



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un **plan** médico. El SBC le muestra cómo usted y el **plan** compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este **plan** (llamada **prima**) se proporcionará aparte. Este es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite [www.cigna.com/sp](http://www.cigna.com/sp). Para una definición de los términos de uso común, como **monto permitido**, **facturación del saldo**, **coseguro**, **copago**, **deducible**, **proveedor**, u otros términos **delineados**, consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en [https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316\\_508.pdf](https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.pdf) o llamar al 1-866-494-2111 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <b>deducible</b> general?	Para <b>proveedores dentro de la red</b> : \$3,200/persona - empleado únicamente o \$6,000/máximo familiar (no más de \$3,200 por persona dentro de la familia). Para <b>proveedores fuera de la red</b> : \$6,000/persona - empleado únicamente o \$12,000/máximo familiar (no más de \$6,000 por persona dentro de la familia). Deducible médico/de salud del comportamiento y de farmacia combinado.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <b>proveedores</b> hasta el <b>deducible</b> antes de que este <b>plan</b> comience a pagar. Si tiene a otros miembros de la familia en el <b>plan</b> , cada uno deberá alcanzar su propio <b>deducible</b> individual hasta que la cantidad total de gastos de <b>deducible</b> que hayan pagado todos los miembros de la familia alcance el <b>deducible</b> familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <b>deducible</b> ?	Sí. La <b>atención preventiva</b> dentro de la red, y los medicamentos preventivos genéricos y de marca preferida dentro de la red.	Este <b>plan</b> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <b>deducible</b> . Sin embargo, es posible que se aplique un <b>copago</b> o <b>coseguro</b> . Por ejemplo, este <b>plan</b> cubre algunos <b>servicios preventivos</b> sin <b>costos compartidos</b> y antes de que cumpla con su <b>deducible</b> . Vea una lista de <b>servicios preventivos</b> cubiertos en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay algún otro <b>deducible</b> por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un <b>deducible</b> por servicios específicos.
¿Cuál es el <b>límite a los gastos directos del bolsillo</b> de este <b>plan</b> ?	Para <b>proveedores dentro de la red</b> : \$3,200/persona - empleado únicamente o \$6,000/máximo familiar (no más de \$3,200 por persona dentro de la familia). Para <b>proveedores fuera de la red</b> : \$14,000/persona - empleado únicamente o \$28,000/máximo familiar (no más de \$14,000 por persona dentro de la familia). <b>Límite a los gastos directos del bolsillo</b> médico/de salud del comportamiento y de farmacia combinado.	El <b>límite a los gastos directos del bolsillo</b> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de la familia en este <b>plan</b> , ellos tienen que alcanzar sus propios <b>límites a los gastos directos del bolsillo</b> hasta que se alcance el <b>límite a los gastos directos del bolsillo</b> general familiar.
¿Qué no incluye el <b>límite a los gastos directos del bolsillo</b> ?	Las multas por falta de <b>autorización previa</b> de los servicios, algunos cupones de medicamentos, las <b>primas</b> , los cargos por <b>facturación de saldos</b> y la atención médica que este <b>plan</b> no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <b>límite a los gastos directos del bolsillo</b> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red médica</a> ?	Sí. Vea <a href="http://www.cigna.com">www.cigna.com</a> o llame al 1-866-494-2111 para una lista de <a href="#">proveedores dentro de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> usa una lista de <a href="#">proveedores dentro de la red</a> . Usted pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor</a> dentro de la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Usted pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia en el costo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en mente que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> podría utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener los servicios.
¿Necesita un <a href="#">referido</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede acudir al <a href="#">especialista</a> de su preferencia sin un <a href="#">referido</a> .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo/visita	<a href="#">Coseguro</a> del 50%	Ninguna
	Visita al <a href="#">especialista</a>	Sin cargo/visita	<a href="#">Coseguro</a> del 50%	Ninguna
	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</a>	Sin cargo No se aplica ningún <a href="#">deducible</a>	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su <a href="#">plan</a> .
Si se realiza un examen	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	<a href="#">Coseguro</a> del 50%	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Sin cargo en instalaciones para pacientes en consulta externa Sin cargo en el consultorio	<a href="#">Coseguro</a> del 50% en instalaciones para pacientes en consulta externa <a href="#">Coseguro</a> del 50% en el consultorio	Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Sin cargo/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Sin cobertura	La cobertura se limita a un suministro para un máximo de 90 días (farmacia minorista y entrega a domicilio) y a un suministro para un máximo de 30 días (farmacia minorista y entrega a domicilio) para los <a href="#">medicamentos especializados</a> .
