

Le ayudamos a cuidar lo que más le importa

Su cuerpo y su mente



Una guía para conocer sus opciones de planes de beneficios del condado de Williamson

AÑO DEL PLAN: 1 de enero de 2025 – 31 de diciembre de 2025



Maneras de mejorar su estado de salud

Cigna HealthcareSM quiere ayudarle a elegir beneficios que se adecuen a sus necesidades y que le ayuden a mantenerse saludable.

Este año, el condado de Williamson le ofrece los siguientes planes de salud.

- Plan con deducible Open Access Plus (OAP)
- Plan con deducible Open Access Plus (OAP) con una cuenta de ahorros para la salud (HSA)
- Plan con deducible LocalPlus IN
- Plan con deducible LocalPlus IN con una cuenta de ahorros para la salud (HSA)

Los planes de salud administrados por Cigna Healthcare ofrecen la cobertura, las herramientas y los recursos que usted necesita para controlar mejor su salud y sus gastos de cuidado de la salud.

- Ahorros en los costos al usar proveedores dentro de la red
- Recompensas por participar en programas que le ayuden a mejorar su salud
- Una amplia lista de medicamentos de marca y genéricos cubiertos
- Acceso a médicos certificados por teléfono o por video a través del servicio de telesalud
- Maneras de comparar costos, analizar reclamos, buscar proveedores de cuidado de la salud y muchas cosas más usando el sitio web o la aplicación myCigna[®]

En Cigna Healthcare, queremos asociarnos con usted y brindarle nuestro apoyo en su viaje para lograr un mejor estado de salud. Estamos para servirle en todo momento, para que no tenga que hacer todo solo.

La Reforma del Cuidado de Salud: requisitos cumplidos

La cobertura que brinda el plan de salud patrocinado por su empleador se considera una “cobertura esencial mínima” en virtud de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. El mandato individual quedó derogado a partir del 1 de enero de 2019, cuando la multa se anuló; no obstante, las personas en los Estados Unidos deberán informar su cobertura de salud durante la temporada de presentación de declaraciones de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés).*

Cada año, Cigna Healthcare, o su empleador, le enviarán por correo un Formulario 1095 del IRS para confirmar la cobertura que se le ofrecía y cualquier cobertura que usted y cualquiera de sus dependientes puedan haber tenido durante el año calendario anterior. Debe conservar el formulario con sus registros impositivos para una eventual auditoría y no debe presentarlo con su declaración del impuesto sobre el ingreso.

Lea toda la información incluida en este folleto. No todos los planes de salud funcionan de la misma manera, por eso es importante usar este folleto junto con los demás materiales relacionados con la inscripción, que le servirán de guía sobre cómo funcionan sus planes de salud.

* Información sobre la reforma del cuidado de salud actualizada por última vez en marzo de 2019: Con la derogación permanente del mandato individual, es posible que cambien los requisitos con respecto a la información que debe declararse. Consulte InformedonReform.com para ver las eventuales actualizaciones.

Llame a la Línea de información para la etapa previa a la inscripción al 800.401.4041 si tiene más preguntas.

Opción I

Plan con deducible OAP: Un plan de salud que le permite elegir qué proveedores de cuidado de la salud desea visitar y cuándo

El Plan con deducible Open Access Plus (OAP) brinda cobertura para la atención médica, que incluye visitas al consultorio del médico, estadías en el hospital, servicios de salud del comportamiento y de consumo de sustancias, tratamientos quiroprácticos, fisioterapia y otros servicios.

Con el Plan con deducible OAP, usted pagará una cantidad anual (deducible) antes de que su plan de salud comience a pagar los costos de cuidado de la salud cubiertos. Según su plan, una vez que cada miembro de la familia elegible alcance su deducible –o que se alcance el deducible familiar– usted pagará un porcentaje del costo (coseguro) por los costos de cuidado de la salud cubiertos, y el plan de salud pagará el resto.*

Atención médica: Una vez que alcanza un límite anual de pagos (desembolso máximo), el plan de salud paga el 100% de sus costos de cuidado de la salud cubiertos.

Farmacia: Una vez que alcanza un límite anual de pagos (desembolso máximo de farmacia), los costos de medicamentos con receta elegibles están cubiertos al 100%.

Características importantes

- La opción de elegir un proveedor de cuidado primario para que le guíe en el cuidado que reciba. Se recomienda pero no es obligatorio.
- No se necesitan referencias para consultar a un especialista, aunque es posible que se exija una autorización previa.
- Determinados servicios de cuidado preventivo dentro de la red están cubiertos sin costo adicional para usted.**
- Usted tiene cobertura para atención de emergencia las 24 horas, dentro o fuera de la red.

- La cantidad que usted paga de su bolsillo está limitada por el desembolso máximo de su plan. Según su plan, una vez que cada miembro de la familia elegible gaste la cantidad máxima anual –o que se alcance la cantidad máxima familiar– el plan de salud pagará el 100% de sus costos de cuidado de la salud cubiertos.
- Cuando usted se atiende dentro de la red, no necesita hacer ningún trámite para presentar reclamos.
- Puede inscribirse en una cuenta de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) de atención médica y/o de cuidado de dependientes.

Puede ver los aspectos principales de estos planes en las páginas 8 y 9. Recuerde que este folleto es solo una guía. Asegúrese de leer minuciosamente toda su información de inscripción, dado que los detalles del plan pueden variar.

Cuenta de gastos flexibles (FSA)

Consulte su paquete de inscripción para el condado de Williamson para la inscripción en una FSA de 2025 a través de Health Equity.

Recuerde que este folleto es solo una guía. Asegúrese de leer toda su información sobre la inscripción. Los detalles del plan pueden variar. Puede ver los aspectos principales de estos planes en las páginas 10–13.

* Si se atiende fuera de la red, es posible que sus gastos superen la cantidad del coseguro, porque es posible que el médico le facture los cargos que el plan no cubra.

** No todos los servicios de cuidado preventivo están cubiertos, y es posible que los diferentes planes cubran diferentes cosas. Por ejemplo, las vacunas para viajes generalmente no están cubiertas. Revise los materiales de su plan para ver una lista completa de los servicios de cuidado preventivo cubiertos.

Deducciones por período de pago vigentes a partir del 1 de enero de 2025

	Gobierno del condado		Junta Educativa		
	Costo mensual	Por período de pago 26 pagos	Por período de pago 20 pagos*	Por período de pago 22 pagos*	Por período de pago 24 pagos**
Empleado	\$90.00	\$41.54	\$54.00	\$49.09	\$45.00
Empleado + 1	\$354.39	\$163.56	\$212.63	\$193.30	\$177.20
Grupo familiar	\$532.92	\$245.96	\$319.75	\$290.68	\$266.46
Empleado con cónyuge + 1	\$454.39	\$209.72	\$272.63	\$247.85	\$227.19
Grupo familiar con cónyuge	\$632.92	\$292.12	\$379.75	\$345.23	\$316.46

* Empleados clasificados únicamente. ** Todos los educadores y clasificados de 12 meses.

Las deducciones por período de pago se basan en el costo mensual y la cantidad de períodos de pago en un período de 12 meses.

Opción 2

Plan con deducible OAP con HSA: Un plan de salud que le permite elegir qué proveedores de cuidado de la salud desea visitar y cuándo

Esta opción combina un Plan con deducible Open Access Plus (OAP) con una cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés) para brindar cobertura para la atención médica, que incluye visitas al consultorio del médico, estadías en el hospital, servicios de salud del comportamiento y de consumo de sustancias, tratamientos quiroprácticos, fisioterapia y otros servicios. Usted puede usar su HSA para pagar algunos de sus costos de cuidado de la salud cubiertos. También puede usar su HSA para pagar costos de cuidado de la salud cubiertos calificados que no están cubiertos por su plan de salud, como gastos dentales y de la vista. Usted decide (según las reglas del IRS) cómo y cuándo gastar el dinero de su plan de salud en costos de cuidado de la salud calificados. Una vez que usted abre su HSA, tanto usted como su empleador pueden realizar aportes a su cuenta dentro de los límites establecidos por las disposiciones federales vigentes.

