RESUMEN DE BENEFICIOS

Administrado por - Cigna Health and Life Insurance Co.
Para - JPS Health Network
Plan Open Access Plus IN HDHPQ
Plan HD250
Vigencia - 01/01/2027

Selección de un proveedor de atención primaria - su plan puede requerir o permitir la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en la red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Si su plan requiere la designación de un proveedor de atención primaria, Cigna puede designar uno por usted hasta que usted haga esta designación. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, visite www.mycigna.com o comuníquese con servicio al cliente al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación. Para los niños, usted puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

Acceso directo a obstetras y ginecólogos - Usted no necesita autorización previa del plan ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de la salud deba cumplir con ciertos procedimientos, como obtener autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento aprobado previamente o procedimientos para hacer referidos. Para obtener una lista de los profesionales 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 el reverso de su tarjeta de identificación.

Este plan puede tener un nivel más alto de beneficios dentro de la red para una Red Específica del Cliente (CSN, por sus siglas en inglés), como se muestra en la columna titulada "CSN". La red CSN es definida por el Cliente.

Aspectos destacados del plan	JPS Dentro de la red	Cigna Dentro de la red
Máximo de por vida	Ilimitado	Ilimitado
Acumulación del año del plan	Los deducibles, desembolsos y límites de nivel de beneficios de su plan se acumulan por año calendario, a menos que se indique lo contrario.	
Coaseguro del plan	El plan paga el 90%	El plan paga el 70%
Cargo máximo reembolsable	No aplica	No aplica
Deducible del plan	Individual - Solo empleado: $1,900 Máximo familiar: $3,800	Individual - Solo empleado: $2,900 Máximo familiar: $5,800

- El monto que usted paga por todos los gastos cubiertos dentro de la red cuenta para su deducible dentro de la red CSN y para su deducible dentro de la red Cigna.
- El deducible del plan siempre se aplica antes de cualquier copago/deducible o coaseguro del beneficio.
- El deducible del plan no se aplica a los servicios preventivos.
- Todos los miembros de la familia contribuyen al deducible familiar. Ninguna persona puede tener reclamaciones cubiertas bajo el coaseguro del plan hasta que se haya cumplido el deducible familiar total.
- Este plan incluye un deducible combinado de Médico/Farmacia.
- Los medicamentos y productos preventivos genéricos, así como de marca preferida y no preferida, dentro de la red, incluidos en el paquete estándar plus, no estarán sujetos al deducible. Esto puede aplicarse a medicamentos para: asma, caries, reducción del colesterol, preparación para colonoscopia, depresión, diabetes (incluidos los suministros para diabéticos), enfermedades cardíacas y derrame cerebral, presión arterial alta, malaria, prevención de migraña, antivirales diversos, obesidad, osteoporosis, dejar de fumar, vacunas, vitaminas o minerales con receta.
- Los servicios a los que se aplica el deducible del plan se indican con el símbolo (^).

©Cigna 2026

Aspectos destacados del plan	JPS Dentro de la red	Cigna Dentro de la red
Desembolso máximo del plan	Individual - Solo empleado: $3,000 Individual - dentro de una familia: $3,800 Máximo familiar: $6,000	Individual - Solo empleado: $5,000 Individual - dentro de una familia: $5,800 Máximo familiar: $10,000

- El monto que usted paga por todos los gastos cubiertos dentro de la red cuenta para su desembolso máximo dentro de la red CSN y para su desembolso máximo dentro de la red Cigna.
- 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 coaseguro pagado por el cliente y los cargos de Salud mental y trastornos por consumo de sustancias.
- Después de que cada miembro elegible de la familia alcance su desembolso máximo individual, el plan pagará el 100% de sus gastos cubiertos. O bien, después de que se haya alcanzado el desembolso máximo familiar, el plan pagará el 100% de los gastos cubiertos de cada miembro elegible de la familia.
- Este plan incluye un desembolso máximo combinado de Médico/Farmacia.

Beneficio	JPS Dentro de la red	Cigna Dentro de la red
Nota: Los servicios sujetos al deducible del plan se indican con (^). El deducible del plan siempre se aplica antes de los copagos/deducibles del beneficio.		
Servicios médicos - Consultas en el consultorio		
Servicios del médico de atención primaria (PCP) de JPS y servicios del médico de atención especializada/consulta en el consultorio	El plan paga el 90% ^	No cubierto
Servicios del médico de atención primaria (PCP)/consulta en el consultorio	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
Servicios del médico de atención especializada/consulta en el consultorio	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
• Las consultas con obstetras y ginecólogos (OB/GYN) están sujetas al costo compartido de PCP o de especialista, según cómo el proveedor tenga contrato con Cigna (es decir, como PCP o como especialista).		
Cirugía realizada en el consultorio del médico	Se cubre igual que Servicios médicos - Consulta en el consultorio	Se cubre igual que Servicios médicos - Consulta en el consultorio
Tratamiento/inyecciones para alergias y suero para alergias • Suero para alergias suministrado por el médico en el consultorio	Se cubre igual que Servicios médicos - Consulta en el consultorio	Se cubre igual que Servicios médicos - Consulta en el consultorio
Atención virtual		
Proveedores virtuales dedicados - MDLIVE		
Servicios de atención virtual de urgencia de MDLIVE	No aplica	El plan paga el 100% ^
Servicios de atención primaria de MDLIVE	No aplica	El plan paga el 70% ^
Servicios de atención especializada de MDLIVE	No aplica	El plan paga el 70% ^
• El costo compartido de atención primaria se aplica a la atención de rutina. Los exámenes virtuales de bienestar se pagan bajo Atención preventiva.		
• Para los Servicios de salud conductual de MDLIVE, consulte la sección Salud mental y trastornos por consumo de sustancias (a continuación).		
• Los servicios de laboratorio que respaldan una consulta virtual deben obtenerse a través de laboratorios dedicados.		
• Incluye cargos por la prestación de servicios médicos y relacionados con la salud y consultas por parte de proveedores virtuales dedicados, según sea médicamente apropiado, a través de audio, video y tecnologías seguras basadas en internet.		