	Medicamentos de marcas preferidas (nivel 2)	Sin cargo/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Sin cobertura	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.cigna.com">www.cigna.com</a>	Medicamentos de marcas no preferidas (nivel 3)	Sin cargo/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Sin cobertura	Es posible que se apliquen algunas limitaciones, como por ejemplo, autorización previa, tratamiento escalonado y límites de cantidad. Para los medicamentos del programa Patient Assurance Program de Cigna, es posible que pague menos que los montos de costos compartidos indicados para las farmacias minoristas o para la entrega a domicilio. Los medicamentos preventivos requeridos por el gobierno federal dentro de la red se proporcionarán sin cargo.
<b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	<a href="#">Coseguro</a> del 50%	Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	<a href="#">Coseguro</a> del 50%	Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	Sin cargo	Sin cargo	Los servicios fuera de la red se pagan al costo compartido y el <a href="#">deducible</a> dentro de la red.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	Sin cargo	Sin cargo	Los servicios de ambulancia aérea fuera de la red se pagan al costo compartido y el <a href="#">deducible</a> dentro de la red.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	Sin cargo	<a href="#">Coseguro</a> del 50%	Ninguna
<b>Si le hospitalizan</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Sin cargo	<a href="#">Coseguro</a> del 50%	Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	<a href="#">Coseguro</a> del 50%	Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
<b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b>	Servicios ambulatorios	Sin cargo/visita al consultorio Sin cargo/todos los demás servicios	<a href="#">Coseguro</a> del 50%/visita al consultorio <a href="#">Coseguro</a> del 50%/todos los demás servicios	Multa de \$250 si no se precertifican los servicios fuera de la red que no son de rutina (por ejemplo, hospitalización parcial, etc.). Incluye servicios médicos para diagnósticos de salud mental/toxicomanías.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Servicios internos	Sin cargo/admisión	<a href="#">Coseguro</a> del 50%	Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red. Incluye servicios médicos para diagnósticos de salud mental/toxicomanías.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	<a href="#">Coseguro</a> del 50%	Se aplican los niveles de beneficios de la atención primaria o de <a href="#">especialistas</a> a la visita inicial para confirmar el embarazo. El <a href="#">costo compartido</a> no se aplica a los <a href="#">servicios preventivos</a> . Según el tipo de servicio, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> , <a href="#">coseguro</a> o <a href="#">deducible</a> . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios que están descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, sonogramas).
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo	<a href="#">Coseguro</a> del 50%	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Sin cargo	<a href="#">Coseguro</a> del 50%	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<a href="#">Atención de la salud en el hogar</a>	Sin cargo	<a href="#">Coseguro</a> del 50%	Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 40 visitas por año. (El límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias).
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Sin cargo/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición  Sin cargo/visita para servicios de atención quiropráctica	<a href="#">Coseguro</a> del 50%/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición  <a href="#">Coseguro</a> del 50%/visita para atención quiropráctica	Multa de \$250 por no precertificar terapia del habla fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 30 visitas por año para fisioterapia, de 30 visitas por año para terapia del habla, de la audición y ocupacional y de 30 visitas por año para servicios de atención quiropráctica.  No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Sin cargo/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición	<a href="#">Coseguro</a> del 50%/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición	Multa de \$250 por no precertificar terapia del habla fuera de la red. Los servicios están cubiertos cuando son <a href="#">médicamente necesarios</a> para tratar una afección mental (p. ej., autismo) o una anomalía congénita.  No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	Sin cargo	<a href="#">Coseguro</a> del 50%	Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 30 días por año.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	Sin cargo	<a href="#">Coseguro</a> del 50%	Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	Sin cargo/servicios para pacientes internados Sin cargo/servicios para pacientes en consulta externa	<a href="#">Coseguro</a> del 50%/servicios para pacientes internados <a href="#">Coseguro</a> del 50%/servicios para pacientes en consulta externa	Multa de \$250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
<b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>	Examen de la vista pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su [plan](#) o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Atención dental (niños)
- Aparatos auditivos
- Tratamiento para la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos
- Enfermería de práctica privada
- Atención de la vista de rutina (adultos)
- Atención de la vista de rutina (niños)
- Atención de los pies de rutina
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- Atención quiropráctica (30 visitas)

