

RESUMEN DE BENEFICIOS

Administrada por - Cigna Health and Life Insurance Co.
 Para - Roger Cleveland Golf Company, Inc.
 Open Access Plus
 OAP
 Válido - 10/01/2026



Elección de un proveedor de atención primaria: su plan puede exigir 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 esté disponible para aceptarlos a usted o a sus familiares como pacientes. Si en su plan es obligatorio designar a un proveedor de atención primaria, es posible que Cigna se encargue de dicha designación hasta que usted lo haga. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y consultar una lista de proveedores de atención primaria participantes, visite www.mycigna.com o llame al número del servicio de atención al cliente indicado en el reverso de la tarjeta de identificación de su plan. Para los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

Acceso directo a obstetras y ginecólogos: no es preciso obtener la autorización previa ni del plan ni de persona alguna (incluidos los proveedores de atención primaria) para recibir atención obstétrica y ginecológica de un profesional médico de nuestra red especializado en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que se le exija a dicho profesional médico que siga ciertos procedimientos, como obtener la autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento aprobado de antemano o seguir procedimientos para derivar los pacientes. Para obtener una lista de los profesionales médicos participantes especializados en obstetricia y ginecología, visite www.mycigna.com o llame al número del servicio de atención al cliente indicado en el reverso de la tarjeta de identificación de su plan.

Puntos más Importantes del Plan	En la red	Fuera de la red
Máximo Vitalicio	Ilimitado	Ilimitado
Acumulación en Año del Plan	Los deducibles, gastos de bolsillo y límites del nivel de beneficios de su plan se acumulan sobre una base de año del plan a menos que se indique algo diferente. Además, todos los máximos del plan y los máximos específicos a los servicios (dinero y número de sucesos) se acumulan de forma cruzada entre dentro y fuera de la red a menos que se indique algo diferente.	
Coseguro del Plan	El plan paga 80%	El plan paga 60%
Cargo Máximo Sujeto a Reembolso	No es aplicable	110%
Deducible del Plan	Personal: \$250 Familia: \$750	Personal: \$1,000 Familia: \$2,250
- Solo la cantidad que usted paga por gastos cubiertos dentro de la red cuenta para su deducible dentro de la red. Solo la cantidad que usted paga por gastos cubiertos fuera de la red cuenta para su deducible fuera de la red. - Los copagos/deducibles de beneficios siempre son aplicables antes del deducible y el coseguro del plan. - Los miembros de la familia solamente cumplen sus deducibles individuales y luego sus reclamos estarán cubiertos por el coseguro del plan; si se cumple el deducible familiar antes de que se cumpla el deducible individual, sus reclamos se pagarán en el coseguro del plan. - Los servicios sobre los que el deducible del plan es aplicable se marcan con un símbolo de intercalación (^).		

10/01/2026

ASO

Open Access Plus - OAP

Puntos más Importantes del Plan		En la red	Fuera de la red
Máximo de Gastos de Bolsillo del Plan		Personal: \$3,500 Familia: \$7,000	Personal: \$7,500 Familia: \$15,000
- Solo la cantidad que usted paga por gastos cubiertos dentro de la red cuenta para su máximo de gastos de bolsillo dentro de la red. Solo la cantidad que usted paga por gastos cubiertos fuera de la red cuenta para su máximo de gastos de bolsillo fuera de la red. - El deducible del plan contribuye a su máximo de gastos de bolsillo. - Todos los copagos/deducibles de los beneficios contribuyen a su máximo de gastos de bolsillo. - Los gastos cubiertos que cuentan para su máximo de gastos de bolsillo incluyen coseguros y cargos pagados por el cliente para Trastornos de Salud Mental y Uso de Sustancias. Las multas o cargos por incumplimiento fuera de la red que excedan el Cargo Máximo Sujeto a Reembolso no contribuyen al máximo de gastos de bolsillo. - Después de que cada miembro elegible de la familia cumple con su máximo individual de gastos de bolsillo, el plan paga el 100% de sus gastos cubiertos. O, después de haber cumplido el máximo de gastos de bolsillo familiar, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos de cada miembro elegible de la familia. - Este plan incluye un máximo combinado de gastos de bolsillo Médicos/Farmacia.			
Beneficio		En la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios sobre los que el deducible del plan es aplicable se marcan con un símbolo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de beneficios siempre son aplicables antes del deducible del plan.			
Servicios de Médicos: Visitas a Consultorios			
Servicios de Médicos de Cabecera (PCP)/Visita al Consultorio		\$15 copago, y el plan paga 100%	El plan paga 60% ^
Servicios de Médicos de Cuidados de Especialidad/Visita al Consultorio		\$30 copago, y el plan paga 100%	El plan paga 60% ^
Cirugía Efectuada en el Consultorio del Médico		Cubierto igual que Servicios de médicos: Visita a Consultorios	El plan paga 60% ^
Cuidado Virtual			
Proveedores Virtuales Dedicados - MDLIVE			
Servicios de Cuidado Virtual de Urgencia MDLIVE		El plan paga 100%	No está cubierto
Servicios de Cuidado Primario MDLIVE		El plan paga 100%	No está cubierto
Servicios de Cuidado Especializado MDLIVE		El plan paga 100%	No está cubierto
- El costo compartido de Cuidado Primario se aplica a la atención de rutina. Los exámenes de bienestar virtuales se pagan bajo Cuidado Preventiva. - Para Servicios Conductual MDLIVE, consulte la sección Salud Mental y Trastorno por Uso de Sustancias (a continuación). - Los servicios de laboratorio en apoyo a visitas virtuales se deben obtener en laboratorios dedicados. - Incluye cargos por prestación de servicios y consultas médicas y de la salud por proveedores virtuales dedicados según sea médicamente apropiado mediante audio, video así como tecnología segura basada en internet.			
Servicios Virtuales de Médicos: Visitas a Consultorios			
Servicios de Médicos de Cabecera (PCP)/Visita al Consultorio		\$15 copago, y el plan paga 100%	El plan paga 60% ^

