RESUMEN DE BENEFICIOS

Administrado por: Cigna Health and Life Insurance Co.
Para: River City Construction, Inc.
Open Access Plus Plan
OAP
Fecha de entrada en vigor: 1 de enero de 2027

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.

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 del plan, a menos que se indique lo contrario. Además, todas las cantidades máximas del plan y las cantidades máximas por servicios específicos (costo e incidencia) dentro y fuera de la red se acumulan entre sí, a menos que se indique lo contrario.	
Coseguro del plan	El plan paga el 70%	El plan paga el 50%
Cargo máximo reembolsable	No corresponde	110%
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.
- Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^).

©Cigna 2026

Aspectos principales del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
Desembolso máximo del plan	Individual: $7,500 Grupo familiar: $15,000	Individual: $15,000 Grupo familiar: $30,000

- 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 100%	El plan paga el 50% ^
Servicios del médico especialista/Visita al consultorio	Copago de $35, y el plan paga el 70% ^	El plan paga el 50% ^
Cirugía hecha en el consultorio del médico	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	El plan paga el 50% ^
Atención virtual		
Proveedores virtuales exclusivos - MDLIVE		
Servicios de atención virtual de urgencia de MDLIVE	El plan paga el 100%	Sin cobertura
Servicios de cuidado primario de MDLIVE	El plan paga el 100%	Sin cobertura
Servicios de cuidado especializado de MDLIVE	El plan paga el 100%	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 100%	El plan paga el 50% ^
Servicios del médico especialista/Visita al consultorio	Copago de $35, y el plan paga el 70% ^	El plan paga el 50% ^

- 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.

©Cigna 2026

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.		
Clínica de acceso fácil		
Clínica de acceso fácil	El plan paga el 100%	El plan paga el 50% ^
Cuidado preventivo		
Visita al consultorio de cuidado preventivo	El plan paga el 100%	El plan paga el 50% ^
Servicios preventivos • Incluye mamografías, pruebas de Papanicolaou, pruebas de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) y exámenes de detección colorrectales, con fines preventivos. • 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.	El plan paga el 100%	El plan paga el 50% ^
Vacunas	El plan paga el 100%	El plan paga el 50% ^
Pacientes hospitalizados		
Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados • Incluye todos los servicios de laboratorio y radiología, incluidas las imágenes radiológicas avanzadas y los productos farmacéuticos médicos.	El plan paga el 70% ^	El plan paga el 50% ^
Visitas o consultas al médico del hospital como paciente internado	El plan paga el 70% ^	El plan paga el 50% ^
Servicios profesionales para pacientes internados • Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesistas.	El plan paga el 70% ^	El plan paga el 50% ^
Pacientes ambulatorios		
Servicios en centros para pacientes ambulatorios	El plan paga el 70% ^	El plan paga el 50% ^
Servicios profesionales para pacientes ambulatorios • Para servicios prestados por cirujanos, radiólogos, patólogos y anestesistas.	El plan paga el 70% ^	El plan paga el 50% ^
Servicios de emergencia		
Sala de emergencias • Incluye los cargos del médico de la sala de emergencias, laboratorio y radiología, incluidas las imágenes radiológicas avanzadas (ARI, por sus siglas en inglés). • El copago por visita no se aplica si es admitido.	Copago de $500, y el plan paga el 100%	
Centro de cuidado de urgencia • Incluye los cargos del médico, laboratorio y radiología.	El plan paga el 100%	El plan paga el 50% ^
Ambulancia • Los servicios de ambulancia utilizados como transporte que no sea de emergencia (p. ej., regreso del hospital al hogar) generalmente no están cubiertos.	El plan paga el 70% ^	
Ambulancia – Trastornos de salud mental y de consumo de sustancias • Los servicios de ambulancia utilizados como transporte que no sea de emergencia (p. ej., regreso del hospital al hogar) generalmente no están cubiertos.	El plan paga el 100%	
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 70% ^	El plan paga el 50% ^

