

RESUMEN DE BENEFICIOS

Cigna Health and Life Insurance Co.
Para: Goodwill of Central and Northern Arizona
Choice Fund Open Access Plus HRA Plan
Option 7 Broad OAP \$3500 - Banner, Honor Health, Dignity y Abrazo
Fecha de entrada en vigor: 1 de enero de 2025



Selección de un proveedor de cuidado primario: Es posible que su plan le exija o le permita designar a un proveedor de cuidado primario. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de cuidado primario que participe en la red, y que pueda aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Si su plan le exige que designe a un proveedor de cuidado primario, Cigna podrá designar uno por usted hasta que usted efectúe la designación correspondiente. Para obtener información sobre cómo seleccionar a un proveedor de cuidado primario y para ver una lista de los proveedores de cuidado primario participantes, visite www.mycigna.com o comuníquese con Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de ID. Para sus hijos, puede designar a un pediatra como el proveedor de cuidado primario.

Acceso directo a obstetras y ginecólogos: No necesita autorización previa del plan ni de ninguna otra persona (como un proveedor de cuidado primario) para acceder a la atención obstétrica o ginecológica brindada por un profesional de cuidado de la salud de nuestra red, especializado en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de cuidado de la salud deba cumplir con determinados procedimientos, como obtener autorización previa para algunos servicios, seguir un plan de tratamiento previamente aprobado o procedimientos para efectuar referencias. Para obtener una lista de los profesionales de cuidado de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, visite www.mycigna.com o comuníquese con Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de ID.

Salud del Comportamiento para residentes de NM: Sin cargo para diagnósticos de salud mental, salud del comportamiento o trastornos de consumo de sustancias dentro de la red exigidos por el estado.

Aviso para residentes de Missouri exigido por RSMo 376.1199.6: Este plan ha adquirido una cláusula adicional opcional para cubrir los abortos provocados. La persona inscrita tiene derecho a excluirse de la cobertura de abortos provocados y no pagar por ella si dicha cobertura es contraria a la moral, la ética o las creencias religiosas de dicha persona.

Aviso para residentes de Oklahoma según 63 Okl. St. § 1-741.3: Este plan ha adquirido una cláusula adicional opcional para cubrir los abortos provocados. La persona inscrita tiene derecho a excluirse del plan y no pagar la cobertura de abortos provocados.

Aviso para residentes de Texas según el Cód. de Seguros de Texas §1218.001 y otros: Este plan ha adquirido una cláusula adicional opcional para cubrir los abortos provocados. La persona inscrita tiene derecho a excluirse del plan y no pagar la cobertura de abortos provocados.

Su empleador ha establecido una cuenta de reembolso de salud que usted puede utilizar para pagar los gastos de desembolso que cumplan con los requisitos durante el año calendario.

Aporte del empleador

Empleado: \$800
Grupo familiar: \$1,600

Aspectos principales del plan

Dentro de la red

Fuera de la red

Máximo de por vida	Ilimitado	Ilimitado
Acumulación por año del plan	Los deducibles, desembolsos máximos y límites de niveles de beneficios de su plan se acumulan por año calendario, a menos que se indique lo contrario. Además, todas las cantidades máximas del plan y las cantidades máximas por servicios específicos (costo e incidencia) se acumulan entre sí entre Dentro y Fuera de la red, a menos que se indique lo contrario.	
Coseguro del plan	El plan paga el 80%	El plan paga el 60%
Cargo máximo reembolsable	No corresponde	110%

01/01/2025

AZ

Choice Fund Health Reimbursement Account (HRA) Open Access Plus - Option 7 Broad OAP \$3500 - Banner, Honor Health, Dignity y Abrazo
AZBENSUM-ER

Aspectos principales del plan		Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible del plan		Individual: \$3,500 Grupo familiar: \$7,000	Individual: \$7,000 Grupo familiar: \$14,000
- Solo la cantidad que pague por gastos cubiertos dentro de la red cuenta para su deducible dentro de la red. Solo la cantidad que pague por gastos cubiertos fuera de la red cuenta para su deducible fuera de la red. - Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible y el coseguro del plan. - Los miembros de la familia deben cumplir únicamente con su deducible individual y luego sus reclamos estarán cubiertos por el coseguro del plan; si se cumple con el deducible del grupo familiar antes de cumplir con el deducible individual, sus reclamos se pagarán con el coseguro del plan. - Este plan incluye un deducible combinado del plan médico y de farmacia. - Los medicamentos y productos preventivos dentro de la red, tanto genéricos como de marca preferida, incluidos en el Paquete Preventive Plus no estarán sujetos al deducible. Esto puede aplicarse a medicamentos para tratar: asma, reducción del colesterol, depresión, diabetes (incluidos los suministros para la diabetes y los suministros para monitores de glucosa continuos), enfermedades cardíacas y derrames cerebrales, presión arterial alta, osteoporosis, abandono del consumo de tabaco y vitaminas prenatales.			
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^).			
Desembolso máximo del plan		Individual: \$6,000 Grupo familiar: \$12,000	Individual: \$12,000 Grupo familiar: \$24,000
- Solo la cantidad que pague por gastos cubiertos dentro de la red cuenta para su desembolso máximo dentro de la red. Solo la cantidad que pague por gastos cubiertos fuera de la red cuenta para su desembolso máximo fuera de la red. - El deducible del plan cuenta para su desembolso máximo. - Todos los copagos/deducibles de los beneficios cuentan para su desembolso máximo. - Los gastos cubiertos que cuentan para su desembolso máximo incluyen el coseguro pagado por el cliente y los cargos por servicios de salud mental y para trastornos de consumo de sustancias. Las multas por falta de cumplimiento fuera de la red o los cargos que exceden el Cargo máximo reembolsable no cuentan para el desembolso máximo. - Una vez que cada miembro de la familia que cumpla con los requisitos alcance su desembolso máximo individual, el plan pagará el 100% de sus gastos cubiertos. O bien, una vez que se haya alcanzado el desembolso máximo del grupo familiar, el plan pagará el 100% de los gastos cubiertos de cada miembro de la familia que cumpla con los requisitos. - Este plan incluye un desembolso máximo combinado del plan médico y de farmacia.			
Beneficio		Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.			
Servicios del médico: visitas al consultorio			
Servicios del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)/Visita al consultorio		El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios del médico especialista/Visita al consultorio		El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
NOTA: Las visitas a obstetras y ginecólogos están sujetas al costo compartido que corresponda a un PCP o Especialista según el contrato que el proveedor tenga con Cigna (es decir, como PCP o como Especialista).			
Cirugía hecha en el consultorio del médico		Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Tratamiento/inyecciones para alergias y suero para las alergias Suero para las alergias administrado por el médico en el consultorio		Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio

01/01/2025

AZ

Choice Fund Health Reimbursement Account (HRA) Open Access Plus - Option 7 Broad OAP \$3500 - Banner, Honor Health, Dignity y Abrazo
AZBENSUM-ER

