



Asegurado y/o administrado por:

Cigna Health and Life Insurance Company
Delaware American Life Insurance Company

CBRE Government & Defense Services

Descripción general de los beneficios
Plan global para todos los empleados cubiertos
N.º de póliza 03646D
Fecha de inicio del plan: 1 de enero de 2026

Este plan brinda cobertura esencial mínima.

NOTA: Esta información es una descripción general de los beneficios y no es un contrato. Consulte el folleto de su certificado para conocer los detalles completos sobre la cobertura y las exclusiones. En caso de discrepancia entre este resumen y el certificado, se aplicará la información incluida en el certificado. Tenga en cuenta que su plan no cubre gastos por servicios que no sean médicamente necesarios.

Servicio al Cliente de Cigna Healthcare, Global Health Benefits

Número de teléfono gratuito:	1.800.441.2668	
Teléfono directo:	1.302.797.3100 (se aceptan llamadas al número de cobro revertido)	
Número de fax gratuito:	1.800.243.6998	
Número de fax directo:	001.302.797.3150	
Sitio web seguro:	www.CignaEnvoy.com Debe estar registrado. (Consulte el kit del miembro para obtener información sobre cómo registrarse). Este sitio ofrece un correo electrónico seguro.	
Entrega por servicio postal:	Cigna Healthcare P.O. Box 15050 Wilmington DE 19850-5050 U.S.A.	Cigna Healthcare 300 Bellevue Parkway Wilmington DE 19809 U.S.A.

Disposiciones generales del plan: Todas las cantidades se expresan en dólares

Plan médico global

	Internacional (fuera de los EE. UU.)	Dentro de la red en los EE. UU.	Fuera de la red en los EE. UU.
Área de cobertura	En todo el mundo		
Red médica en los EE. UU.	OAP		
Elegibilidad	Consulte la definición de elegibilidad en el certificado		
Máximo de por vida	Ilimitado		
Deducible por año calendario			
· Por persona	\$0	\$300	\$600
· Por grupo familiar	\$0	\$600	\$1,800
Coseguro (El porcentaje de gastos cubiertos que paga el plan)	100%	80%	60%
Desembolso máximo (no incluye el deducible)			
· Por persona	\$1,000	\$1,300	\$3,600
· Por grupo familiar	\$2,000	\$2,600	\$10,800



Plan médico global

Cálculo del deducible	<p>Los reclamos para un miembro de la familia están cubiertos en función del coseguro del plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando ese miembro de la familia alcanza el Deducible individual -O- • Cuando se alcanza el Deducible familiar, sin importar si se alcanzó el Deducible individual.
Cálculo del desembolso	<p>Los reclamos para un miembro de la familia están cubiertos en función del 100% del coseguro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando ese miembro de la familia alcanza el Desembolso máximo individual -O- • Cuando se alcanza el Desembolso máximo familiar, sin importar si se alcanzó el Desembolso máximo individual. <p>El desembolso: No incluye los pagos del deducible; incluye los pagos de los copagos; incluye los copagos de farmacia; incluye los pagos del coseguro de farmacia; no incluye las multas por Certificación previa a la admisión/Revisión de estadía continua.</p>
Acumulación entre redes	<p>El Deducible, el Desembolso, las cantidades máximas del plan y las cantidades máximas por servicios específicos (costo e incidencia) de las redes internacional y nacional se acumulan entre sí.</p>

Requisitos de certificación – Para servicios prestados dentro de los Estados Unidos

Es posible que sea necesario precertificar los servicios para pacientes internados y ambulatorios recibidos en los EE. UU.

- Los proveedores deben llamar a nuestro número gratuito, 1.800.441.2668, para precertificar los servicios.
- Usted o sus dependientes tienen la responsabilidad de asegurarse de que los proveedores Fuera de la red precertifiquen los servicios.
- La falta de precertificación puede afectar los costos de desembolso.
- Este documento es solamente un resumen. Podrá encontrar más detalles en el folleto del certificado.