©Cigna 2026

Beneficio	JPS Dentro de la red	Cigna Dentro de la red
Nota: Los servicios sujetos al deducible del plan se indican con (^). El deducible del plan siempre se aplica antes de los copagos/deducibles del beneficio.		
Servicios médicos virtuales - Consultas en el consultorio		
Servicios del médico de atención primaria (PCP)/consulta en el consultorio	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
Servicios del médico de atención especializada/consulta en el consultorio	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
• Los médicos pueden prestar de forma virtual servicios que se pagan bajo otros beneficios (p. ej., Atención preventiva, Servicios de terapia ambulatoria). • Incluye cargos por la prestación de servicios médicos y relacionados con la salud y consultas, según sea médicamente apropiado, a través de audio, video y tecnologías seguras basadas en internet, que sean similares a los servicios de consulta en el consultorio prestados en persona.		
Clínica de atención de conveniencia		
Clínica de atención de conveniencia	No aplica	El plan paga el 70% ^
Atención preventiva		
Atención preventiva	El plan paga el 100%	El plan paga el 100%
• Incluye cobertura de servicios adicionales, como análisis de orina, EKG y otras pruebas de laboratorio, que complementan el beneficio estándar de Atención preventiva cuando se facturan como parte de la consulta en el consultorio. • Límite anual: Ilimitado		
Vacunas	El plan paga el 100%	El plan paga el 100%
Mamografía, prueba de Papanicolaou (PAP) y prueba de PSA	El plan paga el 100%	El plan paga el 100%
• La cobertura incluye los Servicios profesionales ambulatorios preventivos asociados. • Los servicios relacionados con diagnósticos se cubren al mismo nivel de beneficios que otros servicios de rayos X y laboratorio, según el lugar de servicio.		
Servicios con hospitalización		
Servicios del centro hospitalario con hospitalización	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
Nota: Incluye todos los servicios de laboratorio y radiología, incluidas las imágenes radiológicas avanzadas, así como los medicamentos médicos de especialidad		
Visita/consulta del médico en el hospital con hospitalización	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
Servicios profesionales con hospitalización	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
• Por servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiólogos		
Servicios ambulatorios		
Servicios del centro ambulatorio	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
Servicios profesionales ambulatorios	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
• Por servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiólogos		
Servicios de emergencia		
Sala de emergencias • Incluye servicios profesionales, de rayos X y/o de laboratorio realizados en la sala de emergencias y facturados por el centro como parte de la visita de emergencia.	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^

©Cigna 2026

Beneficio	JPS Dentro de la red	Cigna Dentro de la red
Nota: Los servicios sujetos al deducible del plan se indican con (^). El deducible del plan siempre se aplica antes de los copagos/deducibles del beneficio.		
Centro de atención de urgencia • Incluye servicios profesionales, de rayos X y/o de laboratorio realizados en el centro de atención de urgencia y facturados por el centro como parte de la visita de atención de urgencia.	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
Ambulancia	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
Por lo general, no se cubren los servicios de ambulancia utilizados como transporte que no sea de emergencia (p. ej., transporte del hospital de regreso a casa).		
Ambulancia - Salud mental y trastornos por consumo de sustancias	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
Por lo general, no se cubren los servicios de ambulancia utilizados como transporte que no sea de emergencia (p. ej., transporte del hospital de regreso a casa).		
Servicios con hospitalización en otros centros de atención médica		
Centro de enfermería especializada, hospital de rehabilitación, centros subagudos • Límite anual: 120 días	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
Servicios de laboratorio		
Servicios médicos/consulta en el consultorio	Se cubre igual que Servicios médicos - Consulta en el consultorio	Se cubre igual que Servicios médicos - Consulta en el consultorio
Laboratorio independiente	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
Centro ambulatorio	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
Servicios de radiología		
Servicios médicos/consulta en el consultorio	Se cubre igual que Servicios médicos - Consulta en el consultorio	Se cubre igual que Servicios médicos - Consulta en el consultorio
Centro ambulatorio	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
Imágenes radiológicas avanzadas (ARI)	Incluye MRI, MRA, tomografía CAT, tomografía PET, etc.	
Centro ambulatorio	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
Servicios médicos/consulta en el consultorio	Se cubre igual que Servicios médicos - Consulta en el consultorio	Se cubre igual que Servicios médicos - Consulta en el consultorio
Servicios de terapia ambulatoria		
Servicios de terapia ambulatoria	Se cubre igual que Servicios médicos - Consulta en el consultorio	Se cubre igual que Servicios médicos - Consulta en el consultorio
Límites anuales: • Fisioterapia - 60 días • Todas las demás terapias - Incluye rehabilitación cardíaca, terapia cognitiva, terapia ocupacional, rehabilitación pulmonar y terapia del habla - 45 días por terapia • Los límites no se aplican a las condiciones de salud mental para las terapias física, del habla y ocupacional. **Nota:** Los días de terapia prestados como parte de un plan aprobado de atención médica en el hogar se acumulan para el máximo aplicable de servicios de terapia ambulatoria.		

©Cigna 2026

Beneficio	JPS Dentro de la red	Cigna Dentro de la red
Nota: Los servicios sujetos al deductible del plan se indican con (^). El deductible del plan siempre se aplica antes de los copagos/deductibles del beneficio.		
Servicios quiroprácticos Límite anual: • Atención quiropráctica - 20 días	Se cubre igual que Servicios médicos - Consulta en el consultorio	Se cubre igual que Servicios médicos - Consulta en el consultorio
Cuidados paliativos (hospicio)		
Centros con hospitalización	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
Servicios ambulatorios	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
Nota: Incluye consejería por duelo prestada como parte de un programa de cuidados paliativos.		
Consejería por duelo (para servicios no prestados como parte de un programa de cuidados paliativos)		
Servicios prestados por un profesional de salud mental	Cubierto bajo el beneficio de Salud mental	Cubierto bajo el beneficio de Salud mental
Medicamentos farmacéuticos médicos		
Centro ambulatorio	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
Consultorio del médico	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
Hogar	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
• Este beneficio solo se aplica al costo de los medicamentos de terapia de infusión administrados. Este beneficio no cubre los cargos relacionados del centro, de la consulta en el consultorio ni los cargos profesionales.		
Maternidad		
Visita inicial para confirmar el embarazo	Se cubre igual que Servicios médicos - Consulta en el consultorio	Se cubre igual que Servicios médicos - Consulta en el consultorio
Todas las visitas prenatales posteriores, visitas posnatales y cargos del médico por el parto (Tarifa global de maternidad)	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
Consultas en el consultorio adicionales a la tarifa global de maternidad (Realizadas por un OB/GYN o especialista)	Se cubre igual que Servicios médicos - Consulta en el consultorio	Se cubre igual que Servicios médicos - Consulta en el consultorio
Parto - Centro (Hospital con hospitalización, centro de maternidad)	Se cubre igual que el beneficio de Hospital con hospitalización del plan	Se cubre igual que el beneficio de Hospital con hospitalización del plan
Aborto		
Servicios de aborto • Solo procedimientos no electivos	La cobertura varía según el lugar de servicio	La cobertura varía según el lugar de servicio