Con el Plan con deducible OAP, usted pagará una cantidad anual (deducible) antes de que su plan de salud comience a pagar los costos de cuidado de la salud cubiertos.

Siempre se aplica el deducible del plan antes de cualquier coseguro.

- Todos los miembros de la familia elegibles contribuyen al deducible del grupo familiar del plan. Una vez alcanzado el deducible del grupo familiar, el plan pagará los gastos cubiertos de cada miembro de la familia elegible según el nivel de coseguro especificado por el plan.*
- Este plan incluye un deducible combinado del plan médico y de farmacia.

Características importantes:

- Usted tiene la opción de elegir un proveedor de cuidado primario para que le guíe en el cuidado que reciba. Se recomienda pero no es obligatorio.
- No se necesitan referencias para consultar a un especialista, aunque es posible que se exija una autorización previa.
- Determinados servicios de cuidado preventivo dentro de la red están cubiertos sin costo adicional para usted.**

- Usted tiene cobertura para atención de emergencia las 24 horas, dentro o fuera de la red.
- Cuando usted se atiende dentro de la red, no necesita hacer ningún trámite para presentar reclamos.

Cuenta de gastos flexibles (FSA)

Consulte su paquete de inscripción para el condado de Williamson para obtener orientación sobre la inscripción en una FSA de 2025 a través de Health Equity.

Ahorre dinero para pagar algunos de sus gastos de cuidado de la salud.

Su Plan con deducible con HSA combina un plan de salud con deducible alto con una HSA con ventajas fiscales compatible. Usted puede usar su cuenta para pagar algunos de sus costos de cuidado de la salud cubiertos. También puede usar su cuenta para pagar costos de cuidado de la salud cubiertos calificados que no están cubiertos por su plan de salud, como costos de cuidado dental, cuidado de la vista y medicamentos de venta sin receta. Usted y su empleador pueden realizar aportes a su HSA dentro de los límites establecidos por las disposiciones federales vigentes. Los límites federales son de \$4,300 para la cobertura individual y de \$8,550 para la cobertura familiar en 2025. Los empleados que tengan 55 años o más pueden hacer un aporte adicional de hasta \$1,000. El aporte máximo permitido se determina en función de la cantidad de meses que está inscrito en el plan durante el año.

Recuerde que este folleto es solo una guía. Asegúrese de leer toda su información sobre la inscripción. Los detalles del plan pueden variar. Puede ver los aspectos principales de estos planes en las páginas 10–13.

* Si se atiende fuera de la red, es posible que sus gastos superen la cantidad del coseguro, porque es posible que el médico le facture los cargos que el plan no cubra.
 ** No todos los servicios de cuidado preventivo están cubiertos, y es posible que los diferentes planes cubran diferentes cosas. Por ejemplo, las vacunas para viajes generalmente no están cubiertas. Revise los materiales de su plan para ver una lista completa de los servicios de cuidado preventivo cubiertos.

Deducciones por período de pago vigentes a partir del 1 de enero de 2025

	Gobierno del condado		Junta Educativa		
	Costo mensual	Por período de pago 26 pagos	Por período de pago 20 pagos*	Por período de pago 22 pagos*	Por período de pago 24 pagos**
Empleado	\$90.00	\$41.54	\$54.00	\$49.09	\$45.00
Empleado + 1	\$287.34	\$132.62	\$172.40	\$156.73	\$143.67
Grupo familiar	\$404.92	\$186.89	\$242.95	\$220.87	\$202.46
Empleado con cónyuge + 1	\$387.34	\$178.77	\$232.40	\$211.28	\$193.67
Grupo familiar con cónyuge	\$504.92	\$233.04	\$302.95	\$275.41	\$252.46

* Empleados clasificados únicamente. ** Todos los educadores y clasificados de 12 meses.

Las deducciones por período de pago se basan en el costo mensual y la cantidad de períodos de pago en un período de 12 meses.

Opción 3

Plan con deducible LocalPlus IN: Un plan de salud que le da la combinación adecuada de beneficios de salud al precio adecuado

El Plan con deducible LocalPlus® IN brinda cobertura para la atención médica, que incluye visitas al consultorio del médico, estadías en el hospital, servicios de salud del comportamiento y de consumo de sustancias, tratamientos quiroprácticos, fisioterapia y otros servicios.

Con un Plan con deducible LocalPlus IN, usted tiene una red local integrada por médicos, especialistas y hospitales que comprenden las necesidades de su comunidad.

Cómo puede ahorrar:

- En el área donde vive, o cuando se encuentre en cualquier área de la Red LocalPlus, deberá atenderse con un proveedor o en un centro de cuidado de la salud que pertenezca a esta red, para poder recibir cobertura.
- Si está lejos de casa y necesita atenderse, simplemente busque un médico participante de LocalPlus en el área donde se encuentre, o si está fuera del área de servicio de LocalPlus, puede usar los médicos u hospitales de nuestra opción Away From Home Care.
- Si decide atenderse fuera de la Red LocalPlus cuando esté disponible –o fuera de la opción Away From Home Care cuando LocalPlus no esté disponible–, el plan no cubrirá los servicios que reciba (salvo en caso de emergencia).

Con el Plan con deducible LocalPlus IN, usted pagará una cantidad anual (deducible) antes de que su plan de salud comience a pagar los costos de cuidado de la salud cubiertos. Una vez que cada miembro de la familia elegible alcance su deducible individual, los gastos cubiertos de ese miembro de la familia se pagarán según el nivel de coseguro especificado por el plan. O bien, una vez alcanzado el deducible del grupo familiar, los gastos cubiertos de cada miembro de la familia elegible se pagarán según el nivel de coseguro especificado por el plan. Una vez que cada miembro de la familia elegible alcance su deducible o que se alcance el deducible familiar, usted pagará un porcentaje del costo (coseguro) por los costos de cuidado de la salud cubiertos, y el plan de salud pagará el resto.

Deducciones por período de pago vigentes a partir del 1 de enero de 2025

	Gobierno del condado		Junta Educativa		
	Costo mensual	Por período de pago 26 pagos	Por período de pago 20 pagos*	Por período de pago 22 pagos*	Por período de pago 24 pagos**
Empleado	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Empleado + 1	\$174.39	\$80.49	\$104.63	\$95.12	\$87.20
Grupo familiar	\$332.92	\$153.66	\$199.75	\$181.59	\$166.46
Empleado con cónyuge + 1	\$274.39	\$126.64	\$164.63	\$149.67	\$137.20
Grupo familiar con cónyuge	\$432.92	\$199.81	\$259.75	\$236.14	\$216.46

* Empleados clasificados únicamente. ** Todos los educadores y clasificados de 12 meses.

Atención médica: Una vez que alcanza un límite anual de pagos (desembolso máximo), el plan de salud paga el 100% de sus costos de cuidado de la salud cubiertos.

Características importantes:

- Usted tiene la opción de elegir un proveedor de cuidado primario para que le guíe en el cuidado que reciba. Se recomienda pero no es obligatorio.
- No se necesitan referencias para consultar a un especialista, aunque es posible que se exija una autorización previa.
- Determinados servicios de cuidado preventivo dentro de la red están cubiertos sin costo adicional para usted.*
- Usted tiene cobertura para atención de emergencia las 24 horas, dentro o fuera de la red.
- El acceso a la red nacional de laboratorios, centros de radiografías y centros de diálisis de Cigna Healthcare está incluido.
- La cantidad que usted paga de su bolsillo está limitada por el desembolso máximo de su plan. Una vez que gasta la cantidad máxima anual, el plan de salud paga el 100% de sus costos de cuidado de la salud cubiertos.
- Cuando usted se atiende dentro de la red, no necesita hacer ningún trámite para presentar reclamos.

Cuenta de gastos flexibles (FSA)

Consulte su paquete de inscripción para el condado de Williamson para la inscripción en una FSA de 2025 a través de Health Equity.

Recuerde que este folleto es solo una guía. Asegúrese de leer toda su información sobre la inscripción. Los detalles del plan pueden variar. Puede ver los aspectos principales de estos planes en las páginas 10–13.

* No todos los servicios de cuidado preventivo están cubiertos, y es posible que los diferentes planes cubran diferentes cosas. Por ejemplo, las vacunas para viajes generalmente no están cubiertas. Revise los materiales de su plan para ver una lista completa de los servicios de cuidado preventivo cubiertos.