10/01/2026

ASO

Open Access Plus - OAP

Beneficio	En la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios sobre los que el deducible del plan es aplicable se marcan con un símbolo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de beneficios siempre son aplicables antes del deducible del plan.		
Servicios de Médicos de Cuidados de Especialidad/Visita al Consultorio - Los médicos pueden proveer servicios virtuales que son pagaderos bajo otros beneficios (p. ej. Cuidado preventivo, Servicios de terapia para pacientes ambulatorios). - Incluye cargos por prestación de servicios y consultas médicas y relacionados con la salud según sea médicamente apropiado a través de audio, video así como tecnología segura basada en internet que sean similares a servicios por visitas a consultorios suministrados en persona.	\$30 copago, y el plan paga 100%	El plan paga 60% ^
Clínica de Atención de Conveniencia		
Clínica de Atención de Conveniencia	\$15 copago, y el plan paga 100%	El plan paga 60% ^
Cuidado Preventivo		
Visita al Consultorio por Cuidado Preventivo	El plan paga 100%	El plan paga 60% ^
Servicios Preventivos - Incluye Mamografías preventivas, Papanicolaou (Pap), pruebas de Antígeno Prostático Específico (PSA) y exámenes colorrectales. - Los servicios relacionados con diagnósticos se cubren al mismo nivel de beneficios como otros servicios de radiografías y de laboratorio, en base al lugar de servicio.	El plan paga 100%	El plan paga 60% ^
Vacunas	El plan paga 100%	El plan paga 60% ^
Pacientes Internados		
Servicios en Instalaciones de Hospital para Pacientes Internados Incluye todos los servicios de Laboratorio y Radiología, incluyendo Imágenes Radiológicas Avanzadas así como Medicamentos Farmacéuticos Médicas	El plan paga 80% ^	El plan paga 60% ^
Visitas/Consultas a Médicos en Hospitales para Pacientes Internados	El plan paga 80% ^	El plan paga 60% ^
Servicios Profesionales para Pacientes Internados Por servicios efectuados por Cirujanos, Radiólogos, Patólogos y Anestesiólogos	El plan paga 80% ^	El plan paga 60% ^
Pacientes Ambulatorios		
Servicios en Instalaciones para Pacientes Ambulatorios	El plan paga 80% ^	El plan paga 60% ^
Servicios Profesionales para Pacientes Ambulatorios Por servicios efectuados por Cirujanos, Radiólogos, Patólogos y Anestesiólogos	El plan paga 80% ^	El plan paga 60% ^
Servicios de Emergencia		
Sala de Emergencias Incluye Cargos de Médicos en Salas de Emergencias, Laboratorio y Radiología, incluyendo Imágenes Radiológicas Avanzadas (ARI)	El plan paga 80% ^	
Instalación de cuidados de urgencia Incluye Cargos de Médicos, Laboratorio y Radiología	\$25 copago, y el plan paga 100%	El plan paga 60% ^