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.		
Atención virtual		
Proveedores virtuales exclusivos - MDLIVE		
Servicios de atención virtual de urgencia de MDLIVE	El plan paga el 80% ^	Sin cobertura
Servicios de cuidado primario de MDLIVE	El plan paga el 80% ^	Sin cobertura
Servicios de cuidado especializado de MDLIVE	El plan paga el 80% ^	Sin cobertura
- El costo compartido del cuidado primario se aplica al cuidado de rutina. Los exámenes de bienestar virtuales son pagaderos en virtud del beneficio de cuidado preventivo. - Para los servicios de salud del comportamiento de MDLIVE, consulte la sección Trastornos de salud mental y de consumo de sustancias (más adelante). - Los servicios de laboratorio relacionados con una visita virtual deben obtenerse a través de laboratorios exclusivos. - Incluye cargos por la prestación de servicios médicos y relacionados con la salud y por consultas a proveedores virtuales exclusivos que sean médicamente apropiadas, mediante el uso de tecnologías de audio, video y tecnologías basadas en Internet seguras.		
Servicios del médico virtuales: visitas al consultorio		
Servicios del médico de cuidado primario (PCP)/Visita al consultorio	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios del médico especialista/Visita al consultorio	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
- Los médicos pueden prestar servicios en forma virtual que son pagaderos en virtud de otros beneficios (por ejemplo, cuidado preventivo, servicios de terapia para pacientes ambulatorios). - Incluye cargos por la prestación de servicios médicos y relacionados con la salud y por consultas que sean médicamente apropiadas, mediante el uso de tecnologías de audio, video y tecnologías basadas en Internet seguras, que son similares a los servicios de las visitas al consultorio que se brindan en persona.		
NOTA: Las visitas a obstetras y ginecólogos están sujetas al costo compartido que corresponda a un PCP o Especialista según el contrato que el proveedor tenga con Cigna (es decir, como PCP o como Especialista).		
Clínica de acceso fácil		
Clínica de acceso fácil	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Cuidado preventivo		
Cuidado preventivo	El plan paga el 100%	PCP: El plan paga el 60% ^ Especialista: El plan paga el 60% ^
- Incluye la cobertura de servicios adicionales, como análisis de orina, ECG y otros análisis de laboratorio, que suplementan el beneficio de Cuidado preventivo estándar cuando se facturen como parte de la visita al consultorio. - Límite anual: Ilimitado.		
Vacunas	El plan paga el 100%	PCP: El plan paga el 60% ^ Especialista: El plan paga el 60% ^
Mamografías, exámenes de Papanicolaou y pruebas de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés)	El plan paga el 100%	Misma cobertura que la de otros servicios de radiografías y laboratorio, según el lugar del servicio
- La cobertura incluye los servicios profesionales para pacientes ambulatorios preventivos asociados. - Los servicios relacionados con el diagnóstico están cubiertos en el mismo nivel de beneficios que otros servicios de radiografías y laboratorio, según el lugar del servicio.		

01/01/2025

AZ

Choice Fund Health Reimbursement Account (HRA) Open Access Plus - Option 7 Broad OAP \$3500 - Banner, Honor Health, Dignity y Abrazo
AZBENSUM-ER

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.		
Pacientes hospitalizados		
Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Nota: Incluye todos los servicios de laboratorio y radiología, incluidas las imágenes radiológicas avanzadas y los medicamentos de especialidad con fines médicos.		
Visitas o consultas al médico del hospital como paciente internado	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios profesionales para pacientes internados	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiistas.		
Pacientes ambulatorios		
Servicios en centros para pacientes ambulatorios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios profesionales para pacientes ambulatorios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesiistas.		
Servicios de emergencia		
Sala de emergencias Incluye servicios profesionales, y servicios de radiografías y/o laboratorio realizados en la Sala de emergencias y facturados por el centro como parte de la visita por una emergencia.	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 80% ^
Centro de cuidado de urgencia Incluye servicios profesionales, y servicios de radiografías y/o laboratorio realizados en el Centro de cuidado de urgencia y facturados por el centro como parte de la visita de cuidado de urgencia.	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Ambulancia	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 80% ^
Los servicios de ambulancia utilizados como transporte que no sea de emergencia (p. ej., regreso del hospital al hogar) generalmente no están cubiertos.		
Servicios para pacientes internados en otros centros de cuidado de la salud		
Centro de cuidados especiales, hospital de rehabilitación, centros para afecciones subagudas Límite anual: 60 días.	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios de laboratorio		
Servicios del médico/Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Laboratorio independiente	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Centro para pacientes ambulatorios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios de radiología		
Servicios del médico/Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Centro para pacientes ambulatorios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^

01/01/2025

AZ

Choice Fund Health Reimbursement Account (HRA) Open Access Plus - Option 7 Broad OAP \$3500 - Banner, Honor Health, Dignity y Abrazo
AZBENSUM-ER

Beneficio	Dentro de la red		Fuera de la red
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.			
Imágenes radiológicas avanzadas (ARI, por sus siglas en inglés)	Incluye resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés), angiografías por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), tomografías computarizadas (CAT, por sus siglas en inglés) y tomografías por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés), etc.		
Centro para pacientes ambulatorios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	
Servicios del médico/Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	
Servicios de terapia para pacientes ambulatorios			
Terapia para pacientes ambulatorios y servicios quiroprácticos	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	
Límites anuales: - Todas las terapias combinadas; incluye atención quiropráctica, terapia cognitiva, terapia ocupacional, fisioterapia, rehabilitación pulmonar y terapia del habla: 60 días. - Los límites no se aplican a afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.			
Nota: Los días de terapia, proporcionados como parte de un plan de cuidado de la salud en el hogar aprobado, se acumulan para el máximo de servicios de tratamiento ambulatorio aplicable.			
Manipulación de la columna vertebral y servicios en caso de subluxación	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	
Límite anual: Manipulación de la columna vertebral y servicios en caso de subluxación: Sin límite de días.			
Servicios de rehabilitación cardíaca	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	
Límite anual: Rehabilitación cardíaca: 36 días.			
Atención de enfermos terminales			
Centros para pacientes internados	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	
Servicios para pacientes ambulatorios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^	
Nota: Incluye la asesoría por duelo cuando forma parte de un programa para enfermos terminales.			
Asesoría por duelo (para servicios no prestados como parte de un programa para enfermos terminales)			
Servicios proporcionados por un profesional de la salud mental	Cubiertos por el beneficio de salud mental	Cubiertos por el beneficio de salud mental	

