RESUMEN DE BENEFICIOS

Administrado por - Cigna Health and Life Insurance Co.
Para - JPS Health Network
Plan Open Access Plus IN HDHPQ
Nuevo plan HD500
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 sus familiares. Si su plan requiere la designación de un proveedor de atención primaria, Cigna puede designarle uno hasta que usted haga esta designación. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para ver una lista de los proveedores de atención primaria participantes, visite www.mycigna.com o comuníquese con servicio al cliente al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación. Para los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

Acceso directo a obstetras y ginecólogos - 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 seguir procedimientos para hacer remisiones. Para ver 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 incluir un nivel más alto de beneficios dentro de la red para una Red Específica del Cliente (CSN), como se muestra en la columna titulada "CSN". El Cliente define la red CSN.

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 personales y límites de nivel de beneficios de su plan se acumulan por año calendario, a menos que se indique lo contrario.	
Coseguro del plan	El plan paga 90%	El plan paga 70%
Cargo máximo reembolsable	No aplica	No aplica
Deducible del plan	Individual - Solo empleado: $3,500 Máximo familiar: $7,000	Individual - Solo empleado: $5,000 Máximo familiar: $10,000

- Lo que usted paga por todos los gastos cubiertos dentro de la red cuenta tanto para su deducible de la red CSN como para su deducible de la red de Cigna.
- El deducible del plan siempre se aplica antes de cualquier copago/deducible o coseguro del beneficio.
- El deducible del plan no se aplica a los servicios preventivos.
- Los miembros de la familia solo deben cumplir su deducible individual y luego sus reclamos se cubrirán según el coseguro del plan; si el deducible familiar se ha cumplido antes de que se cumpla su deducible individual, sus reclamos se pagarán según el coseguro del plan.
- Este plan incluye un deducible combinado médico/de farmacia.
- Los medicamentos y productos preventivos genéricos, así como de marca preferida y no preferida, dentro de la red incluidos en el paquete Standard Plus no estarán sujetos al deducible. Esto puede aplicarse a medicamentos para: asma, caries, reducción del colesterol, preparación para colonoscopia, depresión, diabetes (incluidos suministros para diabéticos), enfermedades cardíacas y accidente cerebrovascular, presión arterial alta, malaria, prevención de migraña, antivirales diversos, obesidad, osteoporosis, dejar de fumar, vacunas, vitaminas o minerales recetados.
- Los servicios sujetos al deducible del plan se marcan con un signo de intercalación (^).

©Cigna 2026

Aspectos destacados del plan	JPS Dentro de la red	Cigna Dentro de la red
Máximo de desembolso personal del plan	Individual - Solo empleado: $5,000 Máximo familiar: $10,000	Individual - Solo empleado: $8,700 Máximo familiar: $17,400

- Lo que usted paga por todos los gastos cubiertos dentro de la red cuenta tanto para su máximo de desembolso personal de la red CSN como para su máximo de desembolso personal de la red de Cigna.
- El deducible del plan cuenta para su máximo de desembolso personal.
- Todos los copagos/deducibles de los beneficios cuentan para su máximo de desembolso personal.
- Los gastos cubiertos que cuentan para su máximo de desembolso personal incluyen el coseguro pagado por el cliente y los cargos por Salud mental y trastorno por consumo de sustancias.
- Después de que cada miembro elegible de la familia cumpla su máximo individual de desembolso personal, el plan pagará el 100% de sus gastos cubiertos. O bien, después de que se haya cumplido el máximo familiar de desembolso personal, el plan pagará el 100% de los gastos cubiertos de cada miembro elegible de la familia.
- Este plan incluye un máximo de desembolso personal combinado médico/de farmacia.

