



2025 Resumen de beneficios

1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Cigna True Choice Medicare (PPO)
H7849-I34-00I

**Libertad para elegir a su propio médico sin la necesidad
de obtener una referencia; sus beneficios viajan con usted
a otras redes PPO de Cigna Healthcare en todo el país**

Área de servicio:

Condados de Collin, Dallas, Denton, Hood, Johnson, Parker, Tarrant y Wise, **TX**



Introducción

Este *Resumen de beneficios* le brinda un resumen de lo que **Cigna True Choice Medicare (PPO)** cubre y lo que usted paga. No incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la *Evidencia de cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés) del plan en línea en **CignaMedicare.com** o llámenos para solicitar una copia.

Para afiliarse

Para afiliarse a este plan, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

Comparación de la cobertura

Si quiere comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pídale a los otros planes su *Resumen de beneficios*. O bien, use el *Buscador de planes de Medicare* en www.medicare.gov.

Más información sobre Original Medicare

Si quiere obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual vigente *Medicare y usted*.

Puede consultarla en línea en www.medicare.gov/medicare-and-you.

Llame al **I-800-MEDICARE (I-800-633-4227)** para pedir una copia, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **I-877-486-2048**.

¿Necesita ayuda?

Si usted ya es cliente

Llame al número gratuito **I-800-668-3813 (TTY 711)**. Servicio al Cliente atiende de 8 a. m. a 8 p. m., hora local: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; y de lunes a viernes, de abril a septiembre. Nuestro sistema de telefonía automatizada responderá sus llamadas los fines de semana, los feriados y fuera del horario de atención.

Si usted no es cliente

Llame al número gratuito **I-800-313-0973 (TTY 711)**. Se encuentran disponibles agentes con licencia de 8 a. m. a 8 p. m., hora local: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; y de lunes a viernes, de abril a septiembre. Nuestro sistema de telefonía automatizada responderá sus llamadas los fines de semana, los feriados y fuera del horario de atención.

También puede visitar nuestro sitio web en **CignaMedicare.com**.

1 | Sobre este plan

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Cigna True Choice Medicare (PPO) cuenta con una red de médicos, hospitales y otros proveedores. También puede elegir usar proveedores fuera de la red por un copago o coseguro normalmente mayor.

Generalmente, deberá usar farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D.

- Puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan en nuestro sitio web, CignaMedicare.com.

¿Qué está cubierto?

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare... y mucho más.

- Nuestros clientes reciben todos los beneficios que cubre Original Medicare.
- Nuestros clientes también reciben más de lo

que cubre Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales se detallan en este Resumen de beneficios.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

- Si desea ver la *Lista de medicamentos con receta completa* del plan, que enumera los medicamentos con receta de la Parte D y las restricciones que se aplican, visite nuestro sitio web, CignaMedicare.com.
- O bien, llámenos y le enviaremos una copia de la *Lista de medicamentos con receta completa* del plan.

2 | Prima mensual, deducible y límites

Beneficio	Cigna True Choice Medicare (PPO)
Prima mensual del plan	\$0 por mes. Además, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible médico	Deducible de la Parte A/B de Medicare de \$425 El deducible se aplica a los siguientes servicios, tanto dentro como fuera de la red: <ul style="list-style-type: none">➤ Servicios de rehabilitación cardíaca y rehabilitación cardíaca intensiva➤ Servicios de rehabilitación pulmonar➤ Servicios de terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés) para enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés) sintomática➤ Hospitalización parcial➤ Terapia ocupacional➤ Fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje➤ Servicios del programa de tratamiento de opioides➤ Procedimientos y exámenes de diagnóstico➤ Servicios radiológicos de diagnóstico➤ Servicios radiológicos terapéuticos➤ Servicios de radiografías para pacientes ambulatorios➤ Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios➤ Servicios de observación➤ Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios (ASC, por sus siglas en inglés)➤ Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios: individual y grupal➤ Servicios de ambulancia terrestre y aérea➤ Servicios de diálisis➤ Servicios dentales cubiertos por Medicare➤ Exámenes de la vista cubiertos por Medicare➤ Productos ópticos cubiertos por Medicare➤ Exámenes de audición cubiertos por Medicare