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.		
Medicamentos o productos farmacéuticos médicos		
Productos farmacéuticos médicos de Cigna Pathwell Specialty SM	Red de Cigna Pathwell Specialty SM : El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Otros productos farmacéuticos médicos	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Nota: Este beneficio se aplica únicamente al costo de los medicamentos o productos farmacéuticos médicos que se administren. Los cargos relacionados del centro, la visita al consultorio o el profesional están cubiertos según el diseño del plan.		
Maternidad		
Visita inicial para confirmar el embarazo	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Todas las visitas prenatales posteriores, visitas posnatales y los cargos de parto del médico (tarifa total de maternidad)	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Visitas al consultorio además de la tarifa total de maternidad (prestadas por un obstetra/ginecólogo o Especialista)	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio
Parto: Centro (Hospital para pacientes internados, Centro de maternidad)	Misma cobertura que la del beneficio de Hospital para pacientes internados del plan	Misma cobertura que la del beneficio de Hospital para pacientes internados del plan
Aborto		
Servicios relacionados con un aborto	La cobertura varía según el lugar del servicio.	La cobertura varía según el lugar del servicio.
Nota: Procedimientos provocados y no provocados.		
Planificación familiar		
Servicios para mujeres	El plan paga el 100%	La cobertura varía según el lugar del servicio.
Incluye dispositivos anticonceptivos según lo indique o recete un médico y los servicios de esterilización quirúrgica, como la ligadura de las trompas (no incluye la reversión).		
Servicios para hombres	La cobertura varía según el lugar del servicio.	La cobertura varía según el lugar del servicio.
Incluye servicios de esterilización quirúrgica, como la vasectomía (no incluye la reversión).		
Infertilidad		
Tratamiento para la infertilidad	La cobertura varía según el lugar del servicio.	La cobertura varía según el lugar del servicio.
Servicios de infertilidad cubiertos: exámenes de laboratorio y radiología, asesoría, tratamiento quirúrgico, incluye inseminación artificial y no incluye fertilización <i>in vitro</i> , transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés), transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), etc.		

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.		
Otros centros/servicios de cuidado de la salud		
Cuidado de la salud en el hogar Límite anual: Ilimitado. Nota: Incluye los servicios de una enfermera privada para pacientes ambulatorios cuando se aprueban como médicamente necesarios.	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Trasplantes de órganos		
Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados		
Centro de LifeSOURCE	El plan paga el 100%	No corresponde
Centro que no sea de LifeSOURCE	Misma cobertura que la del beneficio de Hospital para pacientes internados del plan	Misma cobertura que la del beneficio de Hospital para pacientes internados del plan
Servicios profesionales para pacientes internados		
Centro de LifeSOURCE	El plan paga el 100%	No corresponde
Centro que no sea de LifeSOURCE	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios profesionales para pacientes internados del plan	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios profesionales para pacientes internados del plan hasta los siguientes máximos por trasplante: Médula ósea: \$130,000 Corazón: \$150,000 Corazón/pulmón: \$185,000 Riñón: \$80,000 Riñón/páncreas: \$80,000 Hígado: \$230,000 Pulmón: \$185,000 Páncreas: \$50,000
Máximo para viajes - Centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network® únicamente: máximo ilimitado por trasplante de por vida.		
Equipo médico duradero Límite anual: Ilimitado.	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Equipos y suministros para la lactancia - Limitados al alquiler de un sacaleches por nacimiento según lo indique o recete un médico. - Incluye los suministros relacionados.	El plan paga el 100%	El plan paga el 60% ^
Aparatos protésicos externos (EPA, por sus siglas en inglés) Límite anual: Ilimitado.	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Cuidado de rutina de los pies	Sin cobertura	Sin cobertura
Nota: Los servicios asociados con el cuidado de los pies en los casos de diabetes y enfermedad vascular periférica están cubiertos cuando se aprueban como servicios médicamente necesarios.		
Acupuntura Límite anual: 20 días.	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio

01/01/2025

AZ

Choice Fund Health Reimbursement Account (HRA) Open Access Plus - Option 7 Broad OAP \$3500 - Banner, Honor Health, Dignity y Abrazo
AZBENSUM-ER

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de los beneficios se aplican siempre antes del deducible del plan.		
Trastornos de salud mental y de consumo de sustancias		
Servicios de salud mental para pacientes internados	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios – Consultorio del médico	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios – Servicios de salud del comportamiento de MDLIVE	El plan paga el 80% ^	Sin cobertura
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes internados	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios – Consultorio del médico	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios – Servicios de salud del comportamiento de MDLIVE	El plan paga el 80% ^	Sin cobertura
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios	El plan paga el 80% ^	El plan paga el 60% ^
Límites anuales: - Máximo ilimitado. Notas: “Pacientes internados” incluye el tratamiento residencial y agudo para pacientes internados. “Pacientes ambulatorios – Consultorio del médico y Servicios de salud del comportamiento de MDLIVE” puede incluir terapia individual, familiar y grupal, psicoterapia, manejo de medicamentos, etc. “Pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios” puede incluir hospitalización parcial, servicios intensivos para pacientes ambulatorios, terapia de análisis conductual aplicado (ABA, por sus siglas en inglés), etc. - Los servicios se pagan en un 100% una vez que alcance su desembolso máximo. Nota importante sobre la cobertura para trastornos de salud mental y de consumo de sustancias: Los servicios médicos cubiertos mencionados arriba, que se reciben para diagnosticar o tratar una afección mental o un trastorno de consumo de sustancias, se pagarán de acuerdo con la sección titulada “Trastornos de salud mental y de consumo de sustancias”.		
Revisión de la utilización, administración de casos y programas para trastornos de salud mental y de consumo de sustancias		
Cigna Total Behavioral Health – Administración para pacientes internados y ambulatorios - Revisión de la utilización y administración de casos para pacientes internados - Revisión de la utilización y administración de casos para pacientes ambulatorios - Hospitalización parcial - Programas intensivos para pacientes ambulatorios - Programa Changing Lives by Integrating Mind and Body (Cambiando vidas a través de la integración de la mente y el cuerpo) - Programas de control del estilo de vida: de control del estrés, para dejar el tabaco y de control del peso - Administración de terapia de narcóticos - Programa inMyndSM: una solución holística integral que ayuda a reconocer afecciones de la salud del comportamiento y a encontrar recursos para tratarlas		

01/01/2025

AZ

Choice Fund Health Reimbursement Account (HRA) Open Access Plus - Option 7 Broad OAP \$3500 - Banner, Honor Health, Dignity y Abrazo
AZBENSUM-ER