©Cigna 2026

Beneficio	JPS Dentro de la red	Cigna Dentro de la red
Nota: Los servicios sujetos al deductible del plan se indican con (^). El deductible del plan siempre se aplica antes de los copagos/deductibles del beneficio.		
Planificación familiar		
Servicios para mujeres • Incluye dispositivos anticonceptivos según lo ordene o recete un médico y servicios de esterilización quirúrgica, como la ligadura de trompas (excluye las reversiones)	El plan paga el 100%	El plan paga el 100%
Servicios para hombres • Incluye servicios de esterilización quirúrgica, como la vasectomía (excluye las reversiones)	La cobertura varía según el lugar de servicio	La cobertura varía según el lugar de servicio
Infertilidad		
Tratamiento de infertilidad • Se brindará cobertura para el tratamiento de una condición médica subyacente hasta el momento en que se diagnostique una condición de infertilidad. Los servicios se cubrirán como cualquier otra enfermedad.		
Servicios de diálisis ambulatoria		
Servicios médicos/consulta en el consultorio	Se cubre igual que Servicios médicos - Consulta en el consultorio	Se cubre igual que Servicios médicos - Consulta en el consultorio
Servicios profesionales ambulatorios	Se cubre igual que el beneficio de Servicios profesionales ambulatorios del plan	Se cubre igual que el beneficio de Servicios profesionales ambulatorios del plan
Servicios del centro ambulatorio	Se cubre igual que el beneficio de Servicios del centro ambulatorio del plan	Se cubre igual que el beneficio de Servicios del centro ambulatorio del plan
Diálisis en el hogar **Nota:** Las visitas de diálisis no se acumularán para el máximo de Atención médica en el hogar	Se cubre igual que el beneficio de Atención médica en el hogar del plan	Se cubre igual que el beneficio de Atención médica en el hogar del plan
Otros centros/servicios de atención médica		
Atención médica en el hogar	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
• Límite anual: 120 días (El límite no se aplica a las condiciones de salud mental y trastornos por consumo de sustancias.) • Máximo de 16 horas por día **Nota:** Incluye servicios de enfermería privada ambulatoria cuando se aprueban como médicamente necesarios		
Trasplantes de órganos		
Servicios del centro hospitalario con hospitalización		
Centro de LifeSOURCE Transplant Network®	No aplica	El plan paga el 100% ^
Otro centro	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
Servicios profesionales con hospitalización		
Centro de LifeSOURCE Transplant Network®	No aplica	El plan paga el 100% ^
Otro centro	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
• Máximo para viajes - Solo centros de Cigna LifeSOURCE Transplant Network®: Después de alcanzar el deductible del plan, máximo de $10,000 por trasplante de por vida		
Equipo médico duradero • Límite anual: Ilimitado	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 90% ^

©Cigna 2026

Beneficio	JPS Dentro de la red	Cigna Dentro de la red
Nota: Los servicios sujetos al deducible del plan se indican con (^). El deducible del plan siempre se aplica antes de los copagos/deducibles del beneficio.		
Equipo y suministros para la lactancia • Limitado al alquiler de un extractor de leche por nacimiento, según lo ordene o recete un médico • Incluye los suministros relacionados	El plan paga el 100%	El plan paga el 100%
Aparatos protésicos externos (EPA) • Límite anual: Ilimitado • Incluye cobertura de prótesis controladas por microprocesador	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 90% ^
Banda craneal • Máximo de $3,800 por ocurrencia	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 70% ^
Trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ) • Máximo de por vida ilimitado • Se brinda de forma limitada, caso por caso. Excluye aparatos y tratamiento de ortodoncia.	La cobertura varía según el lugar de servicio	La cobertura varía según el lugar de servicio
Cuidado de rutina de los pies • Los servicios asociados con el cuidado de los pies por diabetes y enfermedad vascular periférica se cubren cuando se aprueban como médicamente necesarios.	No cubierto	No cubierto
Audífonos • Máximo de 2 dispositivos (1 por oído) cada 24 meses • Incluye pruebas y ajuste de audífonos con el costo compartido de Consulta en el consultorio del médico	No aplica	El plan paga el 70% ^
Examen auditivo de rutina • Límite anual: Un examen	Se cubre igual que Servicios médicos - Consulta en el consultorio	Se cubre igual que Servicios médicos - Consulta en el consultorio
Acupuntura • Límite anual: 20 días	No aplica	Se cubre igual que Servicios médicos - Consulta en el consultorio
Salud mental y trastornos por consumo de sustancias		
Salud mental con hospitalización	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 90% ^
Salud mental ambulatoria – Consultorio del médico	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 90% ^
Salud mental ambulatoria - Servicios de salud conductual de MDLIVE	No aplica	El plan paga el 90% ^
Salud mental ambulatoria – Todos los demás servicios	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 90% ^
Trastorno por consumo de sustancias con hospitalización	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 90% ^
Trastorno por consumo de sustancias ambulatorio – Consultorio del médico	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 90% ^
Trastorno por consumo de sustancias ambulatorio - Servicios de salud conductual de MDLIVE	No aplica	El plan paga el 90% ^
Trastorno por consumo de sustancias ambulatorio – Todos los demás servicios	El plan paga el 90% ^	El plan paga el 90% ^