Beneficio	Cigna True Choice Medicare (PPO)
	<p>El deducible también se aplica a estos servicios fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Atención hospitalaria para pacientes internados con enfermedades agudas ➤ Atención hospitalaria para pacientes internados con enfermedades psiquiátricas ➤ Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) ➤ Cuidado de la salud en el hogar ➤ Médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) ➤ Atención quiropráctica cubierta por Medicare ➤ Médico especialista ➤ Salud mental para pacientes ambulatorios: individual y grupal ➤ Servicios de podología cubiertos por Medicare ➤ Otro profesional de cuidado de la salud ➤ Atención psiquiátrica para pacientes ambulatorios: individual y grupal ➤ Servicios de laboratorio ➤ Servicios relacionados con la sangre para pacientes ambulatorios ➤ Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) ➤ Dispositivos protésicos ➤ Suministros médicos ➤ Suministros para diabéticos ➤ Plantillas/calzados terapéuticos para diabéticos ➤ Servicios de educación sobre enfermedades renales ➤ Prueba de detección de glaucoma ➤ Capacitación para el autocontrol de la diabetes ➤ Enemas de bario ➤ Exámenes rectales dactilares ➤ ECG después de la consulta de bienvenida ➤ Medicamentos para quimioterapia/radioterapia de la Parte B de Medicare ➤ Otros medicamentos de la Parte B de Medicare
Monto de desembolso máximo (no incluye medicamentos con receta)	<p>Sus límites de desembolso anuales en este plan: \$9,350, que se aplican a beneficios dentro de la red cubiertos por Medicare</p> <p>Este límite es lo máximo que usted paga por copagos, coseguro y otros costos por servicios cubiertos por Medicare durante el año. Si alcanza el límite de los costos de desembolso, seguirá teniendo cobertura para los servicios médicos y hospitalarios cubiertos por Medicare dentro de la red, y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>\$14,000, que se aplican a beneficios dentro y fuera de la red cubiertos por Medicare combinados</p> <p>Si alcanza el límite de los costos de desembolso dentro y fuera de la red combinados, seguirá teniendo cobertura para los servicios médicos y hospitalarios cubiertos por Medicare, y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que aún deberá seguir pagando sus primas mensuales, si las hubiere, y el costo compartido para los medicamentos con receta de la Parte D.</p>

3 | Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

Beneficio	Lo que usted paga	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Nota: Es posible que los servicios con un ¹ requieran autorización previa. Es posible que los servicios con un ² requieran una referencia de su médico.		
Cobertura hospitalaria como paciente internado¹		
Excepto en situaciones de emergencia, su médico debe informar al plan que usted será internado en el hospital. Para cada internación en un hospital cubierta por Medicare, deberá pagar el costo compartido correspondiente, que comenzará a partir del día 1, cada vez que lo internen.	Copago de \$295 por día para los días 1-6 Copago de \$0 por día para los días 7-90 Copago de \$0 por día a partir del día 91	Copago de \$450 por día para los días 1-15 Copago de \$0 por día para los días 16-90

Beneficio	Lo que usted paga	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios		
Hospital para pacientes ambulatorios ¹	Copago de \$0 por procedimientos quirúrgicos durante un examen de detección colorrectal Copago de \$325 para todos los demás servicios ambulatorios	Coseguro del 40 %
Observación de pacientes ambulatorios ¹	Copago de \$325 por estadía	Coseguro del 40 %
Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios (ASC, por sus siglas en inglés)		
Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios (ASC) ¹	Copago de \$0 por procedimientos quirúrgicos durante un examen de detección colorrectal Copago de \$275 para todos los demás servicios ambulatorios	Coseguro del 40 %
Consultas al médico		
Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)	Copago de \$0 por visitas en persona o de telesalud	Copago de \$10 por visitas en persona o de telesalud
Especialistas ¹	Copago de \$40 por visitas en persona o de telesalud	Copago de \$55 por visitas en persona o de telesalud