©Cigna 2026

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 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 100%	El plan paga el 50% ^
Centro para pacientes ambulatorios	El plan paga el 70% ^	El plan paga el 50% ^
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 70% ^	El plan paga el 50% ^
Imágenes radiológicas avanzadas (ARI)	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 70% ^	El plan paga el 50% ^
Servicios del médico/Visita al consultorio	El plan paga el 70% ^	El plan paga el 50% ^
Servicios de terapia para pacientes ambulatorios		
Fisioterapia para pacientes ambulatorios	Copago de $35, y el plan paga el 70% ^	El plan paga el 50% ^
Límites anuales: • Fisioterapia: 20 visitas. • Los límites no se aplican a afecciones mentales. • Las visitas de terapia, proporcionadas como parte de un plan de cuidado de la salud en el hogar aprobado, se acumulan para el máximo de servicios de cuidado de la salud en el hogar aplicable.		
Terapia del habla, terapia de la audición y terapia ocupacional para pacientes ambulatorios	Copago de $35, y el plan paga el 70% ^	El plan paga el 50% ^
Límites anuales: • Terapia del habla, terapia de la audición y terapia ocupacional: 40 visitas. • Los límites no se aplican a afecciones mentales para terapia del habla y terapia ocupacional. • Las visitas de terapia, proporcionadas como parte de un plan de cuidado de la salud en el hogar aprobado, se acumulan para el máximo de servicios de cuidado de la salud en el hogar aplicable.		
Atención quiropráctica	Copago de $35, y el plan paga el 70% ^	El plan paga el 50% ^
Límite anual: • Atención quiropráctica: 20 visitas.		
Atención de enfermos terminales		
Centros para pacientes internados	El plan paga el 70% ^	El plan paga el 50% ^
Servicios para pacientes ambulatorios	El plan paga el 70% ^	El plan paga el 50% ^
• Incluye la asesoría por duelo cuando forma parte de un programa para enfermos terminales.		
Medicamentos o productos farmacéuticos médicos		

©Cigna 2026

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.		
Productos farmacéuticos médicos de Cigna Pathwell Specialty®	El plan paga el 70% ^	Sin cobertura
Otros productos farmacéuticos médicos	El plan paga el 70% ^	Sin cobertura
• Los productos farmacéuticos médicos de Cigna Pathwell Specialty® solo están cubiertos cuando los administra un proveedor designado de Cigna Pathwell Specialty®. • 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.		
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).		
Aborto		
Servicios relacionados con un aborto	La cobertura varía según el lugar del servicio	La cobertura varía según el lugar del servicio
• Procedimientos provocados y no provocados.		
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, fertilización *in vitro*, transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés), transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), etc. • Máximo de por vida: Ilimitado.		
Servicios de diálisis para pacientes ambulatorios		
Servicios del médico/Visita al consultorio	Misma cobertura que la del beneficio de Servicios del médico – Visita al consultorio	Sin cobertura
Diálisis a domicilio • Las visitas de diálisis no se acumularán para el máximo de servicios de cuidado de la salud en el hogar.	Misma cobertura que la del beneficio de servicios de cuidado de la salud en el hogar del plan	Sin cobertura
Servicios en centros para pacientes ambulatorios	Misma cobertura que la del beneficio de servicios en centros para pacientes ambulatorios del plan	Sin cobertura
Servicios profesionales para pacientes ambulatorios	Misma cobertura que la del beneficio de servicios profesionales para pacientes ambulatorios del plan	Sin cobertura