©Cigna 2026

Beneficio	JPS Dentro de la red	Cigna Dentro de la red
Nota: Los servicios sujetos al deducible del plan se indican con (^). El deducible del plan siempre se aplica antes de los copagos/deducibles del beneficio.		
• Los servicios con hospitalización incluyen hospitalización por cuidados agudos y tratamiento residencial. • Ambulatorio - Consultorio del médico y Servicios de salud conductual de MDLIVE - puede incluir terapia individual, familiar y de grupo, psicoterapia, control de medicamentos, etc. • Ambulatorio - Todos los demás servicios - puede incluir hospitalización parcial, servicios ambulatorios intensivos, análisis conductual aplicado (terapia ABA), etc. • Los servicios se pagan al 100% después de que usted alcance su desembolso máximo. • Los servicios médicos cubiertos mencionados anteriormente que se reciban para diagnosticar o tratar una condición de salud mental o de trastorno por consumo de sustancias se pagarán de acuerdo con esta sección titulada “Salud mental y trastornos por consumo de sustancias”. Límites anuales: • Máximo ilimitado		
Revisión de utilización, administración de casos y programas de Salud mental/trastornos por consumo de sustancias **Cigna Healthcare Enhanced Behavioral Health** • Revisión de utilización y administración de casos con hospitalización • Revisión de utilización y administración de casos ambulatorios • Hospitalización parcial • Programas ambulatorios intensivos • Control de terapia con narcóticos • Programa inMynd℠ - una solución integral y holística para ayudar a reconocer y encontrar recursos para tratar condiciones de salud conductual. • Consulta y programación de citas en el momento • Seguimiento al 100% con un navegador de atención (Care Navigator) • Portal digital para evaluación y recomendación de atención • Programa de apoyo comunitario para abordar los factores de los determinantes sociales de la salud. • Herramientas digitales de apoyo autoguiado para aumentar la resiliencia		

©Cigna 2026

Farmacia	JPS Dentro de la red	Cigna Dentro de la red
Costo compartido y suministro		
Costo compartido de farmacia de Cigna • Minorista – suministro de hasta 90 días (excepto especialidad, suministro de hasta 30 días) • Entrega a domicilio – suministro de hasta 90 días (excepto especialidad, suministro de hasta 30 días) • Los medicamentos de especialidad genéricos se cubren con el costo compartido de genéricos	**Cualquier farmacia de JPS/entrega a domicilio: Minorista (por suministro de 30 días):** Genérico: Usted paga $15 ^ Marca preferida: Usted paga $37 ^ Marca no preferida: Usted paga $60 ^ **Minorista y entrega a domicilio (por suministro de 30 días):** Especialidad: Usted paga el 20% ^ (mínimo $50; máximo $150) **Minorista y entrega a domicilio (por suministro de 90 días):** Genérico: Usted paga $30 ^ Marca preferida: Usted paga $75 ^ Marca no preferida: Usted paga $120 ^ **Campus principal de JPS/entrega a domicilio: Minorista (por suministro de 30 días):** Genérico: Usted paga $22^ Marca preferida: Usted paga $60^ Marca no preferida: Usted paga $97^ **Minorista y entrega a domicilio (por suministro de 30 días):** Especialidad: Usted paga el 20% ^ (mínimo $50; máximo $150) **Minorista y entrega a domicilio (por suministro de 90 días):** Genérico: Usted paga $56 ^ Marca preferida: Usted paga $150^ Marca no preferida: Usted paga $251^	**Minorista y entrega a domicilio (por suministro de 30 días):** Genérico: Usted paga $45 ^ Marca preferida: Usted paga $112 ^ Marca no preferida: Usted paga $225 ^ **Minorista y entrega a domicilio (por suministro de 30 días):** Especialidad: Usted paga el 20% ^ (mínimo $150; máximo $450) **Entrega a domicilio (por suministro de 90 días):** Genérico: Usted paga $56 ^ Marca preferida: Usted paga $150 ^ Marca no preferida: Usted paga $251 ^

©Cigna 2026

Farmacia	JPS Dentro de la red	Cigna Dentro de la red

- Los medicamentos de venta minorista pueden obtenerse dentro de la red en una amplia variedad de farmacias en todo el país.
- Beneficio obligatorio de 90 días: Para ciertos medicamentos de mantenimiento, usted debe obtener una receta de 90 días (surtida en cualquier farmacia de la red) para que el plan cubra el medicamento. De lo contrario, después de un surtido de 30 días, usted paga el costo total de la receta.
- Este plan no cubrirá beneficios de farmacia fuera de la red.
- Los medicamentos de especialidad se utilizan para tratar una enfermedad subyacente que se considera rara y crónica, incluidas, entre otras, la esclerosis múltiple, la hepatitis C o la artritis reumatoide. Los medicamentos de especialidad pueden incluir medicamentos de alto costo, así como medicamentos que pueden requerir manejo especial y supervisión estrecha al administrarse.
- Si hay un genérico disponible, el paciente paga el costo compartido de marca más la diferencia de costo entre la marca y el genérico, hasta el costo de la marca.
- El farmacéutico entregará el medicamento de marca y el paciente pagará el costo compartido de genérico cuando el medicamento forme parte del Programa de Sustitución de Marca por Genérico (DAW9).
- Sus beneficios de farmacia comparten un deducible anual y un desembolso máximo con los beneficios médicos/de salud conductual. El costo compartido aplicable para los medicamentos cubiertos se aplica después de haber alcanzado el deducible combinado.
- Si recibe un suministro de 34 días o menos por entrega a domicilio, el costo compartido de la farmacia de entrega a domicilio se ajustará a un suministro de 30 días.
- Cuando se usa un péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1), es importante contar con atención clínica y apoyo adicionales de su médico y farmacéutico. Hay farmacias en la red de su plan que pueden ayudar, incluida Evernorth EnGuide℠ Pharmacy.

Medicamentos preventivos:
Los medicamentos preventivos requeridos por la ley federal no estarán sujetos al deducible y se proporcionarán sin costo. Además, los medicamentos y productos preventivos genéricos, de marca preferida y de marca no preferida dentro de la red incluidos en el Paquete Estándar Plus se proporcionarán sin costo en las farmacias de JPS. Los miembros pueden consultar mycigna.com. Esto puede aplicarse a medicamentos para:

Asma, caries, reducción del colesterol, preparación para colonoscopia, depresión, diabetes (incluidos los suministros para diabéticos), enfermedades cardíacas y derrame cerebral, presión arterial alta, malaria, prevención de migraña, antivirales diversos, obesidad, osteoporosis, dejar de fumar, vacunas

Medicamentos cubiertos

Lista de medicamentos con receta: Su Lista nacional de medicamentos con receta preferidos incluye una amplia gama de medicamentos, incluidos todos los requeridos por las leyes de atención médica aplicables. Para verificar qué medicamentos están incluidos en su plan, inicie sesión en myCigna.com. Algunos aspectos destacados:

- Se cubren los medicamentos inyectables autoadministrados.
- Se cubren los dispositivos y medicamentos anticonceptivos, y los productos requeridos por la ley federal se cubren al 100%.
- Se cubren la insulina, las tiras reactivas de glucosa, las lancetas, las agujas y jeringas para insulina, y las plumas y cartuchos de insulina.
- Se cubren los medicamentos de estilo de vida - limitados a la disfunción sexual.