Beneficio	JPS Dentro de la red	Cigna Dentro de la red
Nota: Los servicios sujetos al deducible del plan se marcan con un signo de intercalación (^). El deducible del plan siempre se aplica antes de los copagos/deducibles del beneficio.		
Servicios médicos - Visitas al consultorio		
Servicios de médico de atención primaria (PCP) de JPS y servicios de médico de atención especializada/visita al consultorio	El plan paga 90% ^	No cubierto
Servicios de médico de atención primaria (PCP)/visita al consultorio	El plan paga 90% ^	El plan paga 70% ^
Servicios de médico de atención especializada/visita al consultorio	El plan paga 90% ^	El plan paga 70% ^
• Las visitas al obstetra y ginecólogo (OB/GYN) están sujetas al costo compartido del PCP o del especialista, según cómo el proveedor tenga contrato con Cigna (es decir, como PCP o como especialista).		
Cirugía realizada en el consultorio del médico	Cubierto igual que Servicios médicos - Visita al consultorio	Cubierto igual que Servicios médicos - Visita al consultorio
Tratamiento/inyecciones para alergias y suero para alergias • Suero para alergias suministrado por el médico en el consultorio	Cubierto igual que Servicios médicos - Visita al consultorio	Cubierto igual que Servicios médicos - Visita al consultorio
Atención virtual		
Proveedores virtuales dedicados - MDLIVE		
Servicios de atención virtual de urgencia de MDLIVE	No aplica	El plan paga 100% ^
Servicios de atención primaria de MDLIVE	No aplica	El plan paga 70% ^
Servicios de atención especializada de MDLIVE	No aplica	El plan paga 70% ^
• El costo compartido de atención primaria se aplica a la atención de rutina. Las evaluaciones virtuales de bienestar se pagan bajo Atención preventiva. • Para los Servicios de salud conductual de MDLIVE, consulte la sección Salud mental y trastorno por consumo de sustancias (a continuación). • Los servicios de laboratorio que respalden una visita 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 marcan con un signo de intercalación (^). El deducible del plan siempre se aplica antes de los copagos/deducibles del beneficio.		
Servicios médicos virtuales - Visitas al consultorio		
Servicios de médico de atención primaria (PCP)/visita al consultorio	El plan paga 90% ^	El plan paga 70% ^
Servicios de médico de atención especializada/visita al consultorio	El plan paga 90% ^	El plan paga 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, similares a los servicios de visita al consultorio prestados de forma presencial.		
Clínica de atención de conveniencia		
Clínica de atención de conveniencia	No aplica	El plan paga 70% ^
Atención preventiva		
Atención preventiva	El plan paga 100%	El plan paga 100%
• Incluye cobertura de servicios adicionales, como análisis de orina, electrocardiograma (EKG) y otras pruebas de laboratorio, que complementan el beneficio estándar de Atención preventiva cuando se facturan como parte de una visita al consultorio. • Límite anual: Ilimitado		
Vacunas	El plan paga 100%	El plan paga 100%
Mamografía, prueba de Papanicolaou (PAP) y prueba de PSA	El plan paga 100%	El plan paga 100%
• La cobertura incluye los Servicios profesionales ambulatorios preventivos asociados. • Los servicios relacionados con diagnóstico se cubren al mismo nivel de beneficios que otros servicios de rayos X y laboratorio, según el Lugar de servicio.		
Hospitalización		
Servicios de centro hospitalario para pacientes hospitalizados	El plan paga 90% ^	El plan paga 70% ^
Nota: Incluye todos los servicios de laboratorio y radiología, incluidas las imágenes radiológicas avanzadas, así como los medicamentos médicos especializados		
Visita/consulta del médico para pacientes hospitalizados	El plan paga 90% ^	El plan paga 70% ^
Servicios profesionales para pacientes hospitalizados	El plan paga 90% ^	El plan paga 70% ^
• Para servicios realizados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiólogos		
Servicios ambulatorios		
Servicios de centro ambulatorio	El plan paga 90% ^	El plan paga 70% ^
Servicios profesionales ambulatorios	El plan paga 90% ^	El plan paga 70% ^
• Para servicios realizados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiólogos		
Servicios de emergencia		
Sala de emergencias • Incluye servicios profesionales, de rayos X y/o de laboratorio prestados en la sala de emergencias (ER) y facturados por el centro como parte de la visita a la ER.	El plan paga 90% ^	El plan paga 70% ^