10/01/2026

ASO

Open Access Plus - OAP

Beneficio	En la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios sobre los que el deducible del plan es aplicable se marcan con un símbolo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de beneficios siempre son aplicables antes del deducible del plan.		
Ambulancia Los servicios de ambulancia utilizados como transporte que no sea de emergencia (por ejemplo, transporte desde el hospital a casa) generalmente no están cubiertos.	El plan paga 80% ^	
Ambulancia - Salud mental y dependencia de sustancias químicas Los servicios de ambulancia utilizados como transporte que no sea de emergencia (por ejemplo, transporte desde el hospital a casa) generalmente no están cubiertos.	El plan paga 80% ^	
Servicios para Pacientes Internados en otras Instalaciones de Cuidado de la Salud		
Instalación de Enfermería Especializada, Hospital de Rehabilitación, Instalaciones Subagudas Límite Anual: 100 días	El plan paga 80% ^	El plan paga 60% ^
Servicios de laboratorio		
Servicios de Médicos/Visitas a Consultorios	El plan paga 80%	Cubierto igual que Servicios de médicos: Visita a Consultorios
Laboratorio Independiente	El plan paga 80%	El plan paga 60%
Instalación Ambulatoria	El plan paga 80%	El plan paga 60%
Servicios de Radiología		
Servicios de Médicos/Visitas a Consultorios	El plan paga 80%	Cubierto igual que Servicios de médicos: Visita a Consultorios
Instalación Ambulatoria	El plan paga 80%	El plan paga 60%
Imágenes Radiológicas Avanzadas (ARI)	Incluye MRI, MRA, CAT Scan, PET Scan, etc.	
Instalación Ambulatoria	El plan paga 80%	El plan paga 60%
Servicios de Médicos/Visitas a Consultorios	El plan paga 80%	El plan paga 60%
Servicios de terapia para Pacientes Ambulatorios		
Fisioterapia para pacientes ambulatorios	\$30 copago, y el plan paga 100%	El plan paga 60% ^
Límites Anuales: - Terapia física - 20 visitas - Los límites no son aplicables para padecimientos de salud mental. - Las visitas de terapia, suministradas como parte de un plan aprobado de Cuidado de la Salud en el Hogar, se acumulan al aplicable máximo para Cuidado de la Salud en el Hogar.		

10/01/2026

ASO

Open Access Plus - OAP

Beneficio	En la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios sobre los que el deducible del plan es aplicable se marcan con un símbolo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de beneficios siempre son aplicables antes del deducible del plan.		
Foniatría, terapia auditiva y terapia ocupacional para pacientes ambulatorios Límites Anuales: • Terapias del habla, audición y ocupacional: 20 visitas • Los límites no son aplicables para padecimientos de salud mental para terapias del habla u ocupacionales. • Las visitas de terapia, suministradas como parte de un plan aprobado de Cuidado de la Salud en el Hogar, se acumulan al aplicable máximo para Cuidado de la Salud en el Hogar.	\$30 copago, y el plan paga 100%	El plan paga 60% ^
Cuidado Quiropráctico Límite Anual: • Cuidados quiroprácticos: 20 visitas	\$30 copago, y el plan paga 100%	El plan paga 60% ^
Hospicio para enfermos		
Instalaciones para Pacientes Internados	El plan paga 80% ^	El plan paga 60% ^
Servicios para Pacientes Ambulatorios • Incluye asesoramiento por luto proporcionado como parte de un programa de cuidados paliativos.	El plan paga 80% ^	El plan paga 60% ^
Medicamentos Farmacéuticos Médicos		
Farmacéuticos Médicos de Especialidades Cigna Pathwell®	El plan paga 80% ^	No está cubierto
Otros Farmacéuticos Médicos • Los productos farmacéuticos de Cigna Pathwell Specialty® se cubren solamente cuando son administrados por el proveedor designado de Cigna Pathwell Specialty®. • Este beneficio es solamente aplicable al costo de medicamentos Farmacéuticos Médicos administrados. Instalaciones Relacionadas, Visitas a Consultorios o cargos Profesionales se cubren de acuerdo al diseño del plan.	El plan paga 80% ^	No está cubierto
Planificación familiar		
Servicios para Mujeres • Incluye dispositivos anticonceptivos según lo ordenado o recetado por un médico y servicios de esterilización quirúrgica, como la ligadura de trompas (no se incluyen reversiones)	El plan paga 100%	La cobertura varía de acuerdo al Lugar de Servicio
Servicios para Hombres • Incluye servicios de esterilización quirúrgica, tales como vasectomías (no se incluyen reversiones)	La cobertura varía de acuerdo al Lugar de Servicio	La cobertura varía de acuerdo al Lugar de Servicio