Las deducciones por período de pago se basan en el costo mensual y la cantidad de períodos de pago en un período de 12 meses.

Opción 4

Plan con deducible LocalPlus IN con HSA: Un plan de salud que le da la combinación adecuada de beneficios de salud al precio adecuado

Esta opción combina un Plan con deducible LocalPlus IN con una cuenta de ahorros para la salud (HSA) para brindar cobertura para la atención médica, que incluye visitas al consultorio del médico, estadías en el hospital, servicios de salud del comportamiento y de consumo de sustancias, tratamientos quiroprácticos, fisioterapia y otros servicios.

Con un Plan con deducible LocalPlus IN, usted tiene una red local que se limita a médicos, especialistas y hospitales que comprenden las necesidades de su comunidad.

Cómo puede ahorrar:

- En el área donde vive, o cuando se encuentre en cualquier área de la Red LocalPlus, deberá atenderse con un proveedor o en un centro de cuidado de la salud que pertenezca a esta red, para poder recibir cobertura.
- Si está lejos de casa y necesita atenderse, simplemente busque un médico participante de LocalPlus en el área donde se encuentre, o si está fuera del área de servicio de LocalPlus, puede usar los médicos u hospitales de nuestra opción Away From Home Care.
- Si decide atenderse fuera de la Red LocalPlus cuando esté disponible –o fuera de la opción Away From Home Care cuando LocalPlus no esté disponible–, el plan no cubrirá los servicios que reciba (salvo en caso de emergencia).

Con el Plan con deducible LocalPlus, usted pagará una cantidad anual (deducible) antes de que su plan de salud comience a pagar los costos de cuidado de la salud cubiertos. Siempre se aplica el deducible del plan antes de cualquier coseguro.

Todos los miembros de la familia elegibles contribuyen al deducible del grupo familiar del plan. Una vez alcanzado el deducible del grupo familiar, el plan pagará los gastos cubiertos de cada miembro de la familia elegible según el nivel de coseguro especificado por el plan.

Características importantes:

- Usted tiene la opción de elegir un proveedor de cuidado primario para que le guíe en el cuidado que reciba. Se recomienda pero no es obligatorio.
- No se necesitan referencias para consultar a un especialista, aunque es posible que se exija una autorización previa.
- Determinados servicios de cuidado preventivo dentro de la red están cubiertos sin costo adicional para usted.*

- Usted tiene cobertura para atención de emergencia las 24 horas, dentro o fuera de la red.
- El acceso a la red nacional de laboratorios, centros de radiografías y centros de diálisis de Cigna Healthcare está incluido.
- La cantidad que usted paga de su bolsillo está limitada por el desembolso máximo de su plan. Una vez que gasta la cantidad máxima anual, el plan de salud paga el 100% de sus costos de cuidado de la salud cubiertos.
- Cuando usted se atiende dentro de la red, no necesita hacer ningún trámite para presentar reclamos.

Cuenta de gastos flexibles (FSA)

Consulte su paquete de inscripción para el condado de Williamson para obtener orientación sobre la inscripción en una FSA de 2025 a través de Health Equity.

Ahorre dinero para pagar algunos de sus gastos de cuidado de la salud.

Su Plan con deducible con HSA combina un plan de salud con deducible alto con una HSA con ventajas fiscales compatible. Usted puede usar su cuenta para pagar algunos de sus costos de cuidado de la salud cubiertos. También puede usar su cuenta para pagar costos de cuidado de la salud cubiertos calificados que no están cubiertos por su plan de salud, como costos de cuidado dental, cuidado de la vista y medicamentos de venta sin receta. Usted y su empleador pueden realizar aportes a su HSA dentro de los límites establecidos por las disposiciones federales vigentes. Los límites federales son de \$4,300 para la cobertura individual y de \$8,550 para la cobertura familiar en 2025. Los empleados que tengan 55 años o más pueden hacer un aporte adicional de hasta \$1,000. El aporte máximo permitido se determina en función de la cantidad de meses que está inscrito en el plan durante el año.

Recuerde que este folleto es solo una guía. Asegúrese de leer minuciosamente toda su información sobre la inscripción. Los detalles del plan pueden variar. Puede ver los aspectos principales de estos planes en las páginas IO–I3.

* No todos los servicios de cuidado preventivo están cubiertos, y es posible que los diferentes planes cubran diferentes cosas. Por ejemplo, las vacunas para viajes generalmente no están cubiertas. Revise los materiales de su plan para ver una lista completa de los servicios de cuidado preventivo cubiertos.

Deducciones por período de pago vigentes a partir del 1 de enero de 2025

	Gobierno del condado		Junta Educativa		
	Costo mensual	Por período de pago 26 pagos	Por período de pago 20 pagos*	Por período de pago 22 pagos*	Por período de pago 24 pagos**
Empleado	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Empleado + 1	\$107.34	\$49.54	\$64.40	\$58.55	\$53.67
Grupo familiar	\$204.92	\$94.58	\$122.95	\$111.78	\$102.46
Empleado con cónyuge + 1	\$207.34	\$95.70	\$124.40	\$113.09	\$103.67
Grupo familiar con cónyuge	\$304.92	\$140.73	\$182.95	\$166.32	\$152.46

* Empleados clasificados únicamente. ** Todos los educadores y clasificados de 12 meses.

Las deducciones por período de pago se basan en el costo mensual y la cantidad de períodos de pago en un período de 12 meses.

Palabras que debe conocer



Esta guía se creó para ayudarle a tomar decisiones importantes sobre el cuidado de su salud. Pensamos que comprender determinadas palabras le ayudará a entender mejor las elecciones que debe hacer. Por eso, aquí encontrará algunas definiciones de palabras y frases que verá en esta guía.

- **Deducible:** Cantidad anual que usted pagará de su bolsillo antes de que su plan de salud comience a pagar los costos de cuidado de la salud cubiertos.
- **Copago:** Cantidad fija predeterminada que usted paga por sus servicios de cuidado de la salud cubiertos. El plan de salud paga el resto.
- **Coseguro:** Su parte del costo de sus servicios de cuidado de la salud cubiertos. El plan de salud paga el resto.
- **Desembolso máximo:** La cantidad máxima que usted paga antes de que el plan de salud comience a pagar el 100% de los cargos cubiertos. Usted de todos modos deberá pagar los gastos que el plan de salud no compute para llegar al límite.
- **Dentro de la red:** Proveedores y centros de cuidado de la salud que tienen contrato con Cigna Healthcare para prestar servicios a una tarifa negociada (con descuento). Usted paga una cantidad más baja por esos servicios.
- **Fuera de la red:** Un proveedor o centro de cuidado de la salud que no participa en la red de su plan y no presta servicios a una tarifa con descuento. Usar un proveedor o un centro de cuidado de la salud fuera de la red le costará más.
- **Genéricos:** Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos, y la misma formulación y concentración que sus equivalentes de marca. Generalmente pagará menos por los medicamentos genéricos.
- **De marca preferida:** Los medicamentos de marca preferida generalmente costarán más que los genéricos. Pero es posible que cuesten menos que los medicamentos de marca no preferida de su plan.
- **De marca no preferida:** Los medicamentos de marca no preferida suelen tener alternativas genéricas y/o una o más opciones de medicamentos de marca preferida dentro de la misma clase de medicamento. Generalmente pagará más por los medicamentos de marca no preferida.

Aportes del empleador a la Cuenta de ahorros para la salud (HSA)

Para el año del plan 2025, el condado de Williamson hará un aporte del empleador a la HSA de cada empleado que se inscriba. Los aportes para 2025 son de un máximo de \$500 para la cobertura del Empleado únicamente y un máximo de \$1,000 para la cobertura del Empleado + 1 o del grupo familiar.

El aporte del empleador para 2025 se hará en tres depósitos iguales en su HSA, en función de su fecha de inscripción y el tipo de cobertura en el Plan con deducible con cuenta HSA para la salud para el trimestre que corresponda.