	Internacional (fuera de los EE. UU.)	Dentro de la red en los EE. UU.	Fuera de la red en los EE. UU.
Servicios del Médico · Visita al consultorio del Médico · Cirugía hecha en el consultorio del Médico	100% 100%	80% después del deducible 80% después del deducible	60% después del deducible 60% después del deducible
Cuidado preventivo · Cuidado preventivo de rutina - Adultos · Vacunas - Adultos · Cuidado preventivo de rutina - Niños · Vacunas - Niños	100% 100% 100% 100%	100% no sujeto al deducible 100% no sujeto al deducible 100% no sujeto al deducible 100% no sujeto al deducible	100% no sujeto al deducible 100% no sujeto al deducible 100% no sujeto al deducible 100% no sujeto al deducible
Vacunas para viajes (Las vacunas que se necesiten en caso de viaje)	100%	100% no sujeto al deducible	100% no sujeto al deducible
Mamografías, pruebas de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés), de Papanicolaou y de detección de cáncer colorrectal	100%	100% no sujeto al deducible	100% no sujeto al deducible
Hospital para pacientes internados · Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados (limitado a la tarifa de cuarto semiprivado) · Visitas o consultas al Médico del Hospital como paciente internado · Servicios profesionales para pacientes internados (cirujano, radiólogo, patólogo, anestesista)	100% 100% 100%	80% después del deducible 80% después del deducible 80% después del deducible	60% después del deducible 60% después del deducible 60% después del deducible
Servicios para pacientes ambulatorios · Servicios en centros para pacientes ambulatorios · Servicios profesionales para pacientes ambulatorios	100% 100%	80% después del deducible 80% después del deducible	60% después del deducible 60% después del deducible
Sala de emergencias	100%	80% después del deducible	80% después del deducible
Servicios de cuidado de urgencia	100%	80% después del deducible	60% después del deducible
Ambulancia	100%	100% después del deducible	100% después del deducible

Plan médico global			
	Internacional (fuera de los EE. UU.)	Dentro de la red en los EE. UU.	Fuera de la red en los EE. UU.
Servicios de laboratorio · Visita al consultorio del médico · Centro para pacientes ambulatorios · Servicios de laboratorio en un centro de laboratorio independiente	100% 100% 100%	80% después del deducible 80% después del deducible 80% después del deducible	60% después del deducible 60% después del deducible 60% después del deducible
Servicios de radiología · Visita al consultorio del médico · Centro para pacientes ambulatorios	100% 100%	80% después del deducible 80% después del deducible	60% después del deducible 60% después del deducible
Radiología avanzada (p. ej., resonancia magnética [MRI, por sus siglas en inglés], angiografía por resonancia magnética [MRA, por sus siglas en inglés], tomografía axial computarizada [CAT, por sus siglas en inglés] y tomografía por emisión de positrones [PET, por sus siglas en inglés]) · Visita al consultorio del médico · Centro para pacientes internados · Centro para pacientes ambulatorios	100% 100% 100%	80% después del deducible 80% después del deducible 80% después del deducible	60% después del deducible 60% después del deducible 60% después del deducible
Servicios de terapia para pacientes ambulatorios · Visita al consultorio del médico · Centro hospitalario ambulatorio Máximo por año calendario:	100% 100%	80% después del deducible 80% después del deducible	60% después del deducible 60% después del deducible
60 días para todas las terapias combinadas			
El límite no se aplica a condiciones de Salud mental ni a Trastornos de consumo de sustancias. Nota: El máximo de Servicios de terapia para pacientes ambulatorios no se aplica al tratamiento del autismo. <i>Incluye:</i> Rehabilitación cardíaca y pulmonar, terapia del habla, ocupacional y cognitiva.			