10/01/2026

ASO

Open Access Plus - OAP

Beneficio	En la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios sobre los que el deducible del plan es aplicable se marcan con un símbolo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de beneficios siempre son aplicables antes del deducible del plan.		
Aborto		
Servicios de Aborto Procedimientos electivos y no electivos	La cobertura varía de acuerdo al Lugar de Servicio	La cobertura varía de acuerdo al Lugar de Servicio
Esterilidad		
Tratamiento de Infertilidad Se brindará cobertura para el tratamiento de afecciones médicas subyacentes hasta el momento en que se diagnostique una condición de infertilidad. Se cubrirán los servicios como cualquier otra enfermedad.		
Servicios de Diálisis para Pacientes Ambulatorios		
Servicios de Médicos/Visitas a Consultorios	Cubierto igual que Servicios de médicos: Visita a Consultorios	No está cubierto
Diálisis en el Hogar Las visitas por Diálisis no se acumulan al máximo del Cuidado de la Salud en el Hogar	Cubiertos igual que el beneficio de Cuidado de la Salud en el Hogar del plan	No está cubierto
Servicios en Instalaciones para Pacientes Ambulatorios	Cubiertos igual que el beneficio de Servicios en Instalaciones para Pacientes Ambulatorios del plan	No está cubierto
Servicios Profesionales para Pacientes Ambulatorios	Cubiertos igual que el beneficio de Servicios Profesionales para Pacientes Ambulatorios del plan	No está cubierto
Otras instalaciones/servicios de cuidado de la salud		
Cuidado de la Salud en el Hogar Límite Anual: 100 visitas (El límite no es aplicable para padecimientos de salud mental ni desórdenes por uso de sustancias).	El plan paga 80% ^	El plan paga 60% ^
Transplantes de órganos - Los servicios se pagan a nivel dentro de la red si se realizan en instalaciones Cigna LifeSOURCE Transplant Network®. - Máximo para Viaje: instalación Cigna LifeSOURCE Transplant Network® solamente: Máximo Vitalicio \$10,000 por Transplante	Cubierto igual que el beneficio de Pacientes Internados	Cubierto igual que el beneficio de Pacientes Internados
Cuidado para Condiciones Específicas - Debes estar inscripto en el programa de Cuidado para Condiciones Específicas para el tratamiento ortopédico previo a la cirugía y recibir atención médica de un proveedor específicamente designado para que puedas calificar. - Incluye servicios específicos de cirugía, además de cargos de instalaciones médicas y servicios profesionales desde el ingreso hasta el alta. Es posible que se apliquen algunas limitaciones. - Máximo de gastos de viaje - \$600 por procedimiento	El plan paga 100%	No es aplicable

Beneficio	En la red	Fuera de la red
Nota: Los servicios sobre los que el deducible del plan es aplicable se marcan con un símbolo de intercalación (^). Los copagos/deducibles de beneficios siempre son aplicables antes del deducible del plan.		
Equipo médico duradero y Prótesis Externas • Límite Anual: Ilimitado	El plan paga 80% ^	El plan paga 60% ^
Equipo y Suministros para Amamantamiento • Limitado al alquiler a una bomba de pecho por nacimiento, según lo ordenado o recetado por el médico • Incluye los suministros relacionados	El plan paga 100%	El plan paga 60% ^
Acupuntura • Límite Anual: 20 visitas	\$30 copago, y el plan paga 100%	El plan paga 60% ^
Nota: Los servicios sobre los que el deducible del plan es aplicable se marcan con un símbolo de intercalación (^).		
Salud Mental y Trastornos por Uso de Sustancias		
Salud Mental para Pacientes Internados	El plan paga 80% ^	El plan paga 60% ^
Salud Mental para Pacientes Ambulatorios - Consultorio del Médico	\$30 copago, y el plan paga 100%	El plan paga 60% ^
Salud mental para pacientes ambulatorios - Servicios Conductual MDLIVE	\$30 copago, y el plan paga 100%	No está cubierto
Salud Mental para Pacientes Ambulatorios - Todos los Demás Servicios	El plan paga 80%	El plan paga 60% ^
Trastorno por Uso de Sustancias de Pacientes Internados	El plan paga 80% ^	El plan paga 60% ^
Trastornos por Uso de Sustancias para Pacientes Ambulatorios - Consultorio del médico	\$30 copago, y el plan paga 100%	El plan paga 60% ^
Trastorno por Uso de Sustancias para Pacientes Ambulatorios - Servicios Conductual MDLIVE	\$30 copago, y el plan paga 100%	No está cubierto
Trastornos por Uso de Sustancias para Pacientes Ambulatorios - Todos los Demás Servicios	El plan paga 80%	El plan paga 60% ^
• Pacientes Internados incluye Tratamiento Agudo para Pacientes Internados y Tratamiento Residencial. • Paciente Ambulatorio - Consultorio médico y Servicios Conductual MDLIVE: puede incluir terapia individual, familiar y grupal, psicoterapia, administración de medicamentos, etc. • Pacientes ambulatorios - Todos los demás servicios - incluye hospitalizaciones parciales, servicios intensivos para pacientes ambulatorios, Análisis de Comportamiento Aplicado (terapia ABA), etc. • Los servicios médicos cubiertos, indicados más arriba, se prestan para diagnosticar o tratar trastornos de salud mental o el tratamiento por abuso de sustancias. Dichos servicios serán pagados según se establece en la sección "Beneficios de salud mental y de tratamientos por uso de sustancias."		
Límites Anuales: • Máximo ilimitado		