©Cigna 2026

Información del programa de farmacia

Administración clínica de farmacia: Essential para el Formulario Nacional Preferido

Su plan incluye programas de administración de medicamentos y controles para garantizar una prescripción segura y el acceso a medicamentos que han demostrado ser los más confiables y costo-efectivos para la condición médica, incluidos:

- Requisitos de autorización previa
- Terapia escalonada para clases selectas de medicamentos y medicamentos nuevos en el mercado
- Límites de cantidad, incluidos controles de dosis diaria máxima, de cantidad en el tiempo, de duración de la terapia y de optimización de dosis
- Controles de edad y de resurtido demasiado pronto
- Controles de exclusiones del plan
- Su plan incluye funciones de Administración de medicamentos de especialidad, como autorización previa y límites de cantidad, para garantizar la prescripción segura y el acceso a medicamentos de especialidad.
- Para los clientes con condiciones complejas que toman un medicamento de especialidad, ofreceremos los Centros de Recursos Terapéuticos (TRC) de Accredo para brindar consejería sobre el medicamento de especialidad y la condición. Para los clientes que toman un medicamento de especialidad que no es suministrado por Accredo, los expertos de Cigna ofrecerán esta importante consejería sobre el medicamento de especialidad y la condición.

Información adicional

Administración de casos

Coordinado por Cigna HealthCare. Este es un servicio diseñado para brindar asistencia a un paciente que está en riesgo de desarrollar complicaciones médicas o para quien un incidente de salud ha generado la necesidad de rehabilitación o de apoyo adicional de atención médica. El programa busca lograr un equilibrio entre la calidad y una atención costo-efectiva, a la vez que maximiza la calidad de vida del paciente.

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

El Programa de Prevención de la Diabetes de Cigna en colaboración con Omada es un programa para ayudarle a evitar la aparición de la diabetes, así como los riesgos para la salud que podrían provocar enfermedades cardíacas o un derrame cerebral. Su plan de salud cubre el programa al nivel preventivo, igual que su visita de bienestar. Los participantes del programa tienen acceso a un asesor de salud virtual profesional, un grupo de apoyo en línea, lecciones interactivas y una báscula con tecnología inteligente. El programa le ayudará a hacer pequeños cambios en su alimentación, actividad, sueño y estrés para lograr una pérdida de peso saludable mediante una serie de 16 lecciones semanales y herramientas para ayudarle a mantener la pérdida de peso con el tiempo. También se le ofrecerá la oportunidad de inscribirse en un gimnasio por una tarifa mensual baja y sin cuota de inscripción.

Programas de manejo del estilo de vida

- Control de peso: copago de $25 ^ con proveedor de JPS Health & Wellness y surtido en farmacia de JPS; copago de $45 ^ con proveedor de JPS y surtido en farmacia de JPS.
- Dejar de fumar
- Manejo del estrés

Cargos por servicios de emergencia fuera de la red

1. Los servicios de emergencia se cubren al nivel de costo compartido dentro de la red, según lo exija la ley estatal o federal aplicable, si los servicios se reciben de un proveedor no participante (fuera de la red).
2. El monto permitido que se usa 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 el monto acordado entre el proveedor fuera de la red y Cigna, o según lo exija la ley estatal o federal aplicable.

El miembro es responsable de los montos de costo compartido dentro de la red aplicables (cualquier deducible, copago o coaseguro). El miembro no es responsable de ningún cargo que exceda el monto permitido. Si el proveedor fuera de la red le factura un monto mayor al que usted debe según se indica en la Explicación de beneficios (EOB), comuníquese con Servicio al Cliente de Cigna al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación.

©Cigna 2026

Información adicional

Coordinación con Medicare

De conformidad con la Ley del Seguro Social de 1965, este plan pagará como secundario a la Parte A y B de Medicare de la siguiente manera:
(a) un exempleado, como un jubilado, un exempleado con discapacidad, el cónyuge dependiente y/o hijo(s) dependiente(s) de un exempleado, incluida la pareja de hecho de un exempleado, o un participante de continuación COBRA (cuyo seguro continúa por cualquier motivo), y que además es elegible para Medicare debido a su edad o discapacidad;
(b) la pareja de hecho de un empleado que además es elegible para Medicare debido a su edad;
(c) un empleado, un exempleado, el cónyuge y/o hijo(s) dependiente(s) de un empleado o exempleado, o un dependiente de un empleado, incluida una pareja de hecho, que es elegible para Medicare por enfermedad renal en etapa terminal después de haber sido elegible para Medicare durante 30 meses.
Cuando una persona es elegible para Medicare A y B según se describe arriba, este plan pagará como plan secundario a la Parte A y B de Medicare **independientemente de si la persona está realmente inscrita en la Parte A y/o Parte B de Medicare y de si la persona busca atención con un proveedor de Medicare o no para servicios cubiertos por Medicare.**

Reducción por cirugías múltiples

Las cirugías múltiples realizadas durante una misma sesión operatoria dan lugar a una reducción del pago del 50% para la cirugía de menor cargo. El procedimiento más costoso se paga como cualquier otra cirugía.

Precertificación - Revisión de estadía continua - Administración de atención preferida con hospitalización - requerida para todas las admisiones hospitalarias
Dentro de la red: Coordinada por su médico

Precertificación - Autorización previa de administración de atención preferida ambulatoria - requerida para ciertos procedimientos ambulatorios y pruebas de diagnóstico
Dentro de la red: Coordinada por su médico

La limitación por condición preexistente (PCL) no se aplica.