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Parte del costo que le corresponde y suministro		
Parte del costo por Cigna Pharmacy - Farmacia minorista: suministro para un máximo de 90 días (salvo medicamentos de especialidad, que tienen un suministro máximo de 30 días). - Entrega a domicilio: suministro para un máximo de 90 días (salvo medicamentos de especialidad, que tienen un suministro máximo de 30 días).	Farmacia minorista (por suministro para 30 días): Genéricos: Usted paga \$15 ^ De marca preferida: Usted paga \$50 ^ De marca no preferida: Usted paga \$100 ^ Especialidad: Usted paga \$150 ^ Farmacia minorista (por suministro para 90 días): Genéricos: Usted paga \$38 ^ De marca preferida: Usted paga \$125 ^ De marca no preferida: Usted paga \$250 ^ Entrega a domicilio (por suministro para 90 días): Genéricos: Usted paga \$38 ^ De marca preferida: Usted paga \$125 ^ De marca no preferida: Usted paga \$250 ^ Entrega a domicilio (por suministro para 30 días): Especialidad: Usted paga \$375 ^	Farmacia minorista: Usted paga el 50% ^ Su plan paga el 50% ^ Entrega a domicilio: Sin cobertura
Cigna 90 Now CVS: Los medicamentos al por menor por un suministro para 30 días pueden obtenerse dentro de la red en una amplia selección de farmacias de todo el país. No obstante, las recetas para un suministro para 90 días (como en el caso de medicamentos de mantenimiento) estarán disponibles en determinadas farmacias de la red. Walgreens se considerará una farmacia fuera de la red para suministros para 90 días. - Programa Cigna 90 Now: Usted puede optar por que le despachen sus medicamentos en suministros para 30 o 90 días. Si opta por que le despachen una receta para 30 días, podrá ir a cualquier farmacia minorista de la red o farmacia de entrega a domicilio de la red. Si opta por que le despachen una receta para 90 días, deberá ir a una farmacia minorista con despacho para 90 días de la red o farmacia de entrega a domicilio de la red para que el plan cubra el medicamento. - Los medicamentos de especialidad son medicamentos que se usan para tratar una enfermedad subyacente que se considera poco frecuente y crónica, como por ejemplo, la esclerosis múltiple, la hepatitis C o la artritis reumatoide. Los medicamentos de especialidad pueden incluir medicamentos de alto costo, además de medicamentos que pueden requerir una manipulación especial y una minuciosa supervisión durante su administración. - Si el paciente solicita un medicamento de marca, paga el costo compartido del medicamento de marca más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico, hasta cubrir el costo del medicamento de marca (a menos que el médico indique "Dispense As Written", DAW, que significa "Despachar según lo indicado"). - Sus beneficios de farmacia comparten un deducible anual y un desembolso máximo con los beneficios médicos/de salud del comportamiento. El costo compartido aplicable para los medicamentos cubiertos se aplica una vez que se alcanzó el deducible combinado.		
Medicamentos preventivos: Los medicamentos preventivos exigidos por la legislación federal no estarán sujetos al deducible y se proporcionarán sin cargo. Además, los medicamentos y productos preventivos genéricos y de marca preferida dentro de la red incluidos en el Paquete Preventive Plus no estarán sujetos al deducible y se proporcionarán sin cargo. Esto puede aplicarse a medicamentos para tratar: asma, reducción del colesterol, depresión, diabetes (incluidos los suministros para la diabetes y los suministros para monitores de glucosa continuos), enfermedades cardíacas y derrames cerebrales, presión arterial alta, osteoporosis, abandono del consumo de tabaco y vitaminas prenatales.		

01/01/2025

AZ

Choice Fund Health Reimbursement Account (HRA) Open Access Plus - Option 7 Broad OAP \$3500 - Banner, Honor Health, Dignity y Abrazo
 AZBENSUM-ER

Medicamentos cubiertos

Lista de medicamentos con receta:

La Lista de medicamentos con receta Standard de Cigna incluye una selección completa de medicamentos que incluye todos los medicamentos exigidos en virtud de las leyes de cuidado de la salud aplicables. Para consultar los medicamentos que incluye su plan, inicie sesión en myCigna.com.

Algunas características importantes:

- La cobertura incluye medicamentos inyectables autoadministrados y medicamentos inyectables opcionales, pero no incluye medicamentos para tratar la infertilidad.
- Los dispositivos y los medicamentos anticonceptivos están cubiertos, y los productos exigidos por la legislación federal están cubiertos en un 100%.

Información sobre el programa de farmacia

Revisión clínica de servicios de farmacia: Essential

Su plan incluye programas y revisiones de gestión de medicamentos para garantizar la emisión segura de recetas y el acceso a medicamentos que se haya comprobado que son los más confiables y menos costosos para la afección médica que corresponda, tales como:

- Requisitos de autorización previa.
- Tratamiento escalonado para determinadas clases de medicamentos y drogas que recién hayan ingresado al mercado.
- Límites de cantidad, incluidas revisiones de dosis diaria máxima, revisiones de cantidad en el tiempo, revisiones de duración del tratamiento y revisiones de optimización de la dosis.
- Revisiones de edad y revisiones de renovación temprana.
- Revisiones de exclusión del plan.
- Los usuarios actuales de medicamentos sujetos a Tratamiento escalonado podrán despachar un suministro para 30 días durante los primeros tres meses de cobertura antes de que se aplique el programa de Tratamiento escalonado.
- Su plan incluye componentes de gestión de medicamentos de especialidad, tales como autorización previa y límites de cantidad, para garantizar la emisión segura de recetas y el acceso a medicamentos de especialidad.
- Para los clientes que tienen afecciones complejas y que toman medicamentos de especialidad, ofreceremos la ayuda de los Centros de Recursos Terapéuticos (TRC, por sus siglas en inglés) Accredito para que proporcionen los medicamentos de especialidad y el asesoramiento sobre la afección. Para los clientes que toman un medicamento de especialidad que no despacha Accredito, los expertos de Cigna se encargarán de proporcionar el medicamento de especialidad y el asesoramiento sobre la afección.

Patient Assurance Program

Su plan incluye el programa Patient Assurance Program, que exime del pago del deducible y reduce la cantidad que usted debe por determinados medicamentos que se usan para tratar afecciones crónicas incluidas en el programa. Además:

- Cualquier cantidad que pague por estos medicamentos cuenta para alcanzar su deducible y también su desembolso máximo.
- Cualquier descuento proporcionado por un fabricante de productos farmacéuticos por estos medicamentos cuenta para alcanzar su deducible y también su desembolso máximo.

Información adicional

Administración de Casos

Coordinado por Cigna HealthCare. Este es un servicio diseñado para prestar ayuda a un paciente que esté en riesgo de desarrollar complicaciones médicas o para quien un incidente de salud haya precipitado una necesidad de rehabilitación o de apoyo de cuidado de la salud adicional. El programa intenta alcanzar un equilibrio entre una atención de calidad y económica, a la vez que se aumenta al máximo la calidad de vida del paciente.

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 diabetes, así como riesgos para la salud que podrían provocar una enfermedad cardíaca o un derrame cerebral. El programa está cubierto por su plan de salud en el nivel preventivo, al igual que su visita de bienestar. Quienes participen en el programa tienen acceso a un asesor médico virtual profesional, un grupo de apoyo en línea, clases interactivas y una balanza con tecnología inteligente. El programa le ayudará a hacer pequeños cambios en los hábitos de alimentación, actividad y sueño y en el nivel de estrés para lograr bajar de peso de manera saludable, a lo largo de una serie de 16 clases semanales y mediante herramientas para ayudarle a no volver a subir. También se le ofrecerá la oportunidad de inscribirse en un gimnasio por una cuota mensual baja y sin matrícula de inscripción.