Beneficio	Lo que usted paga	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado preventivo		
<p>Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluidos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal ➤ Asesoramiento y exámenes de detección de abuso de alcohol ➤ Medición de la masa ósea ➤ Examen de detección de cáncer de mama (mamografía) ➤ Terapia conductual para enfermedades cardiovasculares ➤ Examen de detección de enfermedades cardiovasculares ➤ Examen de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal ➤ Examen de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en heces, pruebas de ADN en heces multiobjetivo, enemas de bario, sigmoidoscopía flexible) ➤ Examen de detección de depresión ➤ Examen de detección de diabetes ➤ Capacitación para el autocontrol de la diabetes ➤ Pruebas de glaucoma ➤ Examen de detección de infección por el virus de la hepatitis B (VHB) ➤ Examen de detección de hepatitis C ➤ Examen de detección de VIH ➤ Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT, por sus siglas en inglés) ➤ Servicios de terapia médica nutricional ➤ Asesoramiento y exámenes de detección de obesidad ➤ Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA, por sus siglas en inglés) ➤ Asesoramiento y exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual ➤ Asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para personas que no tienen ningún signo de una enfermedad relacionada con el tabaco) ➤ Vacunas, incluidas vacunas contra la COVID-19, vacunas antigripales/contra la influenza, vacunas contra la hepatitis B y vacunas antineumocócicas ➤ Consulta preventiva Bienvenido a Medicare (solo una vez) ➤ Visita anual de bienestar 	<p>Copago de \$0</p> <p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto. Consulte su EOC para conocer la frecuencia de los servicios cubiertos.</p>	<p>Copago de \$10</p> <p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto. Consulte su EOC para conocer la frecuencia de los servicios cubiertos.</p>

Beneficio	Lo que usted paga	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado de emergencia		
Servicios de cuidado de emergencia	Copago de \$110 Si lo internan en el hospital dentro de un plazo de 24 horas por la misma afección, no tendrá que pagar su parte del costo por el cuidado de emergencia.	Igual que dentro de la red
Cobertura de emergencia/urgencia/transporte de emergencia en todo el mundo	Copago de \$110 Monto de cobertura máximo en todo el mundo de \$50,000	Igual que dentro de la red
Servicios urgentemente necesarios		
Servicios de cuidado de urgencia	Copago de \$30 Si lo internan en el hospital dentro de un plazo de 24 horas por la misma afección, no tendrá que pagar su parte del costo por el cuidado de urgencia.	Igual que dentro de la red
Servicios de diagnóstico, laboratorio y diagnóstico por imágenes		
Los costos de estos servicios pueden variar según el lugar del servicio o el tipo de servicio.		
Procedimientos y exámenes de diagnóstico ¹	Copago de \$0 para ECG Copago de \$100 para todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico	Coseguro del 40 %
Servicios de laboratorio ¹	Copago de \$0	Coseguro del 40 %
Pruebas genéticas ¹	Copago de \$50	Coseguro del 40 %
Servicios radiológicos de diagnóstico (MRI, TC, etc.) ¹	Copago de \$0–\$175	Coseguro del 40 %
Servicios radiológicos terapéuticos ¹	Copago de \$60	Coseguro del 40 %
Servicios de radiografía	Copago de \$15	Coseguro del 40 %

Beneficio	Lo que usted paga	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de audición		
Exámenes de audición (cubiertos por Medicare)	Copago de \$40	Coseguro del 50 %
Las evaluaciones de audición y equilibrio de diagnóstico realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando están a cargo de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Se aplicará un costo compartido por separado para el médico si se prestan servicios adicionales que requieran costos compartidos.		
Exámenes de audición de rutina	Copago de \$0 para 1 examen de audición de rutina por año	coseguro del 50 % para 1 examen de audición de rutina por año; límite de visitas combinado con el coseguro dentro de la red
Evaluación/ajuste de audífonos	Copago de \$0 para 1 ajuste/evaluación de audífonos por año	Coseguro del 50 % para 1 ajuste/evaluación de audífonos por año; límite de visitas combinado con el coseguro dentro de la red
Audífonos	Copago de \$399 a \$1,800 por dispositivo, limitado a 2 dispositivos por año. El costo compartido real dependerá del audífono seleccionado. Los clientes deben ponerse en contacto con el proveedor de servicios de la audición de Cigna Healthcare SM para acceder a los beneficios de audífonos.	Combinado con el costo compartido dentro de la red. Los clientes deben ponerse en contacto con el proveedor de servicios de la audición de Cigna Healthcare SM para acceder a los beneficios de audífonos.
Servicios dentales (cubiertos por Medicare)¹		
Servicios dentales limitados (no incluye los servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, el empaste, la extracción o el reemplazo de piezas dentales)	Copago de \$40	Copago de \$55