Your Health First - 200

Las personas con una o más de las condiciones crónicas, indicadas a la derecha, pueden ser elegibles para recibir el siguiente tipo de apoyo:

- Manejo de condiciones
- Adherencia a los medicamentos
- Manejo de factores de riesgo
- Asuntos de estilo de vida
- Asuntos de salud y bienestar
- Antes/después de la admisión
- Apoyo para decisiones de tratamiento
- Brechas en la atención

Apoyo holístico de salud para las siguientes condiciones crónicas de salud:

- Enfermedad cardíaca
- Enfermedad de las arterias coronarias
- Angina de pecho
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Infarto agudo de miocardio
- Enfermedad arterial periférica
- Asma
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (enfisema y bronquitis crónica)
- Diabetes tipo 1
- Diabetes tipo 2
- Síndrome metabólico/complicaciones de peso
- Osteoartritis
- Dolor lumbar
- Ansiedad
- Trastorno bipolar
- Depresión

©Cigna 2026

Definiciones

Coaseguro - Después de alcanzar su deducible, usted y su plan comparten algunos de sus costos médicos. La parte de los gastos cubiertos de la que usted es responsable se llama coaseguro.
Copago - Una tarifa fija que usted paga por ciertos servicios cubiertos, como consultas médicas o recetas.
Deducible - Un monto fijo en dólares que usted debe pagar de su propio bolsillo antes de que su plan comience a pagar los servicios cubiertos.
Desembolso máximo - Límites específicos del monto total que usted pagará de su propio bolsillo antes de que el porcentaje de coaseguro de su plan deje de aplicarse. Una vez que alcance estos máximos, su plan paga el 100 por ciento de los "Cargos máximos reembolsables" o de las tarifas negociadas por los servicios cubiertos.
Lugar de servicio - Su plan paga según el lugar donde usted recibe los servicios. Por ejemplo, para estadías en el hospital, su cobertura se paga al nivel de hospitalización.
Lista de medicamentos con receta - La lista de medicamentos con receta de marca y genéricos cubiertos por su plan de farmacia.
Servicios profesionales - Servicios prestados por cirujanos, cirujanos asistentes, médicos que trabajan en hospitales, radiólogos, patólogos y anestesiólogos
Transición de la atención - Brinda cobertura de salud dentro de la red a nuevos clientes cuando el médico del cliente no forma parte de la red de Cigna y existen razones clínicas aprobadas por las cuales el cliente debe seguir consultando al mismo médico.

Exclusiones

Lo que no está cubierto (lista no exhaustiva):
Su plan cubre la mayoría de los servicios médicamente necesarios. La lista completa de exclusiones se proporciona en su Certificado o Descripción resumida del plan. En la medida en que pueda haber diferencias, prevalecerán los términos del Certificado o de la Descripción resumida del plan. Algunos ejemplos de lo que su plan no cubre, a menos que lo exija la ley o esté cubierto bajo el beneficio de farmacia, incluyen (entre otros):

- Atención de condiciones de salud que, por ley estatal o local, deben tratarse en un centro público.
- Atención que, por ley estatal o federal, debe ser proporcionada por un sistema escolar público o distrito escolar.
- Atención de discapacidades por servicio militar que puedan tratarse mediante servicios gubernamentales, si usted tiene derecho legal a dicho tratamiento y los centros están razonablemente disponibles.
- Tratamiento de una lesión o enfermedad causada por una guerra, declarada o no declarada.
- Cargos que usted no está obligado a pagar, o por los cuales no se le factura, o por los cuales no se le habría facturado excepto porque estaban cubiertos por este plan. Por ejemplo, si Cigna determina que un proveedor o farmacia está renunciando o ha renunciado, reducido o condonado cualquier parte de sus cargos y/o cualquier parte del monto o montos de copago, deducible y/o coaseguro que usted debe pagar por un gasto cubierto (según se muestra en El Programa) sin el consentimiento expreso de Cigna, entonces Cigna, a su exclusivo criterio, tendrá derecho a denegar el pago de beneficios en relación con el gasto cubierto, o a reducir los beneficios en proporción al monto de copago, deducible y/o coaseguro al que se renunció, que se condonó o redujo, independientemente de si el proveedor o la farmacia declara que usted sigue siendo responsable de cualquier monto que su plan no cubra. En el ejercicio de dicho criterio, Cigna tendrá derecho a exigirle que proporcione a Cigna prueba suficiente de que usted ha realizado el o los pagos de costo compartido requeridos antes de que Cigna pague cualquier beneficio. Esta exclusión incluye, entre otros, los cargos de un proveedor no participante que haya acordado cobrarle o le haya cobrado a un nivel de beneficios dentro de la red o a algún otro nivel de beneficios que de otro modo no se aplique a los servicios recibidos.
- Cargos que surjan de o se relacionen con cualquier violación de una ley estatal o federal relacionada con la atención médica o que en sí mismos constituyan una violación de una ley estatal o federal relacionada con la atención médica.
- Asistencia en las actividades de la vida diaria, incluidas, entre otras, comer, bañarse, vestirse u otros servicios de cuidado de custodia o actividades de cuidado personal, servicios de ayuda en el hogar y servicios principalmente de descanso, cuidado domiciliario o de convalecencia.
- Por o en relación con servicios experimentales, de investigación o no comprobados.
- Los servicios experimentales, de investigación y no comprobados son tecnologías, suministros, tratamientos, procedimientos, terapias con medicamentos o productos biológicos, o dispositivos médicos, quirúrgicos, de diagnóstico, psiquiátricos, de trastornos por consumo de sustancias u otros de atención médica que el médico de revisión de utilización determine que:
    - no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA) u otra agencia reguladora apropiada para comercializarse legalmente;
    - no se ha demostrado, mediante literatura científica existente revisada por pares y basada en evidencia, que sean seguros y eficaces para tratar o diagnosticar la condición o enfermedad para la cual se propone su uso;

©Cigna 2026

Exclusiones

- son objeto de revisión o aprobación por parte de una Junta de Revisión Institucional para el uso propuesto, excepto según lo dispuesto en las secciones de “Ensayos clínicos” de este plan; o
- son objeto de un ensayo clínico de fase I, II o III en curso, excepto por los costos de atención de rutina del paciente relacionados con ensayos clínicos calificados según lo dispuesto en las secciones de “Ensayos clínicos” de este plan.

Para determinar si tales tecnologías, suministros, tratamientos, terapias con medicamentos o productos biológicos, o dispositivos son experimentales, de investigación y/o no comprobados, el médico de revisión de utilización puede basarse en las políticas de cobertura clínica mantenidas por Cigna o por 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 de los EE. UU., los compendios estándar de referencia médica y la literatura o guías científicas revisadas por pares y basadas en evidencia.