01/01/2025

AZ

Choice Fund Health Reimbursement Account (HRA) Open Access Plus - Option 7 Broad OAP \$3500 - Banner, Honor Health, Dignity y Abrazo
AZBENSUM-ER

Información adicional

Programa de oncología integral - Asistencia para administración de la atención - Administración de Casos	Incluido
Healthy Pregnancies/Healthy Babies - Asistencia para administración de la atención - Administración de casos para servicios de maternidad - Administración de casos para servicios neonatales	\$150 (1.º trimestre)/\$75 (2.º trimestre) – Opción 3

Cargo máximo reembolsable

El gasto cubierto permitido para servicios fuera de la red se basa en la cantidad que resulte menor entre el cargo normal del profesional de cuidado de la salud por un servicio similar o un porcentaje de una tabla de tarifas (110%) elaborada por Cigna que se basa en una metodología similar a una usada por Medicare para determinar la tarifa permitida para el mismo servicio o un servicio similar en un área geográfica. En algunos casos, la tabla de tarifas basada en Medicare no se usará y el cargo máximo reembolsable por los servicios cubiertos se basará en la cantidad que resulte menor entre el cargo normal del profesional de cuidado de la salud por un servicio similar, o un percentil (80) de los cargos cobrados por los profesionales de cuidado de la salud que ofrecen ese servicio o suministro en el área geográfica donde se reciba. Si no se dispone de suficientes datos sobre cargos en la base de datos para esa área geográfica a fin de determinar el cargo máximo reembolsable, podrán usarse los datos incluidos en la base de datos para un servicio similar. Los servicios fuera de la red están sujetos a un deducible por año calendario y a las limitaciones del cargo máximo reembolsable.

Cargos por servicios de emergencia fuera de la red

- Los servicios de emergencia están cubiertos en el nivel de los costos compartidos dentro de la red según lo exigido por la ley estatal o federal aplicable si se reciben a través de un proveedor no participante (fuera de la red).
- La cantidad permitida que se usa para determinar el pago de beneficios del plan por servicios de emergencia cubiertos prestados en un hospital fuera de la red, o por un proveedor fuera de la red en un hospital dentro de la red, es la cantidad acordada por el proveedor fuera de la red y Cigna, o según lo exigido por la ley estatal o federal aplicable.

El miembro es responsable de las cantidades de costo compartido dentro de la red aplicables (el deducible, copago o coseguro que corresponda). El miembro no es responsable de los cargos incurridos que superen la cantidad permitida. Si el proveedor fuera de la red le factura una cantidad superior a la que usted debe según lo que se indica en la Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés), comuníquese con Servicio al Cliente de Cigna al número de teléfono que aparece en su tarjeta de ID.

Coordinación con Medicare

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

- un expleado, como un jubilado, un expleado incapacitado, el cónyuge dependiente y/o el hijo o los hijos dependientes de un expleado, o una persona que tenga la continuación en virtud de COBRA (cuyo seguro continúe por algún motivo), y que cumpla con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare debido a la edad o a una incapacidad;
- un empleado, un expleado, el cónyuge dependiente y/o el hijo o los hijos dependientes de un empleado o un expleado, el dependiente de un empleado, que cumpla con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare debido a una enfermedad renal terminal, después de que esa persona haya cumplido con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare durante 30 meses.

Cuando una persona cumpla con los requisitos para las Partes A y B de Medicare según lo descrito arriba, este plan pagará como Plan secundario de las Partes A y B de Medicare **independientemente de si la persona efectivamente está inscrita en la Parte A y/o la Parte B de Medicare e independientemente de si la persona solicita atención en un proveedor de Medicare o no para recibir servicios cubiertos por Medicare.**

Reducción por cirugía múltiple

Las cirugías múltiples realizadas en una sola sesión quirúrgica obtendrán un descuento del 50% en el pago de la cirugía de menor costo. El procedimiento más costoso se paga como cualquier otra cirugía.

01/01/2025

AZ

Choice Fund Health Reimbursement Account (HRA) Open Access Plus - Option 7 Broad OAP \$3500 - Banner, Honor Health, Dignity y Abrazo
AZBENSUM-ER

Información adicional

One Guide

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

Equipo Personal de Salud Prémium

El Equipo Personal de Salud Prémium es un programa de prestación de servicios exclusivo e integrado que usa el modelo de un único asesor médico. Las principales funciones incluyen:

- Administración de casos a corto plazo y complejos
- Defensa de los derechos de los pacientes internados
- Contacto previo a la admisión
- Contacto después del alta
- Contacto con la Línea de Información sobre la Salud atendida las 24 horas

Centro de cuidado - N/C

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

Dentro de la red: coordinado por su médico.

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

- Se aplica una multa de \$500 a los cargos hospitalarios como paciente internado si no se comunica con Cigna Healthcare para precertificar la admisión.
- Los beneficios se denegarán por cualquier admisión revisada por Cigna Healthcare que no esté certificada.
- Los beneficios se denegarán por cualquier día adicional no certificado por Cigna Healthcare.

Certificación previa – Preferred Care Management – Autorización previa para pacientes ambulatorios: se requiere para determinados procedimientos y pruebas de diagnóstico de pacientes ambulatorios.

Dentro de la red: coordinado por su médico.

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

- Se aplica una multa de \$500 a los cargos de procedimientos/pruebas de diagnóstico de pacientes ambulatorios si no se comunica con Cigna Healthcare para precertificar la admisión.
- Los beneficios se denegarán por cualquier procedimiento/prueba de diagnóstico de pacientes ambulatorios que revise Cigna Healthcare y no esté certificado/a.

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

Solución de bienestar: Core

- Evaluación de la salud
- Integración de dispositivos/aplicaciones
- Contenido en línea personalizado y acciones basadas en datos
- Conexiones sociales

Información adicional

Your Health First - 200

Es posible que las personas con una o más de las afecciones crónicas identificadas a la derecha cumplan con los requisitos para recibir el siguiente tipo de apoyo:

- Control de afecciones
- Cumplimiento con la medicación
- Control de factores de riesgo
- Problemas relacionados con el estilo de vida
- Problemas relacionados con la salud y el bienestar
- Antes y después de la admisión
- Apoyo para tomar decisiones con respecto a un tratamiento
- Brechas en la atención

Apoyo holístico para las siguientes afecciones médicas crónicas:

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

Definiciones

Coseguro: Una vez que haya alcanzado su deducible, usted y su plan comparten algunos de sus costos médicos. La parte de los gastos cubiertos de la cual usted es responsable se denomina coseguro.

Copago: Una tarifa fija que usted paga por determinados servicios cubiertos, como las visitas al médico o las recetas.

Deducible: Cantidad fija en dólares que usted debe pagar de su bolsillo antes de que el plan comience a pagar los servicios cubiertos.

Desembolso máximo: Límites específicos a la cantidad total que pagará de su bolsillo antes de que deje de aplicarse el porcentaje de coseguro de su plan. Una vez que alcance estas cantidades máximas, su plan pagará el 100% de los “Cargos máximos reembolsables” o las tarifas negociadas por los servicios cubiertos.