Los aportes se harán en la fecha del último proceso de cálculo de la nómina del mes indicado abajo.				
	Enero: Primer aporte	Mayo: Segundo aporte	Septiembre: Tercer aporte	Aporte anual máximo
GOBIERNO DEL CONDADO DE WILLIAMSON				
Empleado	\$166.66	\$166.67	\$166.67	\$500
Empleado + 1 o grupo familiar	\$333.33	\$333.33	\$333.34	\$1,000
JUNTA EDUCATIVA				
Empleado	\$166.66	\$166.67	\$166.67	\$500
Empleado + 1 o grupo familiar	\$333.33	\$333.33	\$333.34	\$1,000

Para planes con HSA únicamente

Los medicamentos preventivos genéricos se proporcionan sin costo adicional (suministro para 90 días en farmacia minorista o a través de entrega a domicilio únicamente) para lo siguiente: presión arterial alta, colesterol, diabetes, asma, osteoporosis, ataque al corazón, derrame cerebral y carencia nutritiva prenatal.

Usted y su empleador pueden realizar aportes a su HSA dentro de los límites establecidos por las disposiciones federales vigentes. Los límites federales son de \$4,300 para la cobertura individual y de \$8,550 para la cobertura familiar en 2025. Los empleados que tengan 55 años o más pueden hacer un aporte adicional de hasta \$1,000. El aporte máximo permitido se determina en función de la cantidad de meses que está inscrito en el plan durante el año.

Su Plan con deducible con HSA combina un plan de salud con deducible alto con una HSA con ventajas fiscales compatible. Usted puede usar su cuenta para pagar algunos de sus costos de cuidado de la salud cubiertos. También puede usar su cuenta para pagar costos de cuidado de la salud cubiertos calificados que no están cubiertos por su plan de salud, como costos de cuidado dental, cuidado de la vista y medicamentos de venta sin receta.

El IRS tiene pautas estrictas sobre quién es elegible para recibir o hacer aportes a una HSA.* Para poder participar, usted:

- Debe tener 18 años o más.
- No debe estar cubierto por ningún plan de salud que no sea un plan de salud con deducible alto calificado.
- No debe estar inscrito en Medicare.
- No debe estar incluido como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona (no incluye al cónyuge).

El empleado es responsable de comunicarse con el Departamento de Beneficios para interrumpir los aportes de su empleador y/o del empleado a la HSA si cambia su elegibilidad debido a alguna de estas situaciones.

* Internal Revenue Service (IRS). "Publication 969 (2021), Health Savings Accounts and Other Tax-Favored Health Plans". Última revisión: 7 de febrero de 2022. <https://www.irs.gov/publications/p969>

Opción 1

Opción 2

	Plan con deducible OAP		Plan con deducible OAP con HSA	
	Aspectos principales del plan médico			
	Empleado	Grupo familiar	Empleado	Grupo familiar
Deducible médico				
Dentro de la red	\$1,200	\$2,750	\$1,700	\$3,400
Fuera de la red	\$2,400	\$5,500	\$3,400	\$6,800
Desembolso máximo				
Dentro de la red*	\$3,850	\$7,700	\$3,400	\$6,800
Fuera de la red	Ilimitado	Ilimitado	\$6,800	\$13,600
Aporte total del empleador a la HSA	\$0	\$0	\$500	\$1,000

Aspectos principales para los medicamentos con receta						
Los participantes deben usar farmacias de la red de Cigna Healthcare; no hay beneficios para farmacias fuera de la red.						
	Farmacia minorista (suministro para 30 días)	Farmacia minorista (suministro para 90 días)	Entrega a domicilio (suministro para 90 días)	Farmacia minorista (suministro para 30 días)	Farmacia minorista (suministro para 90 días)	Entrega a domicilio (suministro para 90 días)
Deducible de farmacia	No corresponde	No corresponde	No corresponde	Combinado con el deducible del plan médico	Combinado con el deducible del plan médico	Combinado con el deducible del plan médico
Genéricos	\$15	\$15	\$15	30% después del deducible	30% después del deducible	30% después del deducible
De marca preferida	\$30 o el 40%, máximo de \$100	\$50	\$50	40% después del deducible	40% después del deducible	40% después del deducible
De marca no preferida	\$45 o el 50%, máximo de \$150	\$85	\$85	50% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible
Desembolso máximo	\$4,000 individual \$8,000 por grupo familiar			Combinado con el desembolso máximo médico	Combinado con el desembolso máximo médico	Combinado con el desembolso máximo médico
Medicamentos preventivos genéricos sin costo adicional para: presión arterial alta, colesterol, diabetes, asma, osteoporosis, ataque al corazón, derrame cerebral y carencia nutricional prenatal	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	Cobertura del 100%	Cobertura del 100%

* Esta cantidad es el máximo que un grupo familiar (empleado más miembros de la familia cubiertos) pagará por gastos de desembolso dentro de la red. Es importante destacar que los costos de desembolso de cada miembro de la familia tienen un tope de \$8,300 para los planes de salud de 2025 establecido por el IRS. Los costos dentro de la red de la familia en general tienen un tope de \$16,600. Para ver ejemplos de cómo funciona esto, visite [InformedOnReform.com](https://www.informedonreform.com) > *Reform Topics Overview* (Descripción general de la Reforma del Cuidado de Salud) > *Cost Sharing Limits* (Límites de costos compartidos), o vaya a [Cigna.com/health-care-reform/embedded-oop-customer-impacts](https://www.cigna.com/health-care-reform/embedded-oop-customer-impacts).

Opción 3

Opción 4

	Plan con deducible con Red LocalPlus IN		Plan con deducible con Red LocalPlus IN y HSA	
Aspectos principales del plan médico				
	Empleado	Grupo familiar	Empleado	Grupo familiar
Deducible médico				
Dentro de la red	\$1,200	\$2,750	\$1,700	\$3,400
Fuera de la red	Sin beneficios fuera de la red	Sin beneficios fuera de la red	Sin beneficios fuera de la red	Sin beneficios fuera de la red
Desembolso máximo				
Dentro de la red*	\$3,850	\$7,700	\$3,400	\$6,800
Fuera de la red	Sin beneficios fuera de la red	Sin beneficios fuera de la red	Sin beneficios fuera de la red	Sin beneficios fuera de la red
Aporte total del empleador a la HSA	\$0	\$0	\$500	\$1,000

Aspectos principales para los medicamentos con receta						
Los participantes deben usar farmacias de la red de Cigna Healthcare; no hay beneficios para farmacias fuera de la red.						
	Farmacia minorista (suministro para 30 días)	Farmacia minorista (suministro para 90 días)	Entrega a domicilio (suministro para 90 días)	Farmacia minorista (suministro para 30 días)	Farmacia minorista (suministro para 90 días)	Entrega a domicilio (suministro para 90 días)
Deducible de farmacia	No corresponde	No corresponde	No corresponde	Combinado con el deducible del plan médico	Combinado con el deducible del plan médico	Combinado con el deducible del plan médico
Genéricos	\$15	\$15	\$15	30% después del deducible	30% después del deducible	30% después del deducible
De marca preferida	\$30 o el 40%, máximo de \$100	\$50	\$50	40% después del deducible	40% después del deducible	40% después del deducible
De marca no preferida	\$45 o el 50%, máximo de \$150	\$85	\$85	50% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible
Desembolso máximo	\$4,000 individual \$8,000 por grupo familiar			Combinado con el desembolso máximo médico	Combinado con el desembolso máximo médico	Combinado con el desembolso máximo médico
Medicamentos preventivos genéricos sin costo adicional para: presión arterial alta, colesterol, diabetes, asma, osteoporosis, ataque al corazón, derrame cerebral y carencia nutricional prenatal	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	Cobertura del 100%	Cobertura del 100%

* Esta cantidad es el máximo que un grupo familiar (empleado más miembros de la familia cubiertos) pagará por gastos de desembolso dentro de la red. Es importante destacar que los costos de desembolso de cada miembro de la familia tienen un tope de \$8,300 para los planes de salud de 2025 establecido por el IRS. Los costos dentro de la red de la familia en general tienen un tope de \$16,600. Para ver ejemplos de cómo funciona esto, visite [InformedOnReform.com](https://www.informedonreform.com) > *Reform Topics Overview* (Descripción general de la Reforma del Cuidado de Salud) > *Cost Sharing Limits* (Límites de costos compartidos), o vaya a [Cigna.com/health-care-reform/embedded-oop-customer-impacts](https://www.cigna.com/health-care-reform/embedded-oop-customer-impacts).