- Cirugía y terapias cosméticas. La cirugía o terapia cosmética se define como la cirugía o terapia que se realiza para mejorar o alterar la apariencia o la autoestima.
- Los siguientes servicios están excluidos de la cobertura independientemente de las indicaciones clínicas: acupresión; terapia de danza; terapia de movimiento; kinesiología aplicada; rolfing; proloterapia; y litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL) para condiciones musculoesqueléticas y ortopédicas.
- Tratamiento dental de los dientes, encías o estructuras que sostienen directamente los dientes, incluidas radiografías dentales, exámenes, reparaciones, ortodoncia, periodoncia, moldes, férulas y servicios para la maloclusión dental, por cualquier condición. Sin embargo, se cubren los cargos por un tratamiento dental continuo por una lesión en los dientes.
- Servicios médicos y quirúrgicos, iniciales y repetidos, destinados al tratamiento o control de la obesidad, incluida la obesidad clínicamente severa (mórbida), lo que incluye: servicios médicos y quirúrgicos para alterar la apariencia o cambios físicos que sean resultado de cualquier cirugía realizada para el manejo de la obesidad o de la obesidad clínicamente severa (mórbida); y programas o tratamientos para bajar de peso, ya sean recetados o recomendados por un médico o bajo supervisión médica.
- A menos que estén cubiertos de otro modo en este plan, informes, evaluaciones, exámenes físicos u hospitalización no requeridos por razones de salud, incluidos, entre otros, para empleo, seguros o licencias gubernamentales, y evaluaciones ordenadas por un tribunal, forenses o de custodia.
- Tratamiento u hospitalización ordenados por un tribunal, a menos que dicho tratamiento sea recetado por un médico y figure como cubierto en este plan.
- Servicios de infertilidad, incluidos medicamentos para la infertilidad, programas de tratamiento quirúrgico o médico para la infertilidad, incluida la fertilización in vitro, la transferencia intratubárica de gametos (GIFT), la transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT), variaciones de estos procedimientos y cualquier costo asociado con la recolección, lavado, preparación o almacenamiento de esperma para inseminación artificial (incluidas las tarifas del donante). La criopreservación de esperma y óvulos de donantes también está excluida de la cobertura.
- Reversión de procedimientos de esterilización voluntaria masculina o femenina.
- Cualquier medicamento, fármaco, servicio o suministro para el tratamiento de la disfunción sexual masculina o femenina, como, entre otros, el tratamiento de la disfunción eréctil (incluidos los implantes de pene), la anorgasmia y la eyaculación precoz.
- Atención médica y hospitalaria y costos para el hijo recién nacido de un dependiente, a menos que este hijo recién nacido sea elegible de otro modo bajo este plan.
- Consejería no médica y/o servicios complementarios, incluidos, entre otros, servicios de cuidado de custodia, servicios educativos, orientación vocacional, servicios de capacitación y rehabilitación, entrenamiento conductual, biorretroalimentación, neurorretroalimentación, hipnosis, terapia del sueño, servicios de reincorporación laboral, programas de acondicionamiento laboral y cursos de seguridad para conductores.
- Terapia o tratamiento destinado principalmente a mejorar o mantener la condición física general o con el fin de mejorar el desempeño laboral, escolar, deportivo o recreativo, incluida, entre otros, la atención de rutina, a largo plazo o de mantenimiento que se brinda después de la resolución del problema médico agudo y cuando no se espera una mejoría terapéutica significativa.
- Suministros médicos consumibles distintos de los suministros para ostomía y los catéteres urinarios. Los suministros excluidos incluyen, entre otros, vendajes y otros suministros médicos desechables, preparaciones para la piel y tiras reactivas, excepto según se especifica en las secciones de “Servicios de salud en el hogar” o “Reconstrucción mamaria y prótesis mamarias” de este plan.
- Habitaciones privadas en el hospital y/o servicios de enfermería privada, excepto según lo dispuesto en la disposición de Servicios de salud en el hogar.
- Artículos personales o de comodidad, como kits de cuidado personal proporcionados al ingresar a un hospital, televisión, teléfono, fotografías del recién nacido, comidas

©Cigna 2026

Exclusiones

de cortesía, anuncios de nacimiento y otros artículos que no sean para el tratamiento específico de una lesión o enfermedad.

- Ayudas artificiales, incluidos, entre otros, zapatos ortopédicos correctivos, soportes para el arco, medias elásticas, ligas, corsés, dentaduras postizas y pelucas.
- Ayudas o dispositivos que asisten con la comunicación no verbal, incluidos, entre otros, tableros de comunicación, dispositivos de habla pregrabada, computadoras portátiles, computadoras de escritorio, asistentes digitales personales (PDA), máquinas de escribir en braille, sistemas de alerta visual para personas sordas y libros de memoria.
- Lentes y armazones de anteojos y lentes de contacto (excepto el primer par de lentes de contacto para el tratamiento del queratocono o después de una cirugía de cataratas).
- Refracciones de rutina, ejercicios oculares y tratamiento quirúrgico para la corrección de un error de refracción, incluida la queratotomía radial.
- Todos los medicamentos con receta no inyectables, a menos que se requiera la administración o supervisión de un médico, los medicamentos con receta inyectables en la medida en que no requieran supervisión de un médico y se consideren normalmente medicamentos autoadministrados, los medicamentos sin receta y los medicamentos de investigación y experimentales, excepto según lo dispuesto en este plan.
- Cuidado de rutina de los pies, incluido el raspado y la eliminación de callos y durezas o el corte de uñas. Sin embargo, los servicios asociados con el cuidado de los pies por diabetes y enfermedad vascular periférica se cubren cuando son médicamente necesarios.
- Costos de membresía o tarifas asociadas con gimnasios, programas para bajar de peso y programas para dejar de fumar.
- Pruebas de detección genética o pruebas de detección genética previas a la implantación. Las pruebas de detección genética basadas en la población general son un método de prueba que se realiza en ausencia de cualquier síntoma o de cualquier factor de riesgo significativo y comprobado de enfermedad hereditaria vinculada genéticamente.
- Implantes dentales por cualquier condición.
- Tarifas asociadas con la recolección o donación de sangre o productos sanguíneos, excepto la donación autóloga en anticipación de servicios programados cuando, en opinión del médico de revisión de utilización, la probabilidad de pérdida excesiva de sangre es tal que se espera una transfusión como complemento de la cirugía.
- Administración de sangre con el propósito de mejorar la condición física general.
- Costo de productos biológicos que sean vacunas o medicamentos para viajar, o para protegerse contra peligros y riesgos ocupacionales.
- Cosméticos, suplementos dietéticos y productos de salud y belleza.
- Todos los suplementos y fórmulas nutricionales, excepto la fórmula infantil necesaria para el tratamiento de errores congénitos del metabolismo.
- Por o en relación con una lesión o enfermedad que surja de, o en el transcurso de, cualquier empleo por salario o ganancia.
- 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 presten según se describe específicamente en Gastos cubiertos.
- Terapia de masajes.
- Abortos, a menos que un médico certifique por escrito que el embarazo pondría en peligro la vida de la madre, o que los gastos se incurran para tratar complicaciones médicas debidas a un aborto.