10/01/2026

ASO

Open Access Plus - OAP

Farmacia	En la red	Fuera de la red
Cuota de Costos y Suministro Cuota de Costos de Farmacia - Al Detalle – suministro de hasta 90-días (excepto Especialidades suministro de hasta 30-días) - Entregas en el Hogar – suministro de hasta 90-días (excepto Especialidades suministro de hasta 30-días) - Si recibe un suministro de 34 días o menos por entregas en el hogar de medicamentos de especialidades recetados, los costos compartidos por entregas en el hogar de especialidades serán ajustados para que indiquen un costo compartido al detalle (suministro de 30-días).	Al Detalle (por suministro de 30-días): Genérico: Usted paga \$15 Marca Preferida: Usted paga \$30 Marca no Preferida: usted paga \$50 Especialidad: Usted paga 30% hasta un máximo de \$300 Al Detalle (por suministro de 90-días): Genérico: Usted paga \$45 Marca Preferida: Usted paga \$90 Marca no Preferida: usted paga \$150 Entregas en el Hogar (por suministro de 90-días): Genérico: Usted paga \$30 Marca Preferida: Usted paga \$60 Marca no Preferida: usted paga \$100 Entregas en el Hogar (por suministro de 30-días): Especialidad: Usted paga 30% hasta un máximo de \$300	Al Detalle: Usted paga 50% Su plan paga 50% Entregas en el Hogar: No está cubierto

Farmacia

En la red

Fuera de la red

- **Cigna 90 Now en CVS:** Los medicamentos al detalle para suministros de 30-días pueden ser obtenidos dentro de la red en una amplia gama de farmacias a lo largo de todo el país, sin embargo las recetas para suministros de 90-días (tales como los medicamentos para mantenimiento) estarán disponibles en seleccionadas farmacias de la red. Walgreens se considera farmacia fuera de la red para suministros de 90-días.
- Programa Cigna 90 Now: Puede optar por abastecer sus medicamentos con suministro de 30- o 90-días. Si elige abastecer una receta para 30-días, puede hacerlo en cualquier farmacia al detalle de la red o farmacia con entregas en el hogar de la red. Si elige abastecer una receta para 90-días, deberá hacerlo en una farmacia al detalle de la red para 90-días o en una farmacia con entregas en el hogar de la red, para que el plan lo cubra.
- Los medicamentos de especialidades se utilizan para tratar enfermedades subyacentes que son consideradas raras y crónicas, incluyendo, sin limitarse a ellas, esclerosis múltiple, hepatitis C y artritis reumatoide. Los medicamentos de especialidades incluyen medicamentos de alto costo así como medicamentos que pudieran requerir manejo especial y supervisión cercana cuando se aplican.
- Cuando solicita un medicamento de marca de fábrica, usted paga la participación del costo por la marca de fábrica más la diferencia de costos entre los medicamentos de marca de fábrica y los genéricos hasta un máximo del costo del medicamento de marca de fábrica (a menos que el médico indique "Dispensar tal y como está escrito" [Dispense As Written, DAW]) (MAC B).
- La farmacia dispensará los medicamentos de marca, y el paciente pagará el costo compartido para medicamentos de marca, cuando la medicación sea parte del programa Brand-for-Generic Substitution Program (DAW9) para dispensar tal como fue escrita la receta.
- Exclusivo Entregas de Especialidades en el Hogar (ESHD): Los medicamentos de especialidades deben ser surtidos a través de entregas en el hogar; de lo contrario usted paga el costo total de la receta al primer surtido. Algunas excepciones podrían ser aplicables.
- Si utiliza un cupón de un fabricante para pagar parcial o totalmente el costo de un medicamento, el valor del cupón podría no ser aplicable en cuanto a alcanzar el deducible de su plan ni para el máximo de los gastos de bolsillo, si los hubiera.
- **Programa SaveOn Specialty:** Algunos medicamentos de especialidad pueden ser considerados como no esenciales en cuanto a los beneficios para la salud y podrían no estar sujetos a los deducibles y límites de gastos de bolsillo. Todos los medicamentos de este programa podrían tener un costo compartido mayor que el de las cantidades indicadas más arriba. Si participas en este programa, el costo compartido podría ser pagado a través del fabricante mediante un programa de asistencia con copagos que podría reducir tus gastos de bolsillo a \$0. Si no participas en este programa, tú serás responsable del pago del costo compartido para esos medicamentos y ese pago no se aplicaría hacia el deducible ni al máximo de gastos de bolsillo. Consulta los documentos del plan para obtener información específica.
- Sus beneficios de farmacia comparten un máximo de gastos de bolsillo con los beneficios médicos y del comportamiento.
- Si usas péptido 1 similar al glucagón (glucagon-like peptide-1, GLP-1) es importante tener atención clínica extra y apoyo de su médico o farmacéutico. Hay farmacias dentro de la red de su plan que pueden ayudarle, incluyendo a la farmacia Evernorth EnGuideSM.