©Cigna 2026

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: 60 visitas. (El límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias).	El plan paga el 70% ^	El plan paga el 50% ^
Trasplantes de órganos • Los servicios se pagan al nivel de la red si se reciben en centros de Cigna LifeSOURCE Transplant Network®. • Máximo para viajes - Centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network® únicamente: Máximo de $10,000 por trasplante.	Misma cobertura que la del beneficio para pacientes internados	Sin cobertura
Servicios específicos para la afección • Debe estar inscrito en el programa de Servicios específicos para la afección para poder recibir tratamiento ortopédico antes de la cirugía y atenderse con un proveedor específicamente designado a fin de reunir los requisitos. • Incluye servicios específicos para la cirugía, incluidos los cargos del Centro y del Profesional, desde la admisión hasta el alta. Es posible que se apliquen algunas limitaciones. • Máximo para viajes: $600 por procedimiento.	El plan paga el 100%	No corresponde
Equipo médico duradero y aparatos protésicos externos • Límite anual: Ilimitado.	El plan paga el 70% ^	El plan paga el 50% ^
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 50% ^
Acupuntura • Límite anual: 12 visitas.	Copago de $35, y el plan paga el 70% ^	Sin cobertura
Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^).		
Trastornos de salud mental y de consumo de sustancias		
Servicios de salud mental para pacientes internados	El plan paga el 70% ^	El plan paga el 50% ^
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios – Consultorio del médico	El plan paga el 70% ^	El plan paga el 50% ^
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios – Servicios de salud del comportamiento de MDLIVE	El plan paga el 100%	Sin cobertura
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios	El plan paga el 70% ^	El plan paga el 50% ^
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes internados	El plan paga el 70% ^	El plan paga el 50% ^
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios – Consultorio del médico	El plan paga el 70% ^	El plan paga el 50% ^
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios – Servicios de salud del comportamiento de MDLIVE	El plan paga el 100%	Sin cobertura
Servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios – Todos los demás servicios	El plan paga el 70% ^	El plan paga el 50% ^

©Cigna 2026

Nota: Los servicios en los que se aplique el deducible del plan están indicados con un signo de intercalación (^).

- "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 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".

Límites anuales:

- Máximo ilimitado.

Farmacia	Dentro de la red	Fuera de la red
Parte del costo que le corresponde y suministro		
Parte del costo de farmacia • 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). • Si recibe un suministro de 34 días o menos en una farmacia de entrega a domicilio de un medicamento con receta de especialidad, la parte del costo de la farmacia de entrega a domicilio de especialidad se ajustará para reflejar el costo compartido de la farmacia minorista (por suministro para 30 días).	**Farmacia minorista (por suministro para 30 días):** Genéricos: Usted paga $3 De marca preferida: Usted paga $75 De marca no preferida: Usted paga $100 **Farmacia minorista y entrega a domicilio (por suministro para 30 días):** Especialidad: Usted paga el 20% hasta un máximo de $300 **Farmacia minorista y entrega a domicilio (por suministro para 90 días):** Genéricos: Usted paga $8 De marca preferida: Usted paga $188 De marca no preferida: Usted paga $250	**Farmacia minorista:** Usted paga el 50% Su plan paga el 50% **Entrega a domicilio:** Sin cobertura