Beneficio	Lo que usted paga	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales preventivos e integrales (de rutina)		
Asignación para atención dental Ayuda a pagar la mayoría de los servicios dentales preventivos e integrales con cualquier dentista con licencia que no esté excluido por Medicare. El beneficio no cubre los servicios estéticos. Los proveedores de Cigna Dental Allowance (DPPO) le facturarán directamente a Cigna Healthcare. Otros proveedores pueden requerir el pago en el momento del servicio. Para recibir el reembolso, lleve el Formulario de reclamo de reembolso dental a su cita y pídale a su proveedor que lo ayude a completarlo. Para obtener más información sobre este beneficio, consulte su Guía de Cigna Dental Allowance en línea en cignamedicare.com/dental-allowance-2025 , o llame a Servicio al Cliente del plan dental.	\$0 hasta el monto de asignación	Combinado con el copago dentro de la red
Cantidad de cobertura máxima	Asignación combinada de \$1,300 para servicios dentales preventivos e integrales cada año.	Combinado con el copago dentro de la red
Servicios de la vista		
Exámenes de la vista (cubiertos por Medicare) Es posible que se aplique un costo compartido por separado para el médico si se prestan servicios adicionales que requieren costos compartidos (p. ej., si se descubre una afección de la vista durante un examen de la vista preventivo de rutina, entre otros). Puede aplicarse un costo compartido del centro para los procedimientos realizados en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios.	Copago de \$0 para examen de detección de retinopatía diabética cubierto por Medicare Copago de \$35 para todos los demás servicios de la vista cubiertos por Medicare	Copago de \$55
Examen de la vista de rutina Un examen de la vista de rutina (incluida la refracción ocular) por año. No se cubren las refracciones oculares que se realicen por fuera del examen de la vista de rutina anual. A fin de que tengan cobertura, los exámenes de la vista de rutina y los productos ópticos deben obtenerse a través de un proveedor que forme parte de la red de proveedores de la vista de Cigna Healthcare.	Copago de \$0 para el examen de la vista de rutina por año	Coseguro del 50 % para el examen de la vista de rutina por año; límite de visitas combinado con el coseguro dentro de la red

Beneficio	Lo que usted paga	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen de detección de glaucoma (cubierto por Medicare)	Copago de \$0	Copago de \$0
Productos ópticos (cubiertos por Medicare)	Copago de \$0	Coseguro del 40 %
Productos ópticos de rutina ➤ Anteojos (lentes y marcos) ➤ Lentes de anteojos ➤ Marcos de anteojos ➤ Lentes de contacto (incluido el ajuste) ➤ Mejoras	Copago de \$0 hasta la cantidad de cobertura máxima del plan de \$250 por año La asignación especificada por el plan puede aplicarse solamente a l conjunto de productos ópticos al año. Los clientes pueden elegir una combinación de marco/lentes de anteojos o lentes de contacto (incluidos los honorarios profesionales relacionados), pero no ambos.	Combinado con el copago dentro de la red
Servicios de salud mental		
Inpatient ¹ Excepto en situaciones de emergencia, su médico debe informar al plan que usted será internado en el hospital. Para cada internación en un hospital cubierta por Medicare, deberá pagar el costo compartido correspondiente, que comenzará a partir del día 1 cada vez que lo internen.	Copago de \$295 por día para los días 1-6 Copago de \$0 por día para los días 7-90	Copago de \$450 por día para los días 1-15 Copago de \$0 por día para los días 16-90
Visita de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios ¹	Copago de \$0	Copago de \$55
Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)¹		
Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficios.	Copago de \$0 por día para los días 1-20 Copago de \$214 por día para los días 21-100	Coseguro del 40 % por estadía
Servicios de rehabilitación		
Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)	Copago de \$20	Coseguro del 40 %
Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) intensiva ¹	Copago de \$20	Coseguro del 40 %