©Cigna 2026

Beneficio	JPS Dentro de la red	Cigna Dentro de la red
Nota: Los servicios sujetos al deducible del plan se marcan con un signo de intercalación (^). 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 90% ^	El plan paga 70% ^
Ambulancia	El plan paga 90% ^	El plan paga 70% ^
Por lo general, no se cubren los servicios de ambulancia utilizados como transporte que no es de emergencia (p. ej., transporte del hospital a casa).		
Ambulancia - Salud mental y trastorno por consumo de sustancias	El plan paga 90% ^	El plan paga 70% ^
Por lo general, no se cubren los servicios de ambulancia utilizados como transporte que no es de emergencia (p. ej., transporte del hospital a casa).		
Servicios para pacientes internados en otros centros de atención médica		
Centro de enfermería especializada, hospital de rehabilitación, centros subagudos • Límite anual: 120 días	El plan paga 90% ^	El plan paga 70% ^
Servicios de laboratorio		
Servicios del médico/visita al consultorio	Cubierto igual que Servicios médicos - Visita al consultorio	Cubierto igual que Servicios médicos - Visita al consultorio
Laboratorio independiente	El plan paga 90% ^	El plan paga 70% ^
Centro ambulatorio	El plan paga 90% ^	El plan paga 70% ^
Servicios de radiología		
Servicios del médico/visita al consultorio	Cubierto igual que Servicios médicos - Visita al consultorio	Cubierto igual que Servicios médicos - Visita al consultorio
Centro ambulatorio	El plan paga 90% ^	El plan paga 70% ^
Imágenes radiológicas avanzadas (ARI)	Incluye MRI, MRA, tomografía computarizada (CAT), tomografía PET, etc.	
Centro ambulatorio	El plan paga 90% ^	El plan paga 70% ^
Servicios del médico/visita al consultorio	Cubierto igual que Servicios médicos - Visita al consultorio	Cubierto igual que Servicios médicos - Visita al consultorio
Servicios de terapia ambulatoria		
Servicios de terapia ambulatoria	Cubierto igual que Servicios médicos - Visita al consultorio	Cubierto igual que Servicios médicos - Visita al 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 afecciones de salud mental para fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. **Nota:** Los días de terapia proporcionados como parte de un plan aprobado de atención médica domiciliaria 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 deducible del plan se marcan con un signo de intercalación (^). El deducible del plan siempre se aplica antes de los copagos/deducibles del beneficio.		
Servicios quiroprácticos Límite anual: • Atención quiropráctica - 20 días	Cubierto igual que Servicios médicos - Visita al consultorio	Cubierto igual que Servicios médicos - Visita al consultorio
Cuidados paliativos (hospicio)		
Centros para pacientes hospitalizados	El plan paga 90% ^	El plan paga 70% ^
Servicios ambulatorios	El plan paga 90% ^	El plan paga 70% ^
Nota: Incluye asesoramiento por duelo proporcionado como parte de un programa de cuidados paliativos.		
Asesoramiento por duelo (para servicios no proporcionados 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 90% ^	El plan paga 70% ^
Consultorio del médico	El plan paga 90% ^	El plan paga 70% ^
Domicilio	El plan paga 90% ^	El plan paga 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 visita al consultorio ni los cargos profesionales.		
Maternidad		
Visita inicial para confirmar el embarazo	Cubierto igual que Servicios médicos - Visita al consultorio	Cubierto igual que Servicios médicos - Visita al consultorio
Todas las visitas prenatales posteriores, visitas posnatales y cargos del médico por el parto (tarifa global de maternidad)	El plan paga 90% ^	El plan paga 70% ^
Visitas al consultorio además de la tarifa global de maternidad (realizadas por OB/GYN o especialista)	Cubierto igual que Servicios médicos - Visita al consultorio	Cubierto igual que Servicios médicos - Visita al consultorio
Parto - Centro (Hospital para pacientes internados, centro de maternidad)	Cubierto igual que el beneficio de hospitalización del plan	Cubierto igual que el beneficio de 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 marcan con un signo de intercalación (^). El deductible del plan siempre se aplica antes de los copagos/deductibles del beneficio.		
Planificación familiar		
Servicios para mujeres • Incluye dispositivos anticonceptivos ordenados o recetados por un médico y servicios de esterilización quirúrgica, como la ligadura de trompas (excluye reversiones)	El plan paga 100%	El plan paga 100%
Servicios para hombres • Incluye servicios de esterilización quirúrgica, como la vasectomía (excluye reversiones)	La cobertura varía según el Lugar de servicio	La cobertura varía según el Lugar de servicio
Infertilidad		
Tratamiento de infertilidad • Se proporcionará cobertura para el tratamiento de una afección médica subyacente hasta el momento en que se diagnostique una afección de infertilidad. Los servicios se cubrirán como cualquier otra enfermedad.		
Servicios de diálisis ambulatoria		
Servicios del médico/visita al consultorio	Cubierto igual que Servicios médicos - Visita al consultorio	Cubierto igual que Servicios médicos - Visita al consultorio
Servicios profesionales ambulatorios	Cubierto igual que el beneficio de Servicios profesionales ambulatorios del plan	Cubierto igual que el beneficio de Servicios profesionales ambulatorios del plan
Servicios de centro ambulatorio	Cubierto igual que el beneficio de Servicios de centro ambulatorio del plan	Cubierto igual que el beneficio de Servicios de centro ambulatorio del plan
Diálisis en el hogar **Nota:** Las visitas de diálisis no cuentan para el máximo de Atención médica domiciliaria	Cubierto igual que el beneficio de Atención médica domiciliaria del plan	Cubierto igual que el beneficio de Atención médica domiciliaria del plan
Otros centros/servicios de atención médica		
Atención médica domiciliaria	El plan paga 90% ^	El plan paga 70% ^
• Límite anual: 120 días (El límite no se aplica a las afecciones de salud mental y trastorno por consumo de sustancias.) • Máximo de 16 horas por día **Nota:** Incluye servicios ambulatorios de enfermería privada cuando se aprueban como médicamente necesarios		
Trasplantes de órganos		
Servicios de centro hospitalario para pacientes hospitalizados		
Centro de LifeSOURCE Transplant Network®	No aplica	El plan paga 100% ^
Otro centro	El plan paga 90% ^	El plan paga 70% ^
Servicios profesionales para pacientes hospitalizados		
Centro de LifeSOURCE Transplant Network®	No aplica	El plan paga 100% ^
Otro centro	El plan paga 90% ^	El plan paga 70% ^
• Máximo para viajes - Solo centros de Cigna LifeSOURCE Transplant Network®: Después de cumplir el deductible del plan, máximo de $10,000 por trasplante de por vida		
Equipo médico duradero • Límite anual: Ilimitado	El plan paga 90% ^	El plan paga 90% ^