Lugar del servicio: Su plan paga en función del lugar donde recibe los servicios. Por ejemplo, para estadías en un hospital, su cobertura se paga como paciente internado.

Lista de medicamentos con receta: La lista de medicamentos de marca y genéricos con receta que están cubiertos por su plan de farmacia.

Servicios profesionales: Servicios prestados por cirujanos, cirujanos auxiliares, médicos de hospitales, radiólogos, patólogos y anestesiistas.

Transición de la atención: Brinda cobertura de salud dentro de la red a nuevos clientes cuando el médico del cliente no es parte de la red de Cigna y existen razones clínicas aprobadas por las que el cliente debe seguir atendándose con el mismo médico.

Exclusiones

Conceptos no cubiertos (la lista no es exhaustiva):

Su plan brinda cobertura para la mayoría de los servicios médicamente necesarios. Se brinda la lista completa de exclusiones en su Certificado o Descripción resumida del plan. En la medida en la que pueda haber diferencias, rigen los términos del Certificado o la Descripción resumida del plan. Los servicios que su plan no cubre, a menos que lo exija la ley o que estén cubiertos por el beneficio de farmacia, incluyen (a modo de ejemplo):

- Atención para afecciones médicas que deben tratarse en un centro público según lo exigido por la ley estatal o local.
- Cuidado que debe ser brindado por un sistema escolar o un distrito escolar público, según lo exigido por la ley estatal o federal.
- Atención de incapacidades relativas al servicio militar que puedan tratarse a través de servicios gubernamentales si usted tiene derecho a recibir dicho tratamiento en virtud de la ley y hay centros disponibles desde un punto de vista razonable.

Exclusiones

- Tratamiento de una Enfermedad o Lesión como consecuencia de una guerra, declarada o no declarada.
- Cargos que no tiene la obligación de pagar y/o que no se le facturan. Esta exclusión incluye, a modo de ejemplo:
 - o los casos en los que Cigna determine que un proveedor o una Farmacia no le facturaron o le han eximido del pago de una parte de sus cargos y/o una parte de las cantidades del Copago, Deducible y/o Coseguro que usted debe pagar por un Gasto cubierto (como se muestra en el Programa) sin el consentimiento expreso de Cigna, o las han reducido o perdonado.
 - o los cargos de un Proveedor no participante que ha aceptado cobrarle según un nivel de beneficios dentro de la red u otro nivel de beneficios que, de lo contrario, no se aplicaría a los servicios recibidos.

En caso de que Cigna determine que se aplica esta exclusión, Cigna tendrá derecho, a su entera discreción, a:

- exigirle a usted y/o a cualquier proveedor o Farmacia que envíe reclamos en su nombre que proporcione a Cigna prueba suficiente de que usted ha realizado el pago requerido de su parte del costo compartido antes del pago de cualquier beneficio por parte de Cigna;
 - denegar el pago de beneficios en relación con el Gasto cubierto, sin importar si el proveedor o la Farmacia manifiestan que usted sigue siendo responsable de las cantidades que su plan no cubra; o
 - reducir los beneficios en proporción a las cantidades del Copago, Deducible y/o Coseguro que se hayan eximido, perdonado o reducido, sin importar si el proveedor o la Farmacia manifiestan que usted sigue siendo responsable de las cantidades que su plan no cubra.
- Cargos o pagos de servicios relacionados con el cuidado de la salud que configuren una violación de la ley estatal o federal.
 - Asistencia con las actividades cotidianas entre las que se incluyen, a modo de ejemplo, comer, bañarse, vestirse u otras actividades de Servicio de custodia o de cuidado personal, servicios domésticos y servicios que sean principalmente para descanso, cuidado en el hogar o de convalecencia.
 - Gastos relacionados con servicios que estén en etapa experimental o en investigación o no hayan sido comprobados.
 - Los servicios experimentales, en investigación y no comprobados son: tecnologías, suministros, tratamientos, procedimientos, o tratamientos o dispositivos farmacológicos o biológicos para fines médicos, quirúrgicos, de diagnóstico, psiquiátricos, para trastornos de consumo de sustancias, u otros fines relacionados con el cuidado de la salud que el Médico de revisión de la utilización determine que:
 - o no han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos u otra agencia reguladora pertinente para su comercialización legal;
 - o su seguridad y eficacia para el tratamiento o diagnóstico de la afección o Enfermedad para la cual se proponen no han sido probadas mediante la literatura científica existente basada en evidencias y revisada por colegas médicos;
 - o están sujetos a revisión o aprobación por una Junta de Revisión Institucional para el uso propuesto, a excepción de lo dispuesto en la sección "Estudios clínicos" de este plan; o
 - o están sujetos a un estudio clínico de fase I, II o III en curso, a excepción de los costos de cuidado de rutina de los pacientes relacionados con estudios clínicos calificados, según lo dispuesto en la sección "Estudios clínicos" de este plan.
 - o están sujetos a revisión o aprobación por una Junta de Revisión Institucional de una institución de salud académica en el estado de Arizona, a excepción de los Servicios de rutina para pacientes, según lo dispuesto en la sección "Estudios clínicos" de este plan.
 - o Para determinar si los tratamientos farmacológicos o biológicos son experimentales, se encuentran en investigación o no están comprobados, el Médico de revisión de la utilización podrá revisar, sin limitación, las etiquetas aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, los compendios de referencia médica estándar, y la literatura científica basada en evidencias y revisada por colegas médicos. El plan o la póliza no deben denegar la cobertura de un tratamiento farmacológico o biológico por ser experimental, encontrarse en investigación o no estar comprobado si el tratamiento farmacológico o biológico está aprobado por la FDA para su comercialización legal y está reconocido para el tratamiento del cáncer en al menos uno de los siguientes compendios de referencia médica estándar o literatura médica: la base de datos American Hospital Formulary Service Drug Information, una publicación de la American Society of Health System Pharmacists; The National Comprehensive Cancer Network Drugs and Biologics Compendium; Thomson Micromedex Compendium DrugDex; Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology Compendium; otros compendios con autoridad identificados por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Exclusiones