Beneficio	Lo que usted paga	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de rehabilitación pulmonar	Copago de \$15	Coseguro del 40 %
Servicios de terapia ocupacional	Copago de \$35	Copago de \$50
Servicios de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje	Copago de \$35	Copago de \$50
Servicios de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje a través de telesalud	Copago de \$0	Igual que dentro de la red
Ambulancia¹		
Servicio terrestre (de ida o vuelta)	Copago de \$240	Copago de \$240
Servicio aéreo (de ida o vuelta)	Coseguro del 20 %	Coseguro del 20 %
Transporte		
Transporte de rutina	Sin cobertura	Sin cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare		
Insulinas de la Parte B de Medicare	Coseguro del 0 %-20 %; hasta un copago de \$35	Coseguro del 30 %
Medicamentos para quimioterapia/ radioterapia de la Parte B de Medicare ¹	Coseguro del 0%-20%	Coseguro del 30 %
Otros medicamentos de la Parte B de Medicare ¹ Es posible que los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare estén sujetos a los requisitos del tratamiento escalonado.	Coseguro del 0 %-20 % Este plan tiene cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Consulte la Sección 4 del Resumen de beneficios.	Coseguro del 30 % Este plan tiene cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Consulte la Sección 4 del Resumen de beneficios.
Servicios de acupuntura		
Servicios de acupuntura (cubiertos por Medicare) ¹ Servicios para dolor lumbar crónico.	Copago de \$20	Copago de \$55

Beneficio	Lo que usted paga	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención quiropráctica		
Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare) ¹	Copago de \$15	Coseguro del 50 %
Cuidado de los pies (servicios de podología)		
Servicios de podología (cubiertos por Medicare)	Copago de \$40	Copago de \$45
Cuidado de la salud en el hogar¹		
Si es elegible para recibir cuidado de la salud en el hogar, los servicios cubiertos incluyen:	Copago de \$0	Coseguro del 40 %
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Servicios de enfermería especializada y de asistencia de salud en el hogar a tiempo parcial o intermitentes ➤ Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ➤ Servicios médicos y sociales ➤ Equipos y suministros médicos 		
Atención de enfermos terminales		
La atención de enfermos terminales debe brindarla un programa para enfermos terminales certificado por Medicare.	Copago de \$0	Copago de \$0
Nuestro plan cubre los servicios de consulta para enfermos terminales (una única vez) antes de que elija el servicio para enfermos terminales. Los servicios para enfermos terminales están cubiertos fuera del plan. Es posible que deba pagar parte del costo por medicamentos y atención de relevo. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.		
Equipos y suministros médicos		
Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.) ¹	Coseguro del 20 %	Coseguro del 35 %
Dispositivos protésicos y ortopédicos (aparatos ortopédicos, prótesis ortopédicas, etc.) ¹	Coseguro del 20 %	Coseguro del 35 %
Suministros médicos ¹	Coseguro del 20 %	Coseguro del 35 %