©Cigna 2026

Beneficio	JPS Dentro de la red	Cigna Dentro de la red
Nota: Los servicios sujetos al deducible del plan se marcan con un signo de intercalación (^). El deducible del plan siempre se aplica antes de los copagos/deducibles del beneficio.		
Equipo y suministros para lactancia • Limitado al alquiler de un extractor de leche por nacimiento, según lo ordene o recete un médico • Incluye suministros relacionados	El plan paga 100%	El plan paga 100%
Aparatos protésicos externos (EPA) • Límite anual: Ilimitado • Incluye cobertura para prótesis controladas por microprocesador	El plan paga 90% ^	El plan paga 90% ^
Casco de remodelación craneal • Máximo de $3,800 por caso	El plan paga 90% ^	El plan paga 70% ^
Trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ) • Máximo de por vida ilimitado • Se proporciona de forma limitada y 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 visita al consultorio médico	No aplica	El plan paga 70% ^
Examen auditivo de rutina • Límite anual: Un examen	Cubierto igual que Servicios médicos - Visita al consultorio	Cubierto igual que Servicios médicos - Visita al consultorio
Acupuntura • Límite anual: 20 días	No aplica	Cubierto igual que Servicios médicos - Visita al consultorio
Salud mental y trastorno por consumo de sustancias		
Salud mental para pacientes hospitalizados	El plan paga 90% ^	El plan paga 90% ^
Salud mental ambulatoria – Consultorio del médico	El plan paga 90% ^	El plan paga 90% ^
Salud mental ambulatoria - Servicios de salud conductual de MDLIVE	No aplica	El plan paga 90% ^
Salud mental ambulatoria – Todos los demás servicios	El plan paga 90% ^	El plan paga 90% ^
Trastorno por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados	El plan paga 90% ^	El plan paga 90% ^
Trastorno por consumo de sustancias ambulatorio – Consultorio del médico	El plan paga 90% ^	El plan paga 90% ^
Trastorno por consumo de sustancias ambulatorio - Salud conductual de MDLIVE	No aplica	El plan paga 90% ^
Trastorno por consumo de sustancias ambulatorio – Todos los demás servicios	El plan paga 90% ^	El plan paga 90% ^