Plan médico global			
	Internacional (fuera de los EE. UU.)	Dentro de la red en los EE. UU.	Fuera de la red en los EE. UU.
Servicios de terapia para pacientes ambulatorios - Terapia física/Fisioterapia · Visita al consultorio del médico · Centro hospitalario ambulatorio Máximo por año calendario: Ilimitado para todas las terapias combinadas	100% 100%	80% después del deducible 80% después del deducible	60% después del deducible 60% después del deducible
Atención quiropráctica Máximo por año calendario: Ilimitado	100%	80% después del deducible	60% después del deducible
Servicios de cuidado por maternidad · Visita inicial para confirmar el embarazo · Todas las Visitas prenatales posteriores, Visitas posnatales y los Cargos de parto del Médico (es decir, la tarifa total de maternidad) · Visitas al consultorio del Médico además de la tarifa total de maternidad cuando son prestadas por un obstetra/ginecólogo o Especialista · Parto – Centro Hospital para pacientes internados Centro de maternidad	100% 100% 100% 100% 100%	80% después del deducible 80% después del deducible 80% después del deducible 80% después del deducible 80% después del deducible	60% después del deducible 60% después del deducible 60% después del deducible 60% después del deducible 60% después del deducible

Plan médico global			
	Internacional (fuera de los EE. UU.)	Dentro de la red en los EE. UU.	Fuera de la red en los EE. UU.
Servicios relacionados con la infertilidad, la fertilidad y la concepción			
· Visita al consultorio del Médico y asesoría	100%	80% después del deducible	60% después del deducible
· Exámenes de laboratorio y radiología	100%	80% después del deducible	60% después del deducible
· Centro para pacientes internados	100%	80% después del deducible	60% después del deducible
· Centro para pacientes ambulatorios	100%	80% después del deducible	60% después del deducible
Examen de audición			
· 1 examen cada 24 meses	100%	80% después del deducible	60% después del deducible
Aparatos auditivos			
Máximo	100%	80% después del deducible Ilimitado	60% después del deducible
Salud mental			
· Visita al consultorio del médico	100%	80% después del deducible	60% después del deducible
· Centro para pacientes internados	100%	80% después del deducible	60% después del deducible
Máximo: (Combinado con trastorno de consumo de sustancias)			
· Centro para pacientes ambulatorios	100%	80% después del deducible	60% después del deducible
Máximo: (Combinado con trastorno de consumo de sustancias)		Ilimitado	
Trastornos de consumo de sustancias			
· Visita al consultorio del médico	100%	80% después del deducible	60% después del deducible
· Centro para pacientes internados	100%	80% después del deducible	60% después del deducible
Máximo: (Combinado con salud mental)			
· Centro para pacientes ambulatorios	100%	80% después del deducible	60% después del deducible
Máximo: (Combinado con salud mental)		Ilimitado	
<p>Nota importante sobre la cobertura de trastornos de salud mental y consumo de sustancias: Los servicios médicos cubiertos mencionados arriba que se reciban para diagnosticar o tratar una condición de Salud mental o Trastornos de consumo de sustancias se pagarán de acuerdo con las secciones tituladas "Salud mental" y "Trastorno de consumo de sustancias".</p>			



Beneficios de Medicamentos con receta

Internacional (fuera de los EE. UU.)

Comprados fuera de los Estados Unidos	Sin cargo, no sujeto al deducible del plan
--	--

Determinados medicamentos preventivos cubiertos por este plan y requeridos como parte de los servicios de cuidado preventivo (en www.healthcare.gov podrá encontrar información detallada) se pagarán al 100%, sin copago ni deducible, cuando se compren en una Farmacia de la red. Se requiere una receta escrita.

Comprados dentro de los Estados Unidos únicamente

Detalles de los beneficios	Farmacia de la red (Dentro de la red en los EE. UU.)	Farmacia no perteneciente a la red (Fuera de la red en los EE. UU.)
Productos farmacológicos con receta en Farmacias minoristas	La cantidad que usted paga por un suministro para 30 días consecutivos como máximo	
Nivel 1 – Medicamentos genéricos de la Lista de medicamentos con receta	Sin cargo después de que pague el copago de \$5	Cobertura únicamente dentro de la red
Nivel 2 – Medicamentos de marca designados como preferidos en la Lista de medicamentos con receta	Sin cargo después de que pague el copago de \$30	Cobertura únicamente dentro de la red
Nivel 3 – Medicamentos de marca designados como no preferidos en la Lista de medicamentos con receta	Sin cargo después de que pague el copago de \$120	Cobertura únicamente dentro de la red
Productos farmacológicos con receta en Farmacias de entrega a domicilio	La cantidad que usted paga por un suministro para 90 días consecutivos como máximo	
Nivel 1 – Medicamentos genéricos de la Lista de medicamentos con receta	Sin cargo después de que pague el copago de \$15	Cobertura únicamente dentro de la red
Nivel 2 – Medicamentos de marca designados como preferidos en la Lista de medicamentos con receta	Sin cargo después de que pague el copago de \$90	Cobertura únicamente dentro de la red
Nivel 3 – Medicamentos de marca designados como no preferidos en la Lista de medicamentos con receta	Sin cargo después de que pague el copago de \$360	Cobertura únicamente dentro de la red