Estos son solo los aspectos destacados

Este resumen describe los aspectos destacados de su plan. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos y no cubiertos, incluidos los beneficios requeridos por su estado, consulte el certificado de seguro de su empleador, el acuerdo de servicio o la descripción resumida del plan -- los documentos oficiales del plan. Si hay alguna diferencia entre este resumen y los documentos del plan, prevalecerá la información de los documentos del plan.

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

Estado EHB: TX

©Cigna 2026

La discriminación es contra la ley

Cigna Healthcare® cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales.

Cigna Healthcare no excluye a las personas ni las trata de forma menos favorable o diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales.

Cigna Healthcare:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas auxiliares apropiadas y gratuitas para comunicarse eficazmente con nosotros, como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística de manera oportuna a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles.

Si usted considera que Cigna Healthcare no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales, puede presentar una queja ante el

Coordinador de Derechos Civiles
P.O. Box 188016, Chattanooga, TN 37422,
877.822.6561 (TTY: Marque 711)

ACAGrievance@CignaHealthcare.com
Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue,
SW Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en

https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html

cigna healthcare

Los productos y servicios de Cigna Healthcare se proporcionan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, incluidas Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Behavioral Health, Inc., Evernorth Care Solutions, Inc. y subsidiarias de HMO o de compañías de servicios de Cigna Health Corporation, incluidas Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of California, Inc., Cigna HealthCare of Colorado, Inc., Cigna HealthCare of Connecticut, Inc., Cigna HealthCare of Florida, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Illinois, Inc., Cigna HealthCare of Indiana, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of New Jersey, Inc., Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Tennessee, Inc. y Cigna HealthCare of Texas, Inc. ATENCIÓN: Si habla un idioma distinto del inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es cliente actual de Cigna Healthcare, llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación. De lo contrario, llame al 1.800.244.6224 (TTY: Marque 711). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna

896375h 5/25 © 2025 Cigna Healthcare.

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1- 800-244-6224 (TTY: Dial 711) or speak to your provider.

Spanish – ATENCIÓN: Si habla español, los servicios de asistencia lingüística gratuitos están disponibles para usted. También están disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-244-6224 (TTY: Marque 711) o hable con su proveedor.

Chinese – 注意：如果您讲中文，我们提供免费的语言援助服务。适当的辅助设备和服务也可以免费提供，以提供无障碍格式的信息。请拨打 1-800-244-6224（TTY：拨打 711）或与您的服务提供者联系。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Viet, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí có sẵn cho bạn. Các thiết bị và dịch vụ hỗ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng có thể tiếp cận cũng có sẵn miễn phí. Gọi số 1-800-244-6224 (TTY: Gọi 711) hoặc nói chuyện với nhà cung cấp của bạn).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스가 제공됩니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 기기 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-244-6224 (TTY: 711 로 전화) 로 전화하시거나 제공자에게 문의하십 시오.

Tagalog – PAUNAWA: Kung ikaw ay nagsasalita ng Tagalog, ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika ay magagamit para sa iyo. Ang mga angkop na pantulong na kagamitan at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay magagamit din ng libre. Tumawag sa 1-800-244-6224 (TTY: Tumawag sa 711) o makipag-usap sa iyong tagapagbigay.

Russian – ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, доступны бесплатные услуги языковой помощи. Также бесплатно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги для предоставления информации в доступных форматах. Позвоните по телефону 1-800-244-6224 (TTY: Наберите 711) или обратитесь к вашему провайдеру.

Arabic - تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر أيضًا مساعدات قابلة للوصول إليها، وذلك مجانًا. اتصل بالرقم. أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك (اطلب 711 :TTY) 1-800-244-6224

French Creole – ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang gratis yo disponib pou ou. Ekipman ak sèvis adisyonèl ki apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma ki aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-800-244- 6224 (TTY: Rele 711) oswa pale ak founisè ou a.

French – ATTENTION : Si vows parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont disponibles pour vous. Des aides et des services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-244-6224 (TTY : composez le 711) ou parlez à votre fournisseur.

Portuguese – ATENÇÃO: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-244-6224 (TTY: disque 711) ou fale com seu prestador de serviços.

Polish – UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, dostępne są bezpłatne usługi pomocy językowej. Odpowiednie pomoce i usługi wspierające w celu dostarczenia informacji w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-244-6224 (TTY: wybierz 711) lub skontaktuj się ze swoim dostawcą usług.

Japanese – 注意: 日本語を話す場合は、無料の言語支援サービスが利用できます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助機器やサービスも無料で利用できます。1-800-244-6224（TTY: 711 にダイヤル）に電話するか、提供者に話してください。

Italian – ATTENZIONE: Se parli italiano, sono disponibili per te servizi gratuiti di assistenza linguistica. Sono disponibili gratuitamente anche ausili e servizi appropriati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-800-244-6224 (TTY: comporre il 711) o parla con il tuo fornitore.

German – Achtung: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste, um Informationen in barrierefreien Formaten bereitzustellen, sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie 1-800-244-6224 an (TTY: Wählen Sie 711) oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Persian (Farsi) - همچنین، وسایل و خدمات کمکی مناسب برای در دسترس است. خدمات رایگان کمک زبان برای شما صحبت می‌کنید، توجه:
اگر به فارسی تماس بگیرید یا با (شماره 711 را بگیرید :TTY) ارائه اطلاعات در قالبهای قابل دسترس به صورت رایگان در دسترس هستند. با شماره1-800-244-6224.ارائه‌دهنده خود صحبت کنید

824711 8/24