Opción 1

Opción 2

	Plan con deducible OAP		Plan con deducible OAP con HSA	
Cuidado de rutina/en el consultorio – Lo que usted pagará. Si se aplica un deducible, estará indicado.				
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado preventivo para adultos*	Cobertura del 100%	50% después del deducible	Cobertura del 100%	50% después del deducible
Visita al consultorio	10% después del deducible	50% después del deducible	10% después del deducible	50% después del deducible
Visita a un especialista	10% después del deducible	50% después del deducible	10% después del deducible	50% después del deducible
Cuidado prenatal	10% después del deducible	50% después del deducible	10% después del deducible	50% después del deducible
Servicios quiroprácticos	El 10% después del deducible, con un límite de 10 días por año calendario	El 50% después del deducible, con un límite de 10 días por año calendario	El 10% después del deducible, con un límite de 10 días por año calendario	El 50% después del deducible, con un límite de 10 días por año calendario
Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	10% después del deducible	50% después del deducible	10% después del deducible	50% después del deducible
Cuidado preventivo infantil (del niño sano)*	Cobertura del 100%	50% después del deducible	Cobertura del 100%	50% después del deducible
Laboratorio, radiografías y pruebas de diagnóstico	10% después del deducible	50% después del deducible	10% después del deducible	50% después del deducible
Equipo médico duradero	10% después del deducible	50% después del deducible	10% después del deducible	50% después del deducible
Atención de enfermos terminales	10% después del deducible	50% después del deducible	10% después del deducible	50% después del deducible
Atención hospitalaria – Lo que usted pagará una vez que alcance su deducible				
Hospitalización como paciente internado	10% después del deducible	50% después del deducible	10% después del deducible	50% después del deducible
Cirugía para pacientes ambulatorios	10% después del deducible	50% después del deducible	10% después del deducible	50% después del deducible
Sala de emergencias	\$155 por visita (el copago no se aplica si es admitido), luego el 10% después del deducible	\$155 por visita (el copago no se aplica si es admitido), luego el 10% después del deducible	10% después del deducible	10% después del deducible
Centro de cuidado de urgencia	10% después del deducible	10% después del deducible	10% después del deducible	10% después del deducible
Ambulancia	10% después del deducible	10% después del deducible	10% después del deducible	10% después del deducible
Salud del comportamiento y consumo de sustancias – Lo que usted pagará una vez que alcance su deducible				
Pacientes internados (máximo de días ilimitado)	10% después del deducible	50% después del deducible	10% después del deducible	50% después del deducible
Paciente ambulatorio	10% después del deducible	50% después del deducible	10% después del deducible	50% después del deducible

* Determinados servicios de cuidado preventivo dentro de la red y de cuidado preventivo infantil (del niño sano) están cubiertos sin costo adicional para usted. No tiene que alcanzar ningún deducible para estos servicios.

Opción 3

Opción 4

	Plan con deducible con Red LocalPlus IN		Plan con deducible con Red LocalPlus IN y HSA	
Cuidado de rutina/en el consultorio – Lo que usted pagará. Si se aplica un deducible, estará indicado.				
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado preventivo para adultos*	Cobertura del 100%	Sin cobertura	Cobertura del 100%	Sin cobertura
Visita al consultorio	10% después del deducible	Sin cobertura	10% después del deducible	Sin cobertura
Visita a un especialista	10% después del deducible	Sin cobertura	10% después del deducible	Sin cobertura
Cuidado prenatal	10% después del deducible	Sin cobertura	10% después del deducible	Sin cobertura
Servicios quiroprácticos	El 10% después del deducible, con un límite de 10 días por año calendario	Sin cobertura	El 10% después del deducible, con un límite de 10 días por año calendario	Sin cobertura
Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	10% después del deducible	Sin cobertura	10% después del deducible	Sin cobertura
Cuidado preventivo infantil (del niño sano)*	Cobertura del 100%	Sin cobertura	Cobertura del 100%	Sin cobertura
Laboratorio, radiografías y pruebas de diagnóstico	10% después del deducible	Sin cobertura	10% después del deducible	Sin cobertura
Equipo médico duradero	10% después del deducible	Sin cobertura	10% después del deducible	Sin cobertura
Atención de enfermos terminales	10% después del deducible	Sin cobertura	10% después del deducible	Sin cobertura
Atención hospitalaria – Lo que usted pagará una vez que alcance su deducible				
Hospitalización como paciente internado	10% después del deducible	Sin cobertura	10% después del deducible	Sin cobertura
Cirugía para pacientes ambulatorios	10% después del deducible	Sin cobertura	10% después del deducible	Sin cobertura
Sala de emergencias	\$155 por visita (el copago no se aplica si es admitido), luego el 10% después del deducible	\$155 por visita (el copago no se aplica si es admitido), luego el 10% después del deducible	10% después del deducible	10% después del deducible
Centro de cuidado de urgencia	10% después del deducible	10% después del deducible	10% después del deducible	10% después del deducible
Ambulancia	10% después del deducible	10% después del deducible	10% después del deducible	10% después del deducible
Salud del comportamiento y consumo de sustancias – Lo que usted pagará una vez que alcance su deducible				
Pacientes internados (máximo de días ilimitado)	10% después del deducible	Sin cobertura	10% después del deducible	Sin cobertura
Paciente ambulatorio	10% después del deducible	Sin cobertura	10% después del deducible	Sin cobertura

* Determinados servicios de cuidado preventivo dentro de la red y de cuidado preventivo infantil (del niño sano) están cubiertos sin costo adicional para usted. No tiene que alcanzar ningún deducible para estos servicios.

Cigna Healthcare le ayuda a tener más control sobre el cuidado de su salud. Estaremos con usted para ayudarle a comprender sus opciones y a elegir los servicios de cuidado de la salud que mejor se adapten a las necesidades –y al presupuesto– de usted y su familia.

Estas son algunas maneras sencillas de ahorrar en gastos de desembolso de cuidado de la salud si se inscribe en un plan de salud.*

Atiéndase dentro de la red.

Ahorre mucho dinero al usar un médico, un hospital o un centro que sean parte de la red de su plan. Es muy probable que haya un médico o un centro de la red en su vecindario. Es fácil encontrar atención de calidad y con una buena relación costo-beneficio justo donde la necesita.

Tenga en cuenta la opción de los centros de cuidado de urgencia.

Si necesita atención médica, pero no se trata de una condición grave o que represente un riesgo para su vida, es posible que no deba ir a una sala de emergencias. Un centro de cuidado de urgencia brinda atención de calidad como una sala de emergencias pero puede permitirle ahorrar cientos de dólares. Visite un centro de cuidado de urgencia para problemas como cortes, quemaduras y esguinces leves, fiebre y síntomas gripales, dolor articular o lumbar, e infecciones urinarias.

Considere la posibilidad de usar una clínica de acceso fácil o minorista.

¿Necesita ver a su médico inmediatamente, pero no puede conseguir una cita? Pruebe ir a una clínica de acceso fácil. Obtendrá acceso rápido a atención médica de calidad y con una buena relación costo-beneficio. Un profesional de la clínica de acceso fácil puede brindarle tratamiento para sinusitis, sarpullidos, dolores de oídos, quemaduras leves y otras condiciones médicas de rutina. Podrá encontrar clínicas de acceso fácil en farmacias, supermercados y otras tiendas minoristas.

Elija laboratorios con costos más bajos.

Si visita un laboratorio nacional, como Quest Diagnostics® o LabCorp®, puede recibir un servicio de igual calidad y ahorrar. Aunque otros laboratorios formen parte de la red de Cigna Healthcare, a menudo ahorrará aún más cuando visite un laboratorio nacional. Y como tienen cientos de sedes en todo el país, es fácil recibir servicios de laboratorio a un costo más bajo.

Visite centros de radiología independientes.