- Cirugía y tratamientos estéticos. Se designa cirugía o tratamiento estético a la cirugía o el tratamiento realizados para mejorar o alterar la apariencia o la autoestima.
- Los siguientes servicios se excluyen de la cobertura, sin importar las indicaciones clínicas: cirugías en caso de macromastia o ginecomastia; tratamiento quirúrgico de várices; cirugía de la pared abdominal; paniclectomía; rinoplastia; blefaroplastia; cirugía para retirar piel sobrante; extirpación de papilomas cutáneos; acupresión; terapia craneosacral/craneal; danzaterapia y terapia del movimiento; kinesiólogía aplicada; *rolfing* (masaje de tejido conectivo); proloterapia; y litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL, por sus siglas en inglés) para afecciones musculoesqueléticas y ortopédicas.
- Tratamiento quirúrgico o no quirúrgico de la disfunción de la articulación temporomandibular (ATM).
- Tratamiento dental de los dientes, las encías o las estructuras que soportan directamente los dientes, que incluye radiografías dentales, exámenes, reparaciones, ortodoncia, periodoncia, moldes, férulas y servicios para maloclusión dental, por cualquier afección. Sin embargo, los cargos cobrados por un plan continuo de tratamiento dental debido a una lesión de piezas dentales están cubiertos.
- Servicios médicos y quirúrgicos, iniciales y repetidos, que sirvan para el tratamiento o control de la obesidad, incluida la obesidad clínicamente grave (patológica), que incluyen: servicios médicos y quirúrgicos para alterar la apariencia o cambios físicos que sean el resultado de cualquier cirugía realizada para el control de la obesidad o la obesidad clínicamente grave (patológica); y programas o tratamientos para bajar de peso, ya sean recetados o recomendados por un Médico o que se realicen bajo supervisión médica.
- Informes, evaluaciones, exámenes físicos u hospitalizaciones que no sean necesarios por razones de salud, que incluyen, a modo de ejemplo, las licencias de empleo, seguro o gubernamentales, y evaluaciones ordenadas por un juez, forenses o de custodia, a menos que tengan la cobertura de este plan en virtud de otra disposición.
- Hospitalización o tratamiento ordenado por un juez, a menos que tal tratamiento sea recetado por un Médico y sea un servicio o suministro cubierto por este plan.
- Reversión de los procedimientos de esterilización voluntarios masculinos y femeninos.
- Cualquier medicación, medicamento, servicio o suministro para el tratamiento de la disfunción sexual masculina o femenina, que incluye, a modo de ejemplo, el tratamiento de la disfunción eréctil (incluye implantes peneanos), anorgasmia y eyaculación precoz.
- El cuidado y los costos médicos y hospitalarios para el hijo de su hijo dependiente, a menos que el niño cumpla con los requisitos exigidos por este plan por otro motivo.
- Asesoría y/o servicios auxiliares no médicos, que incluyen, a modo de ejemplo, los Servicios de custodia, servicios educativos, asesoría vocacional, servicios de capacitación y rehabilitación, entrenamiento del comportamiento, biorretroalimentación, neurorretroalimentación, hipnosis, terapia del sueño, servicios de retorno al trabajo, programas de reentrenamiento para el trabajo y cursos de seguridad vial.
- Terapia o tratamiento destinado principalmente a mejorar o mantener la condición física general o con el propósito de mejorar el desempeño laboral, escolar, atlético o recreativo, que incluye, a modo de ejemplo, los cuidados de rutina, a largo plazo o de mantenimiento que se proporcionan luego de la solución de un problema médico agudo y cuando no se espera una mejora terapéutica significativa.
- Suministros médicos de consumo distintos a los suministros para estoma y catéteres urinarios. Los suministros no cubiertos incluyen, a modo de ejemplo, vendajes y otros artículos médicos desechables, preparaciones cutáneas y tiras reactivas, excepto según se especifica en las secciones "Servicios de salud en el hogar" o "Reconstrucción y prótesis de senos" de este plan.
- Habitaciones privadas en un hospital y/o los servicios de una enfermera privada, a excepción de lo que se especifica en la cláusula Servicios de salud en el hogar.
- Artículos personales o para hacer la vida más cómoda, como los juegos de cuidado personal que se ofrecen al ser admitido en un Hospital, televisión, teléfono, fotografías de recién nacidos, comidas de cortesía, avisos de nacimiento y otros artículos que no se utilizan para el tratamiento específico de una Enfermedad o Lesión.
- Elementos artificiales de asistencia, que incluyen, a modo de ejemplo, calzado ortopédico, plantillas anatómicas, medias elásticas, portaligas, corsés, dentaduras postizas y pelucas.

01/01/2025

AZ

Choice Fund Health Reimbursement Account (HRA) Open Access Plus - Option 7 Broad OAP \$3500 - Banner, Honor Health, Dignity y Abrazo
AZBENSUM-ER

Exclusiones

- Aparatos auditivos, que incluyen, a modo de ejemplo, dispositivos semiimplantables para la audición, aparatos auditivos de implante óseo y aparatos auditivos implantados en el hueso (BAHA, por sus siglas en inglés). Un aparato auditivo es cualquier tipo de dispositivo que amplifique el sonido.
- Ayudas o dispositivos que ayudan en la comunicación no verbal, entre ellos tableros de comunicación, dispositivos para hablar pregrabados, computadoras portátiles, computadoras de escritorio, asistentes digitales personales (PDA, por sus siglas en inglés), máquinas para escribir en braille, sistemas de alerta visual para sordos y libros para la memoria.
- Cristales y marcos de anteojos, lentes de contacto y servicios asociados (exámenes y ajustes), excepto por el primer juego después del tratamiento de queratocono o luego de una cirugía de cataratas.
- Refracciones de rutina, ejercicios oculares y tratamiento quirúrgico para la corrección de un error de refracción, incluida una queratotomía radial.
- Todos los medicamentos con receta no inyectables, a menos que se necesite la supervisión de un Médico o que un Médico los administre, los medicamentos con receta inyectables en la medida que no necesiten la supervisión de un Médico y se consideren comúnmente medicamentos autoadministrados, los medicamentos sin receta, y los medicamentos de carácter experimental o en investigación, a excepción de lo que se especifica en este plan.
- Productos y suministros asociados con la administración de medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta. Dichos productos y suministros incluyen, a modo de ejemplo, sensores y transmisores terapéuticos de monitores de glucosa continuos (CGM, por sus siglas en inglés) y microinfusores de insulina.
- Cuidado de rutina de los pies, que incluye el emparejamiento y la eliminación de callos y durezas o el recorte de uñas. Sin embargo, los servicios asociados con el cuidado de los pies en los casos de diabetes y enfermedad vascular periférica están cubiertos en caso de ser Medicamento necesarios.
- Costos y cuotas de membresías relacionadas con clubes deportivos, programas para bajar de peso o programas para dejar de fumar.
- Exámenes genéticos o exámenes genéticos de preimplantación. El diagnóstico genético general basado en la población es un método de prueba que se realiza cuando no hay ningún síntoma o ningún factor de riesgo significativo comprobado de enfermedades hereditarias de transmisión genética.
- Implantes dentales por cualquier afección.
- Pagos relacionados con la obtención, el almacenamiento o la donación de sangre o derivados hematológicos, excepto para la donación autóloga previa a servicios programados, cuando una revisión de la gestión médica determine que la probabilidad de pérdida de sangre en exceso es tal que se espera que la cirugía traiga aparejada una transfusión.
- Administración de sangre con el propósito de mejorar la condición física general.
- Costos de sustancias biológicas, ya sean vacunas o medicamentos para viajes o para protegerse de riesgos y peligros ocupacionales.
- Productos para la salud y belleza, cosméticos y suplementos alimenticios.
- Suplementos nutricionales o alimenticios, a menos que los cargos sean por alimentos médicos para tratar trastornos metabólicos hereditarios. Para que un trastorno metabólico pueda dar lugar a la cobertura de alimentos médicos debe: formar parte del programa de evaluación de recién nacidos, según lo establecido por la legislación de Arizona; comprometer el metabolismo de los aminoácidos, de los carbohidratos o lipídico; tener métodos de diagnóstico, tratamiento y monitoreo estándares desde el punto de vista médico, incluida la cuantificación de metabolitos en sangre, orina o líquido cefalorraquídeo o confirmación enzimática o de ADN en tejidos; y requerir alimentos médicos procesados o tratados específicamente que en general solo están disponibles bajo la supervisión y dirección de un Médico, que deben consumirse a lo largo de la vida y sin los cuales la persona puede sufrir un impedimento mental o físico grave.
- Todos los suplementos y fórmulas nutricionales, alimentos y suministros para alimentación por sonda, y alimentos médicos especialmente formulados, con receta y sin receta, excepto la fórmula para lactantes necesaria para el tratamiento de errores innatos del metabolismo, según lo dispuesto específicamente en el beneficio "Alimentación por sonda".
- Cargos por medicamentos para el cáncer no aprobados que hayan sido recetados para un tipo específico de cáncer, para el cual el uso del medicamento no haya sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos. Sin embargo, estos medicamentos estarán cubiertos si: el medicamento está reconocido como seguro y efectivo para el tratamiento del tipo específico de cáncer en uno de los compendios de referencia médica estándar o literatura médica; y la FDA no ha determinado que el medicamento está contraindicado para el tipo específico de cáncer tratado. También se proporcionará cobertura para cualquier servicio médico necesario para administrar el medicamento.