Características del plan de farmacia para medicamentos con receta comprados dentro de los Estados Unidos únicamente	
Lista de medicamentos con receta	Performance de 3 niveles
Despachar según lo indicado	Si solicita que le despachen un medicamento de marca que tiene un equivalente genérico disponible, deberá pagar la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico, más el copago y/o coseguro para medicamentos de marca que corresponda, si lo hubiera. Sin embargo, si su médico ha determinado que un medicamento genérico no es una alternativa aceptable, solo deberá pagar el copago y/o coseguro para medicamentos de marca que corresponda, si lo hubiera.
Administración de la utilización	Su plan incluye programas y revisiones de gestión de medicamentos para garantizar la emisión segura de recetas y el acceso a medicamentos que se haya comprobado que son los más confiables y menos costosos para su condición médica.
Tratamiento escalonado	Determinados medicamentos están sujetos a requisitos de tratamiento escalonado. Para identificar si un medicamento en particular está sujeto a requisitos de tratamiento escalonado, debe consultar su Lista de medicamentos con receta.
Autorización previa	Para la cobertura de determinados medicamentos, su Médico deberá obtener la autorización previa de Cigna. Para identificar si un medicamento en particular requiere autorización previa, debe consultar su Lista de medicamentos con receta.
Límites a la cantidad	Incluye revisiones de dosis diaria máxima, revisiones de cantidad en el tiempo, revisiones de duración del tratamiento y revisiones de optimización de la dosis.
Para saber si su medicamento está cubierto, puede ver la Lista de medicamentos con receta de Cigna visitando www.Cigna.com/druglist y seleccionar <i>Performance 3-Tier</i> (Performance de 3 niveles).	

Plan de evacuación global	
Número de teléfono gratuito	1.800.441.2668
Evacuación médica de emergencia	El 100% de los gastos cubiertos para servicios aprobados.
Coordinación de viajes de familiares	Pasaje aéreo de ida y vuelta en clase económica al lugar de hospitalización para 1 miembro de la familia, para hospitalizaciones de más de 7 días.
Regreso de hijos dependientes	Pasaje aéreo en clase económica para el regreso de hijos dependientes a su país de residencia.
Repatriación de restos mortales	100% de cobertura.

Programa Internacional de Asistencia a los Empleados (IEAP, por sus siglas en inglés)	
Asistencia del EAP internacional y apoyo para el trabajo y la vida personal	<p>Nuestro programa ofrece apoyo confidencial sin costo las 24 horas, los 7 días de la semana, para su bienestar emocional y mental, y el de su familia. Los servicios incluyen clasificación telefónica para referencias de emergencia y de urgencia, intervención en caso de crisis y referencias a recursos comunitarios, como cuidado de niños, cuidado de ancianos, recursos legales y financieros. Su beneficio de asesoramiento incluye hasta 6 sesiones por problema con un profesional especializado en salud del comportamiento con licencia. Hay sesiones disponibles en persona, por video o por teléfono, según la necesidad, la ubicación y su preferencia.</p> <p>En Cigna Envoy (cignaenvoy.com) podrá encontrar los detalles completos del programa e información de contacto específica según el país.</p>



Telesalud global

Teladoc Health International

Global Telehealth le brinda acceso sin costo las 24 horas, los 7 días de la semana, a médicos con licencia para problemas de salud que no sean una emergencia. Los contactos comunes suelen ser por fiebre, sarpullido, dolor y atención pediátrica que no es de emergencia, entre otros. Hay referencias a especialistas y recetas disponibles cuando es médicamente necesario y está permitido en el lugar. Se pueden coordinar consultas por teléfono o video a través de Cigna Envoy (cignaenvoy.com).