Si necesita realizarse una tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés) o una resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés), puede ahorrar cientos de dólares si visita un centro de radiología independiente. Estos centros pueden brindarle un servicio de calidad, como el que recibiría en un hospital, pero generalmente a un precio más bajo.

Elija el lugar adecuado para realizarse una colonoscopia, endoscopia o artroscopia.

Cuando usted opta por realizarse uno de estos procedimientos en un centro quirúrgico independiente para pacientes ambulatorios dentro de la red, puede ahorrar cientos de dólares. Estos centros se especializan en determinados tipos de procedimientos para pacientes ambulatorios y ofrecen atención de calidad, como la que recibe en un hospital, pero a un costo más bajo.

Tenga a mano estos números.

Línea de información para la etapa previa a la inscripción
800.401.4041

Cigna Healthcare (24/7)
800.244.6224

Programas de descuentos Healthy Rewards
800.870.3470

Healthy Pregnancies, Healthy Babies
800.615.2906

Línea de Asistencia para Veteranos de Cigna Healthcare
855.244.6211

Departamento de Beneficios del condado de Williamson
615.591.8521

Inscripción en SaveOnSP
800.683.1074

Accredo by Evernorth, nuestra farmacia de especialidad
877.826.7657

Express Scripts by Evernorth, nuestra farmacia de entrega a domicilio
800.835.3784

* Esta información tiene fines educativos únicamente. No es asesoramiento médico. Consulte siempre a su médico para que le recomiende exámenes, tratamientos, pruebas y servicios de cuidado de la salud. En caso de emergencia, marque el 911 o visite la sala de emergencias más cercana.

Comprenda su cobertura de medicamentos con receta.

Herramientas y recursos de myCigna.com

Para ayudarle a mantenerse saludable y a administrar las necesidades de medicamentos con receta de su familia, usted tiene acceso a muchos recursos y herramientas en línea en myCigna.com[®]. Aquí podrá:

- Consultar los detalles específicos de su cobertura de farmacia.
- Buscar un medicamento o ver la Lista de medicamentos con receta de su plan.
- Dar seguimiento a los gastos, los reclamos y los saldos de cuenta de farmacia.
- Usar la función *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para calcular costos de medicamentos, buscar alternativas menos costosas (si están disponibles) y encontrar farmacias.¹
- Obtener más información sobre Express Scripts by Evernorth[®], nuestra farmacia de entrega a domicilio.

También puede usar la aplicación myCigna para acceder a todo esto dondequiera que esté.²

La Lista de medicamentos con receta de su plan

Su Lista de medicamentos con receta es una lista completa de medicamentos genéricos y de marca cubiertos.

Cigna 90 Now

Su plan incluye un programa de medicamentos de mantenimiento que se llama Cigna 90 Now. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma todos los días para tratar condiciones médicas permanentes, como diabetes, presión arterial alta, colesterol alto o asma.

Con su plan, los medicamentos de mantenimiento deben despacharse en un suministro para 90 días. Además, deben despacharle sus medicamentos con receta en una farmacia minorista con despacho para 90 días de la red de su plan o a través de Express Scripts Pharmacy. Despachar un suministro para 90 días le simplifica la vida: Tendrá que ir menos veces a la farmacia y hasta puede ser menos probable que se salte una dosis.

La mayoría de los planes exigen que las recetas se despachen en una farmacia de la red para que el plan cubra los medicamentos. Si le despachan una receta en una farmacia que no forma parte de la red de su plan, es posible que el medicamento no esté cubierto o que tenga que pagar más de su bolsillo. Consulte los materiales de su plan para conocer los detalles.

1. Los precios que se muestran en myCigna no están garantizados, y la cobertura está sujeta a los términos y las condiciones de su plan. Visite myCigna para obtener más información.

2. Se aplican los términos de la aplicación/tienda en línea y los cargos de las compañías de telefonía celular/uso de datos.

3. Cigna Healthcare le permite acceder a servicios de atención virtual a través de proveedores nacionales de servicios de tele salud como parte de su plan. Este servicio es independiente de la red de su plan de salud y es posible que no esté disponible en todas las áreas ni para todos los planes. No se necesitan referencias. Es posible que los servicios de video no estén disponibles en todas las áreas o con todos los proveedores. Consulte los documentos del plan para tener una descripción completa de los servicios de atención virtual y sus costos.

4. Las visitas dermatológicas virtuales a través de MDLIVE se completan mediante mensajes asincrónicos. No pueden confirmarse los diagnósticos que requieran hacer un examen. En esos casos, se indicará a los clientes que soliciten una cita en persona.

Cuenta de gastos flexibles (FSA)

Su FSA se le ofrece a través de Health Equity. Consulte su información sobre la Inscripción abierta para participar en la FSA (médica o de cuidado de dependientes).

Atención virtual a través de MD Live by Evernorth

MD Live by Evernorth[®] ofrece un conjunto integral de opciones muy cómodas de atención virtual, que están disponibles por teléfono o video, en el momento más conveniente para usted.³

- **Cuidado primario:** Cuidado preventivo, cuidado de rutina y referencias a especialistas
- **Cuidado de la salud del comportamiento:** Terapia conversacional y atención psiquiátrica desde la privacidad de su hogar
- **Cuidado de urgencia:** Atención a pedido para condiciones médicas menores
- **Dermatología:** Atención rápida y personalizada para condiciones de la piel, el cabello y las uñas, sin necesidad de programar una cita⁴

SaveOnSP

Determinados medicamentos de especialidad son elegibles para el programa SaveOnSP. Si necesita que le despachen un medicamento elegible, un representante de SaveOnSP se comunicará con usted para informarle sobre la inscripción en el programa. Si decide participar, pagará \$0 por su medicamento.

Las condiciones que admite SaveOnSP incluyen, a modo de ejemplo:

- Hepatitis C
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Esclerosis múltiple
- Oncología
- Psoriasis
- Artritis reumatoide

Para ver si reúne los requisitos o para obtener más información sobre SaveOnSP, llame al **800.683.1074**.

Cobertura de aparatos auditivos a través de Amplifon

Cobertura de aparatos auditivos para adultos a partir de los 18 años. Límite máximo de \$1,500 y dos dispositivos cada 36 meses. Los clientes son responsables de pagar todos los costos que superen la cantidad de la asignación. El beneficio está 100% cubierto. Las pruebas y ajustes se hacen en una visita regular al consultorio.

Encuentre un proveedor de cuidado de la salud de la Red LocalPlus u OAP en Cigna.com.

Verifique si su médico pertenece a la red:

1. Visite Cigna.com.
2. Haga clic en *Find a Doctor* (Buscar un médico).
3. Haga clic en *Employer or School* (Empleador o escuela).
4. Ingrese los detalles solicitados para su búsqueda.
5. Elija "LocalPlus" u "OAP" y haga clic en *Select* (Seleccionar).
6. Haga clic en *Search* (Buscar) para ver una lista de los médicos de la red cercanos.

Conozca sus números.

Mantenerse saludable es importante, y conocer los resultados de determinadas pruebas les ayudará a usted y a su médico a comprender mejor su salud. Su prueba biométrica le ayudará a conocer sus cuatro números claves:

- Presión arterial
- Índice de masa corporal (IMC)
- Nivel de glucosa
- Nivel de colesterol total

Si descubre que necesita trabajar en alguno de estos números, hable con su médico. Podrá asesorarle sobre maneras de mejorar su salud mediante cambios simples en su estilo de vida, como seguir una dieta saludable, hacer ejercicio y dormir lo suficiente.

Reciba ayuda para un embarazo más saludable.

Cuando está esperando un bebé, tiene muchísimas expectativas. También tiene muchas decisiones que tomar y es probable que tenga muchas preguntas. Healthy Pregnancies, Healthy Babies® de Cigna puede ofrecerle el apoyo que necesita.