Medicamentos Preventivos:

Los medicamentos preventivos federalmente obligatorios no estarán sujetos a deducibles y serán suministrados sin cargo. Además, los medicamentos y productos preventivos genéricos y de marcas preferidas dentro de la red incluidos en el paquete preventive plus serán suministrados sin cargo. Esto podría ser aplicable a medicamentos para:

Asma, reducción de colesterol, depresión, diabetes(incluyendo suministros para diabéticos y suministros para monitoreo continuo de la glucosa), enfermedad del corazón y accidente cerebrovascular, presión arterial alta, osteoporosis, para dejar de fumar, vitaminas prenatales, vitaminas recetadas

Medicamentos Cubiertos

Listado de Medicamentos Recetados:

La lista de sus medicamentos bajo prescripción de Cigna Advantage incluye un rango completo de medicamentos incluyendo todos los requeridos por las leyes aplicables sobre cuidado de la salud. Se excluyen algunos de los medicamentos más caros si existen alternativas más económicas. Para comprobar cuáles medicamentos están incluidos en su plan, inicie sesión en myCigna.com.

Algunos puntos destacados:

- La cobertura incluye medicamentos inyectables autoadministrados, pero excluye medicamentos para la infertilidad.
- Los dispositivos anticonceptivos y los medicamentos están cubiertos con productos federalmente obligatorios cubiertos al 100%.
- Los medicamentos para el estilo de vida están cubiertos, limitados a la disfunción sexual.
- Los antihistamínicos genéricos no sedantes están cubiertos.
- Los medicamentos genéricos contra la úlcera (Inhibidores de Bomba de Protones/PPI) están cubiertos.

Información sobre el Programa de Farmacia

Gestión Clínica de Farmacia: Esencial

Su plan cuenta con programas y ediciones para la administración de medicamentos con el fin de garantizar una prescripción segura y el acceso a medicamentos comprobados de ser los más confiables y rentables para las afecciones médicas, que incluyen:

- Requisitos de autorización previa
- Terapia escalonada en clases selectas de medicamentos y drogas nuevas en el mercado
- Límites de cantidad, incluyendo ediciones de dosis diarias máximas, ediciones de cantidad en el tiempo, ediciones de duración de terapia y ediciones de optimización de dosis
- Ediciones de edad y ediciones de resurtidos demasiado pronto
- Ediciones de exclusión del plan
- A los actuales usuarios de medicamentos para terapia escalonada se les permitirá un abastecimiento para 30-días durante los primeros tres meses de cobertura antes de que sea aplicable el programa de terapia escalonada.
- Su plan incluye funciones de Gestión para Medicamentos Especializados, tal como autorización previa y límites de cantidades, para garantizar una prescripción segura y acceso a medicamentos especializados.
- A los clientes con afecciones complicadas que toman medicamentos especializados, ofreceremos los Centros de Recursos Terapéuticos Accredo (Accredo Therapeutic Resource Centers, TRCs) para suministrar medicamentos especializados y asesoramiento sobre padecimientos. A los clientes que toman medicamentos especializados no suministrados por Accredo, los expertos de Cigna ofrecerán esos importantes medicamentos especializados y asesoramiento sobre padecimientos.

Programa de Seguridad de Pacientes

Su plan incluye el Programa de seguridad de pacientes que exime el deducible y reduce la cantidad a deber por ciertos medicamentos utilizado para tratar afecciones crónicas incluidas en el programa. Además:

- Cualquier cantidad que pague por estos medicamentos solo cuenta para cumplir su máximo de gastos de bolsillo.
- Cualquier descuento suministrado por un fabricante farmacéutico para ciertos medicamentos de insulina para diabéticos solo cuenta para cumplir su máximo de gastos de bolsillo.

Información adicional

Programa Cigna Diabetes Prevention Program en colaboración con Omada

Cigna Diabetes Prevention Program en colaboración con Omada es un programa para ayudarle a evitar la aparición de la diabetes, así como de los riesgos de la salud que pudieran generar enfermedades del corazón o derrames cerebrales. El programa está cubierto por su plan de salud a nivel preventivo, igual que sus visitas de bienestar. Los participantes en el programa gozan de acceso a un entrenador de salud virtual profesional, un grupo de apoyo en línea, lecciones interactivas y una escala de tecnología inteligente. El programa le ayudará a hacer cambios pequeños en su alimentación, actividad, sueño y estrés para lograr una pérdida de peso saludable mediante una serie de 16 lecciones semanales y herramientas que le ayudarán a mantener la pérdida de peso a lo largo del tiempo. También se le ofrecerá la oportunidad de hacerse miembro de un gimnasio mediante una tarifa mensual baja y sin tarifas de inscripción.