Apoyo global para formar una familia y para la salud hormonal

Carrot

Como miembro global de Cigna Healthcare, usted y su cónyuge/pareja cubierto/a pueden acceder a Carrot, el principal proveedor global de beneficios vinculados con la fertilidad, la salud hormonal y la formación de una familia. Carrot brinda:

- Planes de cuidados personalizados y apoyo para la fertilidad, el embarazo, el período de posparto, la crianza, la menopausia y el alivio de los síntomas vinculados con bajos niveles de testosterona, entre otras cosas.
- Apoyo de clínicos y especialistas ilimitado y personalizado a través de los servicios de telesalud
- Conocimientos localizados en múltiples idiomas, atención específica según el país y orientación sobre proveedores
- Acceso a artículos escritos por expertos, videos, guías y sesiones grupales

Cree su [cuenta](#) y explore su beneficio de Carrot.



Plan de cuidado de la vista global

	Internacional (fuera de los EE. UU.)	Dentro de la red en los EE. UU.	Fuera de la red en los EE. UU.
Exámenes Uno cada 12 meses consecutivos Máximo	100% no sujeto al deducible Ilimitado	100% no sujeto al deducible Ilimitado	100% no sujeto al deducible \$40
Marcos Uno cada 12 meses consecutivos Máximo	100% no sujeto al deducible \$250	100% no sujeto al deducible \$250	100% no sujeto al deducible \$200
Cristales Un par cada 12 meses consecutivos			
Lentes monofocales Máximo	100% no sujeto al deducible Ilimitado	100% no sujeto al deducible Ilimitado	100% no sujeto al deducible \$30
Lentes bifocales Máximo	100% no sujeto al deducible Ilimitado	100% no sujeto al deducible Ilimitado	100% no sujeto al deducible \$50
Lentes trifocales Máximo	100% no sujeto al deducible Ilimitado	100% no sujeto al deducible Ilimitado	100% no sujeto al deducible \$70
Lentes lenticulares Máximo	100% no sujeto al deducible Ilimitado	100% no sujeto al deducible Ilimitado	100% no sujeto al deducible \$70
Lentes de contacto Máximo	100% no sujeto al deducible \$250	100% no sujeto al deducible \$250	100% no sujeto al deducible \$200
Colores y recubrimientos Máximo		100% no sujeto al deducible Ilimitado	100% no sujeto al deducible \$8

Es posible que su plan de cuidado de la vista incluya una cobertura adicional. Consulte a Envoy para obtener información adicional.

Plan dental global		
Máximo por año calendario Combinado para: Clases I, II y III		\$1,500
Máximo de por vida de la Clase IV		\$1,500
Deducible por año calendario Combinado para: Clases II y III		\$25 por persona/\$75 por grupo familiar
Clase I	Cuidado preventivo Para servicios de diagnóstico y preventivos, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Examen bucal: 2 por persona, por año • Limpiezas: 2 por persona, por año • Radiografías de aleta de mordida: 2 por persona, por año • Aplicaciones de flúor: 1 por persona por año (hasta los 19 años) • Selladores: 1 tratamiento por pieza dental posterior, cada 3 años • Radiografías de diagnóstico: ilimitadas • Radiografías de toda la boca/panorámicas: 1 por persona cada 3 años 	100% no sujeto al deducible
Clase II	Restauración básica Para restauraciones básicas: <ul style="list-style-type: none"> • Endodoncia • Periodoncia • Mantenimiento de prótesis • Cirugía bucal • Empastes • Tratamiento de conducto • Remoción del sarro y alisado radicular • Reparación de puentes y dentaduras postizas 	80% después del deducible
Clase III	Servicios de restauración mayores Para restauraciones mayores: <ul style="list-style-type: none"> • Dentaduras postizas • Puentes • Coronas 	50% después del deducible
Clase IV	Ortodoncia Hijos menores de 19 años	El 50% después del deducible por separado de \$50

Plan de seguro de vida global	
Beneficio del empleado	Una cantidad de beneficio fija de \$50,000
Cantidad de emisión garantizada	Una cantidad de beneficio fija de \$50,000
Reducción de los beneficios	Al 65% a los 65 años y al 50% a los 70 años; la cobertura finaliza al jubilarse.