01/01/2025

AZ

Choice Fund Health Reimbursement Account (HRA) Open Access Plus - Option 7 Broad OAP \$3500 - Banner, Honor Health, Dignity y Abrazo
AZBENSUM-ER

Exclusiones

- En relación con una Lesión o Enfermedad que surja con motivo de cualquier trabajo por un sueldo o ganancias, o durante su desempeño.
- Cargos relacionados con una Lesión o Enfermedad pagaderos en virtud de una ley de seguro de accidentes de trabajo o similar.
- Terapia de masajes.

Estos son solo los puntos más destacados

Este resumen describe los puntos más destacados de su plan. Para ver una lista completa de los servicios cubiertos y no cubiertos, incluidos los beneficios exigidos por su estado, consulte el certificado del seguro, el acuerdo de servicios o la descripción resumida del plan de su empleador, que son los documentos oficiales del plan. En caso de discrepancia entre este resumen y los documentos del plan, la información incluida en los documentos del plan prevalecerá.

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

EHB Estado: AZ

La discriminación es ilegal.

Cobertura médica

Cigna Healthcare cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por razón de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, estado civil, identidad de género u orientación sexual. Cigna Healthcare no excluye a ninguna persona ni la trata de manera diferente por razón de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Cigna Healthcare:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros; por ejemplo:
 - intérpretes de lenguaje de señas calificados;
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de asistencia lingüística gratuita a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - intérpretes calificados
 - información escrita en otros idiomas.

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación y pida ayuda a un representante de Servicio al Cliente.



Los productos y servicios de Cigna Healthcare son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de The Cigna Group, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Behavioral Health, Inc., Evernorth Care Solutions, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation que incluyen 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., and Cigna HealthCare of Texas, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 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, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si considera que Cigna Healthcare no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja escribiendo un mensaje de correo electrónico a **ACAGrievance@Cigna.com** o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna Healthcare

Nondiscrimination Complaint Coordinator
P.O. Box 188016
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar una queja escrita, llame al número que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de ID o envíe un mensaje de correo electrónico a **ACAGrievance@cigna.com**. También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, electrónicamente 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 por teléfono:

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 para presentar una queja están disponibles en **<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>**

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. For current Cigna Healthcare customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711).

Spanish – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Si es un cliente actual de Cigna Healthcare, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Chinese – 注意：我們可為您免費提供語言協助服務。對於 Cigna Healthcare 的現有客戶，請致電您的 ID 卡背面的號碼。其他客戶請致電 1.800.244.6224（聽障專線：請撥 711）。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna Healthcare, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên. Các trường hợp khác xin gọi số 1.800.244.6224 (TTY: Quay số 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 현재 Cigna Healthcare 가입자님들께서는 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락해주시십시오. 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주시십시오.

Tagalog – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna Healthcare, tawagan ang numero sa likuran ng iyong ID card. O kaya, tumawag sa 1.800.244.6224 (TTY: I-dial ang 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Если вы уже участвуете в плане Cigna Healthcare, позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки участника плана. Если вы не являетесь участником одного из наших планов, позвоните по номеру 1.800.244.6224 (TTY: 711).

Arabic – برجاء الانتباه خدمات الترجمة المجانية متاحة لكم. لعملاء Cigna Healthcare الحاليين برجاء الاتصال بالرقم المدون علي ظهر بطاقتكم الشخصية. او اتصل ب 1.800.244.6224 (TTY: اتصل ب 711).

French Creole – ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Pou kliyan Cigna Healthcare yo, rele nimewo ki dèyè kat ID ou. Sinon, rele nimewo 1.800.244.6224 (TTY: Rele 711).

French – ATTENTION: Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Si vous êtes un client actuel de Cigna Healthcare, veuillez appeler le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité. Sinon, veuillez appeler le numéro 1.800.244.6224 (ATS : composez le numéro 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Tem ao seu dispor serviços de assistência linguística, totalmente gratuitos. Para clientes Cigna Healthcare atuais, ligue para o número que se encontra no verso do seu cartão de identificação. Caso contrário, ligue para 1.800.244.6224 (Dispositivos TTY: marque 711).

Polish – UWAGA: w celu skorzystania z dostępnej, bezpłatnej pomocy językowej, obecni klienci firmy Cigna Healthcare mogą dzwonić pod numer podany na odwrocie karty identyfikacyjnej. Wszystkie inne osoby prosimy o skorzystanie z numeru 1 800 244 6224 (TTY: wybierz 711).

Japanese – 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。現在のCigna Healthcareのお客様は、IDカード裏面の電話番号まで、お電話にてご連絡ください。その他の方は、1.800.244.6224（TTY: 711）まで、お電話にてご連絡ください。

Italian – ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per i clienti Cigna Healthcare attuali, chiamare il numero sul retro della tessera di identificazione. In caso contrario, chiamare il numero 1.800.244.6224 (utenti TTY: chiamare il numero 711).

German – ACHTUNG: Die Leistungen der Sprachunterstützung stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie gegenwärtiger Cigna Healthcare-Kunde sind, rufen Sie bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Krankenversicherungskarte an. Andernfalls rufen Sie 1.800.244.6224 an (TTY: Wählen Sie 711).

Persian (Farsi) – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می شود. برای مشتریان فعلی Cigna Healthcare، لطفاً با شماره ای که در پشت کارت شناسایی شماست تماس بگیرید. در غیر اینصورت با شماره 1.800.244.6224 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنوایان: شماره 711 را شماره گیری کنید).