©Cigna 2026

Beneficio	JPS Dentro de la red	Cigna Dentro de la red
Nota: Los servicios sujetos al deducible del plan se marcan con un signo de intercalación (^). El deducible del plan siempre se aplica antes de los copagos/deducibles del beneficio.		
• La hospitalización incluye tratamiento hospitalario agudo y tratamiento residencial. • Ambulatorio - Consultorio del médico y Servicios de salud conductual de MDLIVE - puede incluir terapia individual, familiar y de grupo, psicoterapia, manejo de medicamentos, etc. • Ambulatorio - Todos los demás servicios - puede incluir hospitalización parcial, servicios ambulatorios intensivos, análisis de conducta aplicado (terapia ABA), etc. • Los servicios se pagan al 100% después de que usted alcance su máximo de desembolso personal. • Los servicios médicos cubiertos mencionados anteriormente que se reciban para diagnosticar o tratar una afección de salud mental o de trastorno por consumo de sustancias se pagarán de acuerdo con esta sección titulada “Salud mental y trastorno por consumo de sustancias.” Límites anuales: • Máximo ilimitado		
Revisión de utilización, administración de casos y programas de salud mental/trastorno por consumo de sustancias **Cigna Healthcare Enhanced Behavioral Health** • Revisión de utilización y administración de casos para pacientes hospitalizados • Revisión de utilización y administración de casos para pacientes ambulatorios • Hospitalización parcial • Programas ambulatorios intensivos • Manejo de terapia con narcóticos • Programa inMynd℠ - una solución integral y holística para ayudar a reconocer y encontrar recursos para tratar afecciones 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 sociales determinantes 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 especializados, suministro de hasta 30 días) • Entrega a domicilio – suministro de hasta 90 días (excepto especializados, suministro de hasta 30 días) • Los medicamentos especializados genéricos se cubren con el costo compartido de genéricos	**Cualquier farmacia 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):** Especializado: Usted paga 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 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):** Especializado: Usted paga 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):** Especializado: Usted paga 20% ^ (mínimo $150; máximo $450) **Entrega a domicilio (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, debe obtener una receta para 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 especializados se utilizan para tratar una enfermedad subyacente que se considera rara y crónica, como, entre otras, la esclerosis múltiple, la hepatitis C o la artritis reumatoide. Los medicamentos especializados 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 del medicamento de marca.
- El farmacéutico dispensará 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 máximo de desembolso personal con los beneficios médicos/de salud conductual. El costo compartido aplicable para los medicamentos cubiertos se aplica después de que se haya cumplido el deducible combinado.
- Si recibe un suministro de 34 días o menos por entrega a domicilio, el costo compartido de farmacia de entrega a domicilio se ajustará para reflejar un suministro de 30 días.
- Al usar 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 ayudarle, incluida Evernorth EnGuide℠ Pharmacy.

Medicamentos preventivos:
Los medicamentos preventivos exigidos por 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 Standard 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 suministros para diabéticos), enfermedades cardíacas y accidente cerebrovascular, presión arterial alta, malaria, prevención de migraña, antivirales diversos, obesidad, osteoporosis, dejar de fumar, vacunas

Medicamentos cubiertos

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

- Los inyectables autoadministrados están cubiertos.
- Los dispositivos y medicamentos anticonceptivos están cubiertos, y los productos exigidos por ley federal se cubren al 100%.
- Están cubiertos la insulina, las tiras reactivas de glucosa, las lancetas, las agujas y jeringas para insulina, y las plumas y cartuchos de insulina.
- Los medicamentos de estilo de vida están cubiertos - limitados a 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 rentables para la afección médica, que incluyen:

- Requisitos de autorización previa
- Terapia escalonada en ciertas clases de medicamentos y medicamentos nuevos en el mercado
- Límites de cantidad, incluidos controles de dosis diaria máxima, controles de cantidad en un período, controles de duración de la terapia y controles de optimización de dosis
- Controles por edad y controles de resurtido anticipado
- Controles de exclusiones del plan
- Su plan incluye funciones de administración de medicamentos especializados, como autorización previa y límites de cantidad, para garantizar la prescripción segura y el acceso a medicamentos especializados.
- Para los clientes con afecciones complejas que toman un medicamento especializado, ofreceremos los Centros de Recursos Terapéuticos (TRC) de Accredo para brindar asesoramiento sobre el medicamento especializado y la afección. Para los clientes que toman un medicamento especializado no dispensado por Accredo, los expertos de Cigna ofrecerán este importante asesoramiento sobre el medicamento especializado y la afección.