Cargo Máximo Sujeto a Reembolso

El gasto cubierto permitido para los servicios recibidos fuera de la red se basa en el que sea menor entre el cargo normal del profesional del cuidado de la salud para un servicio similar o un porcentaje del plan de tarifas (110%) desarrollado por Cigna siguiendo una metodología similar a la que emplea Medicare para determinar la tarifa admisible para el mismo servicio o un servicio similar en una determinada área geográfica. En ciertos casos, no se utilizará el plan de tarifas basado en Medicare y el Cargo Máximo Sujeto a Reembolso de los servicios cubiertos se basa en el que sea menor entre el cargo normal del profesional del cuidado de la salud para un servicio similar o un percentil (80avo) de los cargos hechos por los profesionales del cuidado de la salud para tales servicios o suministros en la área geográfica donde fueron recibidos. Si en la base de datos no hay suficientes datos disponibles sobre los cargos para esa área geográfica para determinar el Cargo Máximo Sujeto a Reembolso, entonces se podrán usar datos en cuanto a servicios similares en la base de datos. Los servicios recibidos fuera de la red están sujetos a un deducible y a límites en cuanto al Cargo Máximo Sujeto a Reembolso por año del plan.

Cargos por Servicios de Emergencia Fuera de la Red

1. Los Servicios de Emergencia están cubiertos al nivel de costo compartido dentro de la red según lo requieran las leyes estatales o federales aplicables si los servicios se reciben de un proveedor no participante (fuera de la red).
2. La cantidad permitida que se utiliza para determinar el pago de beneficios del plan por los Servicios de Emergencia cubiertos prestados en un hospital fuera de la red, o por un proveedor fuera de la red en un hospital dentro de la red, es la cantidad acordada por el proveedor fuera de la red y Cigna, o según lo requiera la ley estatal o federal aplicable.

El miembro es responsable de los montos correspondientes de participación en los costos dentro de la red (cualquier deducible, copago o coseguro). El miembro no es responsable de ningún cargo que pueda hacerse en exceso de la cantidad permitida. Si el proveedor fuera de la red le factura una cantidad superior a la cantidad que debe según se indica en la Explicación de Beneficios (EOB), póngase en contacto con Cigna Customer Service al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación.

Coordinación de beneficios de Medicare

De acuerdo con la Ley de Seguridad Social de 1965, este plan pagará como seguro secundario las Partes A y B de Medicare de la siguiente manera:

- (a) un empleado, ya sea un jubilado, un empleado discapacitado, el cónyuge dependiente de un empleado o sus hijos dependientes, incluida la pareja de hecho de un empleado, o una persona con continuación de COBRA (cuyo seguro continúa por cualquier motivo) y quién también sea elegible para Medicare debido a su edad o discapacidad;
- (b) la pareja de hecho de un empleado que también es elegible para Medicare debido a su edad;
- (c) un empleado, un ex empleado, el cónyuge dependiente de un empleado o ex empleado o hijos dependientes, un dependiente de un empleado, incluyendo una pareja de hecho, que sea elegible para Medicare debido a una enfermedad renal en etapa terminal después de que esa persona haya sido elegible para Medicare durante 30 meses.

Cuando una persona es elegible para Medicare A y B como se describe anteriormente, este plan pagará como plan secundario a las Partes A y B de Medicare, **independientemente de si la persona está realmente inscrita en la Parte A o Parte B de Medicare e independientemente de si la persona busca atención con un proveedor de Medicare o no para servicios cubiertos por Medicare.**

10/01/2026

ASO

Open Access Plus - OAP

Información adicional

One Guide

Disponible por teléfono o a través de nuestra aplicación móvil myCigna. One Guide le ayuda a navegar el sistema de cuidado de la salud y obtener lo máximo de sus beneficios y programas para la salud.

Servicios recibidos fuera de área

- Cobertura de servicios recibidos fuera del área de la red
- Los servicios de salas de emergencias y ambulancias se pagan como si se tratara de servicios recibidos dentro de la red
- Los servicios de cuidado preventivo recibidos fuera del área se cubren en un 100%
- Son aplicables el deducible y los máximos en gastos de bolsillo establecidos para los servicios recibidos fuera de la red.

Para todos los demás servicios, el plan paga 80% una vez alcanzado el deducible para servicios fuera de la red

Gestión Completa de Cuidados

Se requiere autorización previa para toda admisión de pacientes internos y para ciertos procedimientos selectos para pacientes externos, pruebas para diagnóstico y cirugía para pacientes externos. Los proveedores dentro de la red están obligados por contrato a efectuar la autorización previa a nombre de sus clientes. En caso de proveedores fuera de la red, los clientes son los responsables de seguir los procedimientos de autorización previa. Si un cliente no cumple los requisitos en cuanto a la obtención de autorización previa para tratamiento, se aplicará una multa de \$250.

Limitación de Condición Preexistente (PCL) no es aplicable.

Solucione para su bienestar: Core Plus

- Asesoramiento de riesgos de salud
- Integración de aplicaciones y dispositivos
- Contenido personalizado en nuestro sitio web y acciones basadas en los datos
- Conexiones o desafíos sociales

Definiciones

Coseguro: Después de alcanzar su deducible, usted y su plan comparten algunos de sus costos médicos. La porción de los gastos cubiertos por la cual usted es responsable se llama Coseguro.