Este programa se incluye sin costo adicional con su plan médico de Cigna Healthcare, y puede ayudarle a lo largo del embarazo y durante los días y semanas posteriores al parto. Funciona así:

- Un miembro de nuestro equipo le hará preguntas sobre su salud y le ayudará a comprender cualquier problema de salud que pueda afectar a su bebé. También puede hacer sus propias preguntas y obtener información para ayudarle a hacer elecciones informadas con respecto a su embarazo.
- Según su situación, una asesora especialista en embarazo de Cigna Healthcare, con experiencia en atención de enfermería, le dará más orientación y apoyo para ayudarles a usted y a su médico a desarrollar un plan de cuidados que satisfaga sus necesidades únicas. Su asesora especialista en embarazo realizará el seguimiento que corresponda y le brindará su apoyo a lo largo de su embarazo.
- Además, recibirá un kit con información, consejos y recursos útiles para guiarla durante el embarazo y después de dar a luz.

Al participar y completar el programa Healthy Pregnancies, Healthy Babies de Cigna, también podrá recibir:*

- Un incentivo de \$150 si se inscribe antes de que finalice su primer trimestre.
- Un incentivo de \$75 si se inscribe antes de que finalice su segundo trimestre.

Para obtener más información e inscribirse, llame al **800.615.2906**.



* Es posible que las recompensas de incentivo se consideren un ingreso sujeto a impuestos. Comuníquese con su asesor fiscal para conocer los detalles.

Programa de recompensas Healthier You del condado de Williamson para 2025*

- El programa Healthier You del condado de Williamson, administrado por Cigna Healthcare, es su programa de recompensas de bienestar. Ofrece recompensas por alcanzar sus metas relacionadas con la salud y proporciona herramientas y recursos adicionales que pueden ayudarle a tomar medidas para tener un estilo de vida más saludable.
- Para ganar recompensas, los empleados y los cónyuges deben estar inscritos en uno de los planes médicos del condado de Williamson. Los empleados elegibles podrán ganar hasta \$200 en tarjetas de regalo y/o tarjetas de débito** por completar metas como las metas de cuidado preventivo o por inscribirse en un programa para condiciones crónicas. Los cónyuges elegibles podrán ganar hasta \$100 por completar las metas de cuidado preventivo.
- Su evaluación de la salud en línea es el filtro para que los empleados y cónyuges elegibles puedan ganar incentivos entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de octubre de 2025.
- Encontrará información adicional sobre el programa de recompensas en el sitio web de Beneficios del condado de Williamson, en la pestaña *Healthier You*. Para participar, cree un usuario para iniciar sesión en **myCigna.com*****. Comuníquese con el coordinador de bienestar en el Departamento de Beneficios para obtener más información.

Tipo de meta	Descripción	Recompensa para los empleados	Recompensa para los cónyuges
Evaluación de la salud en línea	Debe completar la evaluación de la salud en myCigna.com para poder ganar alguna de las recompensas enumeradas abajo en 2025. Esta encuesta en línea confidencial proporciona una evaluación personalizada de su estado de salud actual. La evaluación de la salud desbloquea sus recompensas para 2025.	Meta filtro	
Chequeo anual (examen preventivo)	Un examen preventivo permite detectar condiciones médicas y enfermedades antes de que se agraven y sean más costosas de tratar.	\$100	\$50
Meta de salud biométrica: colesterol	Alcanzar una proporción de colesterol saludable de menos de 4.4 (mujeres) o 5.0 (hombres).	\$25	\$25
Meta de salud biométrica: presión arterial	Alcanzar una presión arterial saludable igual o menor a 139/89.	\$25	\$25
Meta de salud biométrica: azúcar en sangre	Alcanzar un nivel de azúcar en sangre en ayunas menor a 100.	\$25	\$25
Asesoramiento médico por teléfono/control del estilo de vida	Completar cualquiera de los tres programas de asesoramiento para el control del estilo de vida: peso, estrés o tabaco.	\$50	N/D
Examen ginecológico/obstétrico anual	Este examen preventivo puede ayudar a detectar el cáncer de ovario y de cuello uterino, y el virus del papiloma humano (VPH).	\$50	\$50
Mamografía	El cáncer de seno puede detectarse antes con una mamografía.	\$25	\$25
Examen de detección del cáncer de colon	El cáncer de colon puede tratarse si se detecta temprano.	\$25	\$25
Examen de próstata	Un examen de próstata puede detectar cambios que podrían provocar cáncer de próstata.	\$25	\$25
Vacuna antigripal	La gripe puede provocar problemas de salud más graves.	\$25	\$25
Asesoramiento digital para la diabetes	Debe completar 16 lecciones de nuestro Programa de Prevención de la Diabetes.	\$100	N/D
Asesoramiento médico para condiciones crónicas	Un asesor médico trabajará con usted en forma personalizada para ayudarle a avanzar hacia una meta y superar un problema de salud.	\$50	N/D

* **Para todos los participantes:** Si cree que no podrá alcanzar un estándar para recibir una recompensa en virtud de este programa de bienestar, es posible que reúna los requisitos para ganar la misma recompensa por otros medios. Comuníquese con Cigna Healthcare al 800.244.6224, y trabajaremos con usted y, si lo desea, con su médico.

Para los participantes que tengan algún impedimento: Si no puede participar en alguno de los eventos, actividades o metas del programa debido a una discapacidad, es posible que tenga derecho a que se haga alguna adaptación razonable para poder participar o que se aplique un estándar alternativo para ganar las recompensas. Para adaptaciones en el lugar de trabajo, comuníquese con el Departamento de Beneficios del condado de Williamson escribiendo a Gina.Crawford@WilliamsonCounty-TN.gov; para adaptaciones con programas en línea, telefónicos u otros programas de Cigna Healthcare, comuníquese con Cigna Healthcare al 800.244.6224.

** Consulte en la tienda que corresponda cuáles son los términos y condiciones que podrían aplicarse a la recepción y el uso de una tarjeta de regalo/de débito. Es posible que las tarjetas de regalo/de débito se consideren ingreso sujeto a impuestos. Comuníquese con su asesor fiscal para conocer los detalles. Cigna Healthcare no es responsable de la pérdida o el hurto de tarjetas de regalo/de débito.

*** Los clientes menores de 13 años no podrán registrarse en myCigna.com (así como tampoco sus padres o tutores).

Esta información tiene fines educativos únicamente. No es asesoramiento médico. Pídale siempre a su médico las recomendaciones apropiadas de exámenes, tratamientos, pruebas y servicios de cuidado de la salud.

Oportunidad adicional para ganar recompensas con el programa Healthy Pregnancies, Healthy Babies de Cigna

Además del máximo de recompensas de \$200/\$100 que se describió más arriba, usted o su cónyuge también pueden ganar hasta \$150 a través del programa Healthy Pregnancies, Healthy Babies de Cigna.

Tipo de meta	Descripción	Recompensa para los empleados	Recompensa para los cónyuges
Realización completa del programa Healthy Pregnancies, Healthy Babies	Inscribirse en el Programa Healthy Pregnancies, Healthy Babies en el primer trimestre y luego completar el programa.	\$150	\$150
Realización completa del programa Healthy Pregnancies, Healthy Babies	Inscribirse en el programa Healthy Pregnancies, Healthy Babies en el segundo trimestre y luego completar el programa.	\$75	\$75

Healthy Pregnancies, Healthy Babies está fuera del tope para empleados y cónyuges de MotivateMe. Tanto los empleados como los cónyuges pueden participar en el programa Healthy Pregnancies, Healthy Babies para ganar el incentivo. Los hijos dependientes pueden participar en el programa Healthy Pregnancies, Healthy Babies, pero no pueden ganar el incentivo.

Servicios no cubiertos*

Su plan de beneficios paga los servicios médicos que pueden ayudarle a mantenerse saludable, a tratar una enfermedad o a controlar condiciones médicas, pero todos los planes tienen exclusiones y limitaciones. A continuación, se incluyen algunos ejemplos de servicios no cubiertos por el plan médico de su empleador, a menos que la ley así lo exija.