Información adicional

Administración de casos
Coordinado por Cigna HealthCare. Este es un servicio destinado a 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 rentable, 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 accidente cerebrovascular. El programa está cubierto por su plan de salud 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 utiliza 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 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 coseguro). 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 que el 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 Medicare Parte A y B 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 COBRA (cuyo seguro continúa por cualquier motivo), y que también es elegible para Medicare por edad o discapacidad;
(b) la pareja de hecho de un empleado que también es elegible para Medicare por edad;
(c) un empleado, un exempleado, el cónyuge dependiente y/o hijo(s) dependiente(s) de un empleado o exempleado, o un dependiente de un empleado, incluida una pareja de hecho, que sea 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 lo descrito, este plan pagará como plan secundario a Medicare Parte A y B **independientemente de si la persona está realmente inscrita en Medicare Parte A y/o Parte B, y de si busca o no atención con un proveedor de Medicare para servicios cubiertos por Medicare.**

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

Precertificación - Revisión de estancia continua - Administración de atención preferida para pacientes hospitalizados - requerida para todas las admisiones hospitalarias
Dentro de la red: Coordinado 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: Coordinado por su médico

La limitación por afecciones preexistentes (PCL) no se aplica.

Your Health First - 200
Las personas con una o más de las afecciones crónicas indicadas a la derecha pueden ser elegibles para recibir el siguiente tipo de apoyo:

- Manejo de afecciones
- 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 integral de salud para las siguientes afecciones crónicas:

- Enfermedad cardíaca
- Enfermedad de las arterias coronarias
- Angina
- 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

Coseguro - 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 denomina coseguro.
Copago - Una tarifa fija que usted paga por ciertos servicios cubiertos, como visitas al médico o recetas.
Deducible - Un monto fijo en dólares que debe pagar de su bolsillo antes de que su plan comience a pagar los servicios cubiertos.
Máximo de desembolso personal - Límites específicos del monto total que pagará de su bolsillo antes de que el porcentaje de coseguro 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 reciba los servicios. Por ejemplo, en las estancias hospitalarias, su cobertura se paga al nivel de hospitalización.
Lista de medicamentos recetados - La lista de medicamentos recetados de marca y genéricos cubiertos por su plan de farmacia.
Servicios profesionales - Servicios realizados por cirujanos, cirujanos asistentes, médicos que trabajan en hospitales, radiólogos, patólogos y anestesiólogos
Transición de la atención - Proporciona cobertura de salud dentro de la red a clientes nuevos cuando el médico del cliente no forma parte de la red de Cigna y existen razones clínicas aprobadas por las que 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 encuentra en su Certificado o Descripción resumida del plan. En la medida en que existan 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 afecciones de salud que, según la ley estatal o local, deben tratarse en un centro público.
- Atención que, según la ley estatal o federal, debe ser proporcionada por un sistema de escuelas públicas o un distrito escolar.
- Atención de discapacidades relacionadas con el 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 que no se le factura, o por los que no se le habría facturado si no estuvieran cubiertos por este plan. Por ejemplo, si Cigna determina que un proveedor o Farmacia renuncia, reduce o condona, o ha renunciado, reducido o condonado, cualquier parte de sus cargos y/o cualquier parte del monto de Copago, Deducible y/o Coseguro que usted debe pagar por un Gasto cubierto (según se indica en El Programa de beneficios) 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 Coseguro al que se renunció, que se condonó o que se 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 presente pruebas suficientes para Cigna de que usted ha realizado el(los) pago(s) de costo compartido requerido(s) 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 sea aplicable a los servicios recibidos.
- Cargos que surjan de cualquier violación de una ley estatal o federal relacionada con la atención médica, o que se relacionen con ella, 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, como, entre otras, comer, bañarse, vestirse u otros Servicios de custodia o actividades de autocuidado, servicios de ayuda doméstica y servicios principalmente para descanso, o atención domiciliaria o de convalecencia.
- Por servicios experimentales, de investigación o no comprobados, o en relación con ellos.
- Los servicios experimentales, de investigación y no comprobados son tecnologías, suministros, tratamientos, procedimientos, terapias con medicamentos o Biológicos, o dispositivos médicos, quirúrgicos, de diagnóstico, psiquiátricos, para trastornos por consumo de sustancias u otras tecnologías 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 correspondiente 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 afección o Enfermedad para la cual se propone su uso;

©Cigna 2026

Exclusiones

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

Para determinar si dichas tecnologías, suministros, tratamientos, terapias con medicamentos o 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 que mantiene 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 de los EE. UU., los compendios de referencia médica estándar y la literatura científica o las guías revisadas por pares y basadas en evidencia.