©Cigna 2026

Farmacia	Dentro de la red	Fuera de la red

- **Member Choice Cigna 90 Now:** Esta red de farmacias incluye las principales cadenas minoristas de Walgreens y CVS, además de otras farmacias de supermercados, tiendas minoristas y farmacias independientes. Se le asignará la red de Walgreens o la de CVS, según la relación que ya tenga con una farmacia. Si no tiene relación con ninguna farmacia, se le asignará una farmacia de CVS elegida por el patrocinador del plan. Si esa designación no es adecuada para usted, tendrá la opción de elegir a Walgreens. Para obtener más información, visite myCigna.com o llame al número que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de ID. 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.
- 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.
- Cuando solicita un medicamento de marca, usted 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”) (MAC B).
- El farmacéutico despachará el medicamento de marca, y el paciente pagará el costo compartido del medicamento genérico, si el medicamento forma parte del Programa de Sustitución de Genéricos por Medicamentos de Marca (DAW9).
- Entrega a domicilio exclusiva para los medicamentos de especialidad (ESHD, por sus siglas en inglés): Los medicamentos de especialidad deben despacharse a través de la entrega a domicilio; de lo contrario, usted pagará el costo total de la receta la primera vez que se lo despachen. Es posible que se apliquen algunas excepciones.
- Si usa el cupón de un fabricante para pagar todo o parte del costo de un medicamento, es posible que el valor del cupón no cuente para alcanzar el deducible o el desembolso máximo de su plan, si corresponde.
- **Programa de medicamentos de especialidad SaveOn:** Es posible que ciertos medicamentos de especialidad se consideren beneficios de salud no esenciales y estén excluidos de los límites de deducible y desembolso. Todos los medicamentos incluidos en este programa podrían estar sujetos a un costo compartido más alto que las cantidades indicadas más arriba. Si participa en el programa, es posible que el costo compartido se pague a través de un programa de asistencia para copagos del fabricante y que su costo de desembolso quede reducido a $0. Si no participa en el programa, será responsable de pagar el costo compartido de estos medicamentos y el pago no se aplicará a su deducible ni a los desembolsos máximos. Consulte los documentos de su plan para obtener información más específica.
- Sus beneficios de farmacia comparten un desembolso máximo con los beneficios médicos/de salud del comportamiento.
- Al usar un péptido similar al glucagón 1 (GLP-1, por sus siglas en inglés), es importante contar con un seguimiento clínico especial y apoyo de su médico y su farmacéutico. En la red de su plan hay farmacias que pueden ayudarle, incluida Evernorth EnGuide℠ Pharmacy.

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 dentro de la red incluidos en el Paquete Preventive se proporcionarán sin cargo. Esto puede aplicarse a medicamentos para tratar:

Asma, reducción del colesterol, depresión, diabetes (incluidos los suministros para la diabetes, pero sin incluir los suministros para monitores de glucosa continuos), enfermedades cardíacas y derrames cerebrales, presión arterial alta, osteoporosis y vitaminas prenatales.

©Cigna 2026

Medicamentos cubiertos

Lista de medicamentos con receta:
La Lista de medicamentos con receta Advantage 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. Algunos de los medicamentos más costosos están excluidos cuando hay alternativas más económicas. Para consultar los medicamentos que incluye su plan, inicie sesión en myCigna.com.
Algunas características importantes:

- La cobertura incluye medicamentos inyectables autoadministrados, 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%.
- Los medicamentos para mejorar la calidad de vida están cubiertos, limitados a la disfunción sexual.
- Los antihistamínicos no sedantes genéricos están cubiertos.
- Los medicamentos orales para tratar la infertilidad están cubiertos.
- Las vitaminas con receta están cubiertas.
- Los medicamentos para las úlceras genéricos (inhibidores de la bomba de protones o PPI, por sus siglas en inglés) están cubiertos.

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) Accredo 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 Accredo, 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 solo cuenta para alcanzar su desembolso máximo.
- Cualquier descuento proporcionado por un fabricante de productos farmacéuticos por estos medicamentos solo cuenta para alcanzar su desembolso máximo.

Información adicional

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.

©Cigna 2026

Información adicional

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 del plan y a las limitaciones del Cargo máximo reembolsable.

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

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

Coordinación con Medicare
De conformidad con la Ley del Seguro Social de 1965, este plan pagará como secundario de las Partes A y B de Medicare, en los siguientes casos:
(a) un exempleado, como un jubilado, un exempleado incapacitado, el cónyuge dependiente y/o el hijo o los hijos dependientes de un exempleado, incluida la pareja de hecho de un exempleado, 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;
(b) la pareja de hecho de un empleado que también cumpla con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare debido a la edad;
(c) un empleado, un exempleado, el cónyuge dependiente y/o el hijo o los hijos dependientes de un empleado o un exempleado, el dependiente de un empleado, incluida la pareja de hecho, que cumpla con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare debido a una enfermedad renal terminal, después de que esa persona haya cumplido con los requisitos para recibir cobertura en virtud de Medicare durante 30 meses.