## Sus derechos a continuar con su cobertura:

Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguro Médico](#). Para más información acerca del [Mercado](#), visite [www.CuidadoDeSalud.gov](http://www.CuidadoDeSalud.gov) o llame al 1-800-318-2596.

## Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:

Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle un [reclamo](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Servicio al Cliente de Cigna al 1-866-494-2111. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o ingresando en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

## ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras políticas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otra cierta cobertura. Si califica para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no califique para el [crédito fiscal para las primas](#).

## ¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

## Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-494-2111.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-494-2111.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-494-2111.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-494-2111.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

**Acerca de los ejemplos de cobertura:**



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los servicios excluidos dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

**Peg está embarazada**  
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3,200
- [Coseguro de especialista](#) 0%
- [Coseguro de hospital](#) (instalaciones) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)  
 Servicios de parto profesionales  
 Servicios de instalaciones de partos profesionales  
[Pruebas diagnósticas](#) (sonogramas y análisis de sangre)  
 Visita al [especialista](#) (anestesia)

**Costo total hipotético \$12,700**

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$3,200
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$3,220</b>

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**  
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3,200
- [Coseguro de especialista](#) 0%
- [Coseguro de hospital](#) (instalaciones) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del [médico primario](#)  
 (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)  
[Pruebas diagnósticas](#) (análisis de sangre)  
[Medicamentos por recetas](#)  
[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

**Costo total hipotético \$5,600**

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$3,200
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$40
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$3,240</b>

**Fractura simple de Mia**  
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3,200
- [Coseguro de especialista](#) 0%
- [Coseguro de hospital](#) (instalaciones) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

[Sala de emergencias](#)  
 (incluye materiales médicos)  
[Prueba diagnóstica](#) (radiografía)  
[Equipo médico duradero](#) (muletas)  
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

**Costo total hipotético \$2,800**

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$2,800
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$2,800</b>

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

**Nombre del Plan:** OAP HDHPQ Silver Plan HDHPQ **Ben Ver:** 29 **Plan ID:** 28202463



ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO DE MANERA INTENCIONAL.

# LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

## Cobertura médica

Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Cigna no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Cigna:

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

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación y pídale a un asociado de Servicio al Cliente que le ayude.

Si considera que Cigna no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja escribiendo un mensaje de correo electrónico a

ACAGrievance@Cigna.com o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna  
Nondiscrimination Complaint Coordinator  
PO Box 188016  
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar una queja escrita, llame al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o envíe un mensaje de correo electrónico a ACAGrievance@Cigna.com. También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)  
Los formularios para presentar una queja están disponibles en  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation y Cigna Dental Health, Inc. El nombre y los logos de Cigna, así como las demás marcas de Cigna, son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

## Proficiency of Language Assistance Services

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

**Spanish** – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. 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).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Persian (Farsi)** – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می‌شود. برای مشتریان فعلی Cigna، لطفاً با شماره‌ای که در پشت کارت شناسایی شماست تماس بگیرید. در غیر اینصورت با شماره 1.800.244.6224 (شماره تلفن ویژه ناشنویان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).