- Servicios proporcionados por programas gubernamentales
- Servicios que no son médicamente necesarios
- Servicios experimentales, en investigación o no comprobados
- Servicios prestados por una lesión o enfermedad que ocurra mientras esté trabajando por un sueldo o ganancias, incluidos los servicios cubiertos por los beneficios de un seguro de accidentes de trabajo
- Servicios estéticos
- Cuidado dental, a menos que se deba a la lesión accidental de piezas dentales sanas y naturales
- Reversión de procedimientos de esterilización
- Exámenes genéticos
- Programas para bajar de peso
- Tratamiento de una disfunción sexual
- Vacunas para viajes
- Consultas por teléfono, correo electrónico e Internet en ausencia de un beneficio específico

- Tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular (ATM) y muscular
- Acupuntura
- Servicios por infertilidad
- Cirugía y servicios para tratar la obesidad
- Cristales y marcos de anteojos, lentes de contacto y corrección quirúrgica de la vista

Es posible que estos servicios no estén cubiertos por su plan médico. Sin embargo, es posible que usted pueda pagarlos con fondos de su cuenta de salud (por ejemplo, HRA, HSA o FSA) si tiene una, y si las reglamentaciones impositivas federales aplicables lo permiten.

- No todos los medicamentos están cubiertos. Por ejemplo, los medicamentos sin receta y antiobesidad generalmente no están cubiertos. Los planes pueden variar, pero en general, para que un medicamento esté cubierto, debe tener la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) y debe ser recetado por un proveedor de cuidado de la salud, comprado en una farmacia con licencia y medicamento necesario. Si su plan brinda cobertura para determinados medicamentos con receta sin que tenga que pagar ninguna parte del costo, es posible que deba usar una farmacia de la red para que le despache la receta. Si usa una farmacia que no participa en la red de su plan, es posible que no se le cubra la receta o que el reembolso quede sujeto a las disposiciones sobre copago, coseguro o deducible de su plan.

* Esto es solamente un resumen, y los términos reales de su plan pueden variar. Para ver una lista completa de los servicios cubiertos y no cubiertos, incluidos los beneficios exigidos por su estado, consulte el certificado del seguro o la descripción resumida del plan de su empleador, que es el documento oficial del plan. En caso de discrepancia entre la información incluida en este folleto y el documento del plan, prevalecerá la información incluida en el documento del plan.

Si rechaza la inscripción

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro médico o plan de salud colectivo, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes dejan de ser elegibles para tener esa otra cobertura (o si el empleador deja de hacer aportes para la otra cobertura). No obstante, debe solicitar la inscripción dentro de un período de 30 días después de la finalización de la otra cobertura (o después de que el empleador deje de realizar aportes para la otra cobertura). Si la otra cobertura es una cobertura de continuación en virtud de la Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (COBRA, por sus siglas en inglés), usted y sus dependientes deberán completar todo el período de cobertura en virtud de COBRA antes de poder inscribirse en este plan, incluso si el empleador anterior deja de realizar aportes para la cobertura en virtud de COBRA.

Asimismo, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o tutela para la adopción, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes. No obstante, deberá solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o tutela para la adopción.

Desde el 1 de abril de 2009, si usted o sus dependientes dejan de ser elegibles para recibir la cobertura estatal de Medicaid o Children's Health Insurance Program (CHIP), o empiezan a ser elegibles para recibir asistencia con el pago de las primas de un plan de salud colectivo en virtud de un plan estatal de Medicaid o CHIP, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes. No obstante, deberá solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a que finalice la cobertura estatal de Medicaid o CHIP, o a que se determine que es elegible para recibir asistencia con las primas.

Para solicitar la inscripción especial u obtener más información, llame a nuestro equipo de Servicio al Cliente al 800.Cigna24 (800.244.6224).

Otras inscripciones fuera del plazo

Si decide no inscribirse en este plan ahora y luego desea hacerlo, debe cumplir con los requisitos para la inscripción especial. Si no cumple con los requisitos para la inscripción especial, es posible que deba esperar hasta un período de inscripción abierta, o quizás no pueda inscribirse, según los términos y condiciones de su plan de salud. Comuníquese con el administrador de su plan para recibir más información.

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA)

Si se realizó o se realizará una mastectomía, es posible que tenga derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA, por sus siglas en inglés) de 1998. Para aquellas personas que reciban beneficios en relación con una mastectomía, se proporcionará cobertura para lo siguiente, de un modo determinado en consulta con la paciente y el médico tratante:

- Todas las etapas de la reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica.
- Las prótesis.
- El tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán con sujeción a los mismos deducibles y coseguros o copagos aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos brindados por este plan, según lo detallado en el Resumen de beneficios. Si desea obtener más información acerca de los beneficios en virtud de la ley WHCRA, llame a nuestro equipo de Servicio al Cliente al 800.Cigna24 (800.244.6224).

Su lista de control sobre la inscripción



Esta es una de las decisiones más importantes que tomará este año. Estos pasos le ayudarán a tomar una decisión inteligente.

- Piense en sus antecedentes médicos y sus necesidades de cuidado de la salud. ¿Cuánto gasta, en promedio, en el cuidado de la salud? ¿Cuánto puede cambiar esta cantidad en el próximo año?
- Consulte el directorio en línea en Cigna.com para verificar si su proveedor participa en nuestra red.
- Visite myCigna.com para comparar los precios de los medicamentos con receta o para averiguar si su medicamento está cubierto.

Llame a la Línea de información para la etapa previa a la inscripción al 800.401.4041 si tiene alguna pregunta.

Una alianza más saludable empieza aquí.

Prepararse para una visita al médico es un paso importante en el control de su propia salud. Piense con tiempo qué preguntas le gustaría hacer. Su médico le agradecerá su participación activa. Estas son algunas medidas simples que puede tomar para aprovechar su visita al máximo.

Haga una lista.

Prepárese para su visita escribiendo sus preguntas e inquietudes más importantes. Ordénelas según su importancia. De esta manera podrá asegurarse de no perder demasiado tiempo hablando de cosas menos importantes, o quedarse sin tiempo y no poder conversar sobre lo que es importante para usted.

Prepárese para compartir.

La mejor manera que tiene su médico de tener una idea completa de su estado de salud es examinándole y, luego, hablando con usted. Prepárese para compartir su historia clínica básica. Si tiene una historia clínica compleja, lleve la información de contacto de sus otros médicos.

Encárguese de la documentación con anticipación.

Si necesita completar alguna documentación –como exámenes físicos de aptitud para la escuela, formularios para dejar constancia de una incapacidad, etc.– hágaselo saber a su médico al principio de la visita.

Entienda su cobertura.

Saber cómo funciona su plan de salud puede ayudarle a su médico a completar la documentación necesaria de manera rápida y eficiente. Además, no se olvide de llevar su tarjeta de ID de Cigna Healthcare. Tiene la información que su médico necesitará para procesar los reclamos.

Cultive una buena relación con su médico. Puede ayudarle a vivir una vida más saludable.

Encuentre la opción a su medida.

Debería irse del consultorio de su médico con la sensación de que pudo conversar sobre todas sus inquietudes. Juntos, usted y su médico deberían diseñar un plan de cuidado de la salud a la medida de sus necesidades.



La información de este folleto se brinda como guía únicamente. Asegúrese de leer minuciosamente toda su información de inscripción, dado que los detalles del plan pueden variar. En caso de discrepancia entre la información incluida en este folleto y los documentos oficiales del plan, se aplicarán los términos de los documentos del plan. Si necesita más ayuda, hable con su representante de Recursos Humanos.

Los proveedores y los centros que participan en la red de Cigna Healthcare son contratistas independientes exclusivamente responsables del tratamiento que brindan a sus pacientes. No son agentes de Cigna Healthcare.

Los planes médicos que se ofrecen a los empleados elegibles están autoasegurados por el condado de Williamson y son administrados por Cigna Health and Life Insurance Company.

La disponibilidad del producto puede variar según la ubicación y el tipo de plan, y está sujeta a cambios. Todas las pólizas de seguro de salud colectivo y los planes de beneficios de salud tienen exclusiones y limitaciones. Para conocer los costos y los detalles de la cobertura, revise los documentos de su plan o comuníquese con un representante de Cigna Healthcare.

Todos los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group. En Texas, los planes Open Access Plus y LocalPlus se consideran planes de proveedores preferidos con determinadas características de atención administrada, y los planes Open Access Plus In-Network y LocalPlus IN se consideran planes de proveedores exclusivos con determinadas características de atención administrada. Las imágenes se usan con fines ilustrativos únicamente.

967321SP b 10/24 © 2024 Cigna Healthcare. Parte del contenido se suministra bajo licencia.