Beneficio	Lo que usted paga	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Suministros y servicios para la diabetes</p> <p>Se aplican limitaciones de marca a ciertos suministros.</p> <p>Las marcas preferidas de monitores de azúcar en sangre/monitores de glucosa continuos (CGM, por sus siglas en inglés) incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Abbott Diabetes Care: FreeStyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, FreeStyle Precision Neo, FreeStyle Libre 2 (CGM) y FreeStyle Libre 14-Day (CGM) ➤ Life Scan Diabetes Care: OneTouch Ultra 2, OneTouch Verio Flex y OneTouch Verio Reflect ➤ Dexcom: Dexcom G6 (CGM), Dexcom G7 (CGM) 	<p>Copago de \$0 para capacitación para el autocontrol de la diabetes</p> <p>Coseguro del 20 % para plantillas o calzados terapéuticos¹</p> <p>Copago de \$0 para suministros para el monitoreo de la diabetes¹</p>	<p>Copago de \$0 para capacitación para el autocontrol de la diabetes</p> <p>Coseguro del 35 % para plantillas o calzados terapéuticos</p> <p>Coseguro del 35 % para suministros para el monitoreo de la diabetes</p>
Servicios para el tratamiento de opioides¹		
Medicamentos para el tratamiento aprobados por la FDA, además de pruebas, asesoramiento y terapia.	Copago de \$40	Copago de \$55
Servicios de trastornos por uso de sustancias para pacientes ambulatorios¹		
Visita de terapia individual o grupal	Copago de \$40	Copago de \$55
Servicios de telesalud de MDLIVE		
<p>En el caso del cuidado de urgencia que no es de emergencia, como alergias, tos, dolor de cabeza, dolor de garganta y otras enfermedades de bajo riesgo, hable con un proveedor de telesalud de MDLIVE® por teléfono inteligente, computadora o tableta. Este beneficio también incluye tratamiento de salud mental y servicios dermatológicos virtuales.</p>	<p>Copago de \$0 para visitas virtuales de cuidado de urgencia que no son de emergencia</p> <p>Copago de \$0 para visitas virtuales de tratamiento de salud mental</p> <p>Copago de \$40 para visitas virtuales de atención dermatológica</p>	<p>Copago de \$10 para visitas virtuales de cuidado de urgencia que no son de emergencia</p> <p>Copago de \$55 para visitas virtuales de tratamiento de salud mental</p> <p>Copago de \$55 para visitas virtuales de atención dermatológica</p> <p>Los servicios de telesalud deben obtenerse a través del proveedor de telesalud de Cigna Healthcare.</p>

Beneficios adicionales incluidos en su plan

	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen físico anual	Copago de \$0	Copago de \$10
Tarjeta Cigna Healthy Today Use su tarjeta precargada Cigna Healthy Today® para acceder fácilmente a recompensas por incentivos y a beneficios de asignaciones seleccionados que pueden formar parte de su plan. Los montos totales de recompensas por incentivos dependen de su plan y de las actividades completadas. Las recompensas no pueden utilizarse para la compra de tabaco, armas de fuego, explosivos u otros productos excluidos.	Según las cantidades de asignación y de frecuencia de su plan, los fondos se agregarán automáticamente a su tarjeta Cigna Healthy Today. El saldo de la asignación que no se utilice no se transfiere al trimestre siguiente ni al año del plan siguiente.	Combinado con el copago dentro de la red
Comidas entregadas en el hogar Límite de 14 comidas por alta de una estadía calificada en un hospital o centro de enfermería especializada como paciente internado (hasta 3 internaciones por año). La administración del cuidado relacionado con la enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) se limita a 56 comidas una vez por año.	Copago de \$0 por comidas entregadas en el hogar	Combinado con el copago dentro de la red
Asignación para artículos sin receta médica El plan incluye una asignación para medicamentos OTC y otros productos farmacéuticos relacionados con la salud, como apóstitos, aspirina, medicamentos para el resfriado y la sinusitis, vitaminas y mucho más. Esta asignación de OTC se aplicará a su tarjeta Cigna Healthy Today® cada trimestre y podrá utilizarla para pagar artículos elegibles en tiendas minoristas participantes. También se aceptan pedidos en línea, por teléfono y por correo a través del sitio web, el centro de servicios y el catálogo de Cigna Healthy Today. El saldo de la asignación que no se utilice no se transfiere al trimestre siguiente ni al año del plan siguiente.	Asignación de \$20 cada 3 meses para artículos sin receta médica (OTC) elegibles. Usted es responsable de todos los costos que superen el monto de la asignación.	Combinado con el copago dentro de la red

4 | Beneficios de medicamentos con receta

Medicamentos de la Parte D de Medicare

Deductible de farmacia (Parte D)

Este plan no tiene un deducible.

Etapa de cobertura inicial

La siguiente tabla muestra las cantidades de costo compartido para los medicamentos de la Parte D cubiertos por este plan. Usted paga lo siguiente hasta que sus costos de desembolso en

medicamentos con receta alcancen los \$2,000 para el año calendario.

Es posible que sus costos sean diferentes si reúne los requisitos para recibir *Ayuda adicional*. Su copago o coseguro se basa en el nivel de su medicamento, que puede encontrar en la *Lista de medicamentos con receta completa* del plan en nuestro sitio web CignaMedicare.com. O bien, llámenos y le enviaremos una copia de la *Lista de medicamentos con receta completa*.