- Cirugía y terapias cosméticas. La cirugía o terapia cosmética se define como la cirugía o terapia realizada para mejorar o modificar la apariencia o la autoestima.
- Los siguientes servicios están excluidos de la cobertura independientemente de las indicaciones clínicas: digitopresión; terapia de baile; terapia de movimiento; kinesiología aplicada; rolfing; proloterapia; y litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL) para afecciones musculoesqueléticas y ortopédicas.
- Tratamiento dental de los dientes, las encías o las estructuras que sostienen directamente los dientes, incluidos rayos X dentales, exámenes, reparaciones, ortodoncia, periodoncia, moldes, férulas y servicios para la maloclusión dental, por cualquier afección. Sin embargo, se cubren los cargos por un tratamiento dental continuo por una Lesión en los dientes.
- Por servicios médicos y quirúrgicos, iniciales y repetidos, destinados al tratamiento o control de la obesidad, incluida la obesidad clínicamente grave (mórbida), incluidos: servicios médicos y quirúrgicos para modificar la apariencia o cambios físicos que sean resultado de cualquier cirugía realizada para el manejo de la obesidad o de la obesidad clínicamente grave (mórbida); y programas o tratamientos para bajar de peso, ya sean recetados o recomendados por un Médico o bajo supervisión médica.
- A menos que este plan los cubra de otro modo, por informes, evaluaciones, exámenes físicos u hospitalización no requeridos por motivos de salud, como, 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, el lavado, la preparación o el almacenamiento de esperma para inseminación artificial (incluidas las tarifas de donantes). También se excluye de la cobertura la criopreservación de esperma y óvulos de donantes.
- 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 implantes de pene), la anorgasmia y la eyaculación precoz.
- Atención médica y hospitalaria y costos para el hijo lactante de un Dependiente, a menos que dicho hijo lactante sea elegible de otro modo bajo este plan.
- Asesoramiento no médico y/o servicios auxiliares, como, entre otros, Servicios de custodia, servicios educativos, orientación vocacional, servicios de capacitación y rehabilitación, entrenamiento conductual, biorretroalimentación, neurorretroalimentación, hipnosis, terapia del sueño, servicios de reincorporación al trabajo, 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 rendimiento laboral, escolar, atlético o recreativo, incluida, entre otras, la atención de rutina, a largo plazo o de mantenimiento que se proporciona 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 "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 de recién nacidos, 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, como, entre otras, zapatos ortopédicos correctivos, soportes para el arco, medias elásticas, ligueros, corsés, dentaduras postizas y pelucas.
- Ayudas o dispositivos que asisten en la comunicación no verbal, como, entre otros, tableros de comunicación, dispositivos de voz 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 recetados no inyectables, a menos que se requiera la administración o supervisión de un Médico; los medicamentos recetados inyectables en la medida en que no requieran supervisión de un Médico y normalmente se consideren 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 recorte 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 están cubiertos cuando son Médicamente necesarios.
- Costos de membresía o tarifas asociados con clubes de salud, programas para bajar de peso y programas para dejar de fumar.
- Pruebas genéticas o pruebas genéticas previas a la implantación. Las pruebas genéticas basadas en la población general son un método de análisis que se realiza en ausencia de síntomas o de factores de riesgo significativos y comprobados de una enfermedad hereditaria de origen genético.
- Implantes dentales por cualquier afección.
- Tarifas asociadas con la recolección o donación de sangre o productos sanguíneos, excepto la donación autóloga en previsión de servicios programados cuando, en opinión del Médico de revisión de utilización, la probabilidad de una pérdida excesiva de sangre sea tal que se espere una transfusión como complemento de la cirugía.
- Administración de sangre con el fin de lograr una mejoría general de la condición física.
- Costo de productos biológicos que sean vacunas o medicamentos con fines de viaje, o para proteger contra peligros y riesgos laborales.
- 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 una Lesión o Enfermedad que surja de cualquier empleo remunerado o con fines de lucro, o en el curso de este, o en relación con ellos.
- 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 proporcionen 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 exigidos por su estado, consulte el certificado de seguro, el acuerdo de servicio o la descripción resumida del plan de su empleador: los documentos oficiales del plan. Si existe 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 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:

- Ofrece 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)
- Ofrece 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 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 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