Copago: Es una cuota fija que usted paga por ciertos servicios cubiertos, tales como visitas al médico o recetas.

Deducible: Es un monto fijo en dólares que debe pagar de su propio bolsillo antes de que su plan comience a pagar los servicios cubiertos.

Máximo de Gastos de Bolsillo: Son los límites específicos al monto total que paga de su propio bolsillo antes de que ya no se aplique el porcentaje del coseguro de su plan. Una vez que alcanza esos máximos, su plan paga el 100 por ciento de los "Cargos Máximos Sujetos a Reembolso" o las cuotas negociadas para servicios cubiertos.

Lugar del servicio: Su plan paga dependiendo del lugar dónde recibe los servicios. Por ejemplo, para estadías en hospitales, su cobertura se paga a nivel de paciente internado.

Listado de Medicamentos Recetados: Es el listado de medicamentos recetados de marca y genéricos cubiertos por su plan de farmacia.

Servicios Profesionales: Son servicios prestados por Cirujanos, Cirujanos Auxiliares, Médicos de Hospital, Radiólogos, Patólogos o Anestesiólogos

Transición de Cuidados: Suministra 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 cuales el cliente debe continuar viendo al mismo médico.

Exclusiones

Servicios que no están cubiertos (ésta no es una lista exhaustiva; encontrará una lista completa en los documentos del plan)

- Servicios que no son necesarios por razones médicas

10/01/2026

ASO

Open Access Plus - OAP

Exclusiones

- Tratamientos experimentales o en vías de investigación, excepto por costos rutinarios para el cuidado de pacientes relacionados con ensayos clínicos calificados según se describe en el documento de su plan
- Lesiones sufridas accidentalmente mientras realiza trabajo remunerado
- Enfermedades para las cuales se pueden recibir o se reciben beneficios bajo las leyes de indemnización del trabajador u otras leyes similares
- Servicios proporcionados por planes de salud gubernamentales
- Cirugía con fines estéticos, a menos que se lleve a cabo con el fin de corregir las malformaciones que resulten de una enfermedad, la reconstrucción del seno después de una mastectomía, o los defectos congénitos de un recién nacido, de un hijo adoptivo o de un niño entregado para adopción
- Tratamientos e implantes dentales
- Cuidados de custodia
- Procedimientos quirúrgicos para mejorar la vista, si el problema se puede corregir mediante gafas o lentes de contacto
- Terapia de la vista y tratamiento ortóptico
- Audífonos
- Tratamientos para revertir un procedimiento de esterilización
- Medicamentos que no requieren receta (de venta libre) o para combatir la obesidad
- Programas para dejar de fumar
- Servicios que no son de emergencia incurridos fuera de Estados Unidos
- Cirugía bariátrica
- Servicios de infertilidad
- Tratamiento de los trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ) y del músculo craneofacial

Éstos son sólo los puntos más importantes

En este resumen se describen los puntos más importantes de su plan. Para ver la lista completa de los servicios que están y no están cubiertos, incluidos los beneficios que son obligatorios en su Estado particular, consulte el certificado del seguro (insurance certificate) de su empleador, el acuerdo de servicio (service agreement) o la breve descripción del plan (summary plan description), que son los documentos oficiales del plan. En caso de existir alguna diferencia entre este resumen y los documentos del plan, prevalecerá la información en los documentos del plan.

Los productos y servicios de Cigna Healthcare son proporcionados 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 empresas subsidiarias de servicios u organizaciones del mantenimiento de la salud (HMO) de Cigna Health Corporation.

EHB Estado: CA

10/01/2026

ASO

Open Access Plus - OAP

La discriminación es ilegal

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

Cigna Healthcare no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos de género.

Cigna Healthcare:

- Brinda a las personas con discapacidad modificaciones razonables y ayuda auxiliar gratuita y apropiada para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como las siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Brinda servicios de asistencia lingüística gratuita de manera oportuna a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

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



Los productos y servicios de Cigna Healthcare son proporcionados 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 HMO o compañías de servicios subsidiarias 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. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance service, 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: Marque el 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).

896375hSP 5/25 © 2025 Cigna Healthcare.

Si cree que Cigna Healthcare no ha proporcionado estos servicios o 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 de género, puede presentar una queja ante el Coordinador de Derechos Civiles

P.O. Box 188016, Chattanooga, TN 37422,
877-822-6561 (TTY: marque el 711).

ACAGrievance@CignaHealthcare.com

Puede presentar una queja formal en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles se encuentra disponible para brindarle asistencia.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de 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 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: 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 문의하십시오.

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 fòm ki aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-800-244- 6224 (TTY: Rele 711) oswa pale ak founisè ou a.

French – ATTENTION : Si vous 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: componi il 711) o parla con il tuo fornitore.

German – Achtung: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen 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 می‌کنند، 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 شماره 1-800-244-6224 ارائه‌دهنده خود صحبت کنید