Nivel	Suministro	Costo compartido de pedido por correo		Costo compartido minorista	
		Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos	30 días	\$0	\$9	\$0	\$9
	60 días	\$0	\$18	\$0	\$18
	100 días	\$0	\$27	\$0	\$27
Nivel 2 Medicamentos genéricos	30 días	\$4	\$15	\$4	\$15
	60 días	\$8	\$30	\$8	\$30
	100 días	\$0	\$45	\$12	\$45
Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos	30 días	\$45	\$47	\$45	\$47
	60 días	\$90	\$94	\$90	\$94
	90 días	\$135	\$141	\$135	\$141
Nivel 4 Medicamentos no preferidos	30 días	\$100	\$100	\$100	\$100
	60 días	\$200	\$200	\$200	\$200
	90 días	\$300	\$300	\$300	\$300
Nivel 5 Medicamentos de especialidad	30 días	33 %	33 %	33 %	33 %
	60 días	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible
	90 días	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible

El costo compartido puede variar según la etapa de cobertura de la Parte D en la que se encuentre el cliente. Los costos pueden variar según el tipo o el estado de la farmacia, por ejemplo, preferida/no preferida, de pedido por correo, cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés), infusión en el hogar y suministro para 30 o 90/100 días.

Podrá obtener sus medicamentos en farmacias minoristas preferidas o estándar de la red, o a través de farmacias de pedido por correo preferidas. En general, el copago de su medicamento con receta será menor en una farmacia preferida dentro de la red ya que esta tiene un acuerdo de preferencia con su plan.

Puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red, pero es posible que deba pagar más que lo que pagaría en una farmacia dentro de la red. Si usted reside en un centro de cuidados a largo plazo, pagaría el costo compartido minorista estándar en una farmacia dentro de la red.

Etapa de cobertura de gastos excedentes

Usted reúne los requisitos para la etapa de Cobertura de gastos excedentes cuando sus costos de desembolso han alcanzado el límite de **\$2,000** para el año calendario. Una vez que se encuentre en la etapa de Cobertura de gastos excedentes, pagará **\$0** por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D hasta el final del año calendario.

Lo que paga por la insulina

No pagará más de **\$35** por un suministro para un mes de cada insulina cubierta por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que esté.

Si su insulina está en un nivel en el que el costo compartido es inferior a **\$35**, pagará el costo más bajo por su insulina.

Si su plan tiene un deducible de la Parte D, se aplicará lo anterior incluso si usted no ha pagado su deducible.

Los beneficios, las características y/o los dispositivos varían según el plan/área de servicio. Pueden aplicarse limitaciones, copagos, exclusiones y restricciones. Comuníquese con el plan para obtener más información.

Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Las personas pueden inscribirse en un plan únicamente en determinados momentos del año y deben tener la Parte A y la Parte B de Medicare.

Los proveedores que se encuentren fuera de la red o que no tengan contrato no tendrán la obligación de tratar a los miembros del plan excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group. Los nombres de Cigna, los logotipos y las marcas, incluidos THE CIGNA GROUP y CIGNA HEALTHCARE, son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

Para presentar una queja relacionada con comercialización, póngase en contacto con Cigna Healthcare llamando al número de Servicio al Cliente que aparece a continuación, o llame al **I-800-MEDICARE** (24 horas del día, los 7 días de la semana). Incluya el nombre del agente/corredor si es posible.

Las subsidiarias de The Cigna Group tienen contrato con Medicare para ofrecer planes Medicare Advantage HMO y PPO y planes de medicamentos con receta (PDP, por sus siglas en inglés) de la Parte D en determinados estados, y con determinados programas estatales de Medicaid. La inscripción en los productos de Cigna Healthcare depende de la renovación del contrato.

Debe vivir en el área de servicio del plan para inscribirse en un plan Medicare Advantage de Cigna Healthcare. Es necesario obtener una autorización previa o referencias para determinados servicios. Esta información no es una descripción completa de los beneficios.

Llame a Servicio al Cliente al **I-800-668-3813 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo, y de lunes a viernes, de abril a septiembre. Nuestro sistema de telefonía automatizada responderá sus llamadas los fines de semana, los feriados y fuera del horario de atención.