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

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.

Servicios fuera del área • Cobertura para servicios prestados fuera del área de una red. • Los servicios de la sala de emergencias y de ambulancia se pagan igual que los servicios de la red. • Los servicios de cuidado preventivo están 100% cubiertos fuera del área. • Se aplican el deducible y los desembolsos máximos fuera de la red.	Para todos los demás servicios, el plan paga el 60% después de que se alcance el deducible fuera de la red.

Administración de la atención completa
Se debe obtener autorización previa para todas las admisiones para pacientes internados y para determinados procedimientos para pacientes ambulatorios, pruebas de diagnóstico y cirugías de pacientes ambulatorios. Los proveedores de la red están obligados por contrato a realizar el proceso de autorización previa en nombre de los clientes. En el caso de proveedores fuera de la red, el cliente tiene la responsabilidad de cumplir con el procedimiento de autorización previa. Si un cliente no cumple con los requisitos para obtener la autorización antes del tratamiento, se aplicará una multa de $250.

©Cigna 2026

Información adicional

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

Solución de bienestar: Core Plus

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

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

Exclusiones

Servicios no cubiertos (la lista no es exhaustiva; encontrará una lista completa en los documentos de su plan)

- Servicios que no son médicamente necesarios
- Los tratamientos que estén en etapa experimental o en investigación, a excepción de los costos de cuidado de rutina del paciente relacionados con estudios clínicos calificados, según lo descrito en el documento de su plan
- Lesión accidental que se produzca mientras esté trabajando por un sueldo o ganancias
- Enfermedad por la cual, en virtud de cualquier ley de seguro de accidentes de trabajo o una ley similar, se paguen beneficios o haya beneficios pagaderos
- Servicios brindados por planes de salud gubernamentales
- Cirugía estética, a menos que corrija deformidades provocadas por una enfermedad, cirugía de reconstrucción mamaria después de una mastectomía o defectos congénitos de un hijo recién nacido o adoptado, o un niño recibido en tutela para la adopción
- Tratamientos e implantes dentales
- Cuidados de custodia
- Procedimientos quirúrgicos para mejorar problemas de visión que puedan corregirse mediante el uso de anteojos o lentes de contacto
- Terapia de la vista o tratamiento ortóptico
- Aparatos auditivos
- Reversión de procedimientos de esterilización
- Medicamentos de venta sin receta o medicamentos contra la obesidad
- Servicios que no sean de emergencia recibidos fuera de los Estados Unidos
- Cirugía bariátrica
- Tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular y trastornos de los músculos craneofaciales

©Cigna 2026

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: NC

©Cigna 2026

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 sexuales.

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

Cigna Healthcare:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y herramientas especiales gratuitas para que 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, en forma oportuna, a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
  - intérpretes calificados;
  - información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, servicios y herramientas especiales, o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que Cigna Healthcare no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales, puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles.
P.O. Box 188016, Chattanooga, TN 37422,
877.822.6561 (TTY: marque el 711)
ACAGrievance@CignaHealthcare.com

La queja puede presentarse en persona, por correo postal, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de derechos civiles podrá ayudarle.

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 a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue,
SW Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

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

cigna healthcare

Todos los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, 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, 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 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). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

896375SPh 5/25 © 2025 Cigna Healthcare.

Proficiency of Language Assistance Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Persian (Farsi) - همچنین، وسایل و خدمات کمکی مناسب برای در دسترس است. خدمات رایگان کمک زبان برای شما صحبت می‌کنید د، توجه:

اگر به فارسی تماس بگیرید یا با (شماره 711 را بگیرید :TTY) ارائه اطلاعات در قالبهای قابل دسترس به صورت رایگان در دسترس هستند. با شماره1-800-244-6224.ارائه‌دهنده خود صحبت کنید