la probabilidad de la pérdida de sangre en exceso es tal que se espera que la cirugía traiga aparejada una transfusión.
- Administración de sangre con el propósito de mejorar 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 servicios 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.

Los productos y servicios de Cigna Healthcare son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de The Cigna Group, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Behavioral Health, Inc., Evernorth Care Solutions, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation.

EHB Estado: WA