Plan de seguro de vida global para dependientes

Beneficio para el Cónyuge	Una cantidad de beneficio fija de \$50,000
Beneficio para Hijos dependientes de 14 días a 6 meses	Una cantidad de beneficio fija de \$500
Beneficio para Hijos dependientes de 6 meses a 19 años (o estudiante de tiempo completo)	Una cantidad de beneficio fija de \$10,000

Plan de seguro de vida global complementario

Beneficio del empleado	
Reducción de los beneficios	Al 65% a los 65 años y al 50% a los 70 años; la cobertura finaliza al jubilarse.

Seguro global por muerte y desmembramiento accidental (AD&D, por sus siglas en inglés)

Beneficio del empleado	Una cantidad de beneficio fija de \$50,000
Reducción de los beneficios	Al 65% a los 65 años y al 50% a los 70 años; la cobertura finaliza al jubilarse.
Alcance de la cobertura	Cobertura las 24 horas.

Plan de seguro AD&D global para dependientes

Beneficio para el Cónyuge	Una cantidad de beneficio fija de \$50,000
Beneficio para Hijos dependientes de 14 días a 6 meses	Una cantidad de beneficio fija de \$500
Beneficio para Hijos dependientes de 6 meses a 19 años (o estudiante de tiempo completo)	Una cantidad de beneficio fija de \$10,000

Plan de seguro AD&D global complementario

Beneficio del empleado	
Reducción de los beneficios	Al 65% a los 65 años y al 50% a los 70 años; la cobertura finaliza al jubilarse.
Alcance de la cobertura	Cobertura las 24 horas.

Plan por incapacidad a largo plazo global

Beneficio bruto por incapacidad	El 60.00% de sus Ingresos mensuales cubiertos redondeados al número entero más cercano o el Beneficio máximo por incapacidad, lo que sea menor.
Definición de Ingresos cubiertos	Ingresos anuales básicos (sueldo o salario) del empleado declarados por el empleador, sin incluir los bonos, las comisiones, las horas extraordinarias ni remuneraciones adicionales.
Aporte del empleador	50%
Período de espera	180 días
Beneficio máximo por incapacidad	\$5,000 por mes.



Beneficio mínimo por incapacidad	\$100 por mes.
Período máximo del beneficio	Duración del beneficio que se reduce
<u>Edad en el momento de la incapacidad</u>	<u>Período máximo del beneficio</u>
Antes de los 60 años	Hasta los 65 años
60 años	60 meses
61 años	48 meses
62 años	42 meses
63 años	36 meses
64 años	30 meses
65 años	24 meses
66 años	21 meses
67 años	18 meses
68 años	15 meses
69 años	12 meses
A partir de los 70 años	Ninguno
Definición de incapacidad	Ocupación propia durante 24 meses; cualquier ocupación en lo sucesivo.
Incentivo para regresar al trabajo	Incluido.
Períodos de discapacidad subsiguientes	6 meses o menos.
Beneficios para los supervivientes	Pago en una suma global única equivalente a 3 meses de beneficios por incapacidad.
Menos Otros beneficios de ingresos	Seguro Social primario, Plan de pensiones canadiense (CPP, por sus siglas en inglés), Plan de pensiones de Quebec (QPP, por sus siglas en inglés), Programas sociales locales del país y otras compensaciones estándar.
Limitación por enfermedad mental	24 meses (las condiciones incluyen, a modo de ejemplo, salud mental y consumo de sustancias).
Limitación por condición preexistente	Exclusión de 3/6/12
Cuando continúa la cobertura (exención de primas)	Se eximirá del pago de las primas durante cualquier período por el cual sean pagaderos los beneficios. Si la cobertura debe continuar, el pago de las primas podrá reanudarse después de un período durante el cual se haya eximido su pago.
Riesgo de guerra	No está cubierto ningún riesgo de guerra.

Se considera que la información incluida en este documento es precisa a la fecha de publicación y está sujeta a cambios. Este material se brinda con fines informativos únicamente y contiene solamente una descripción parcial y general de los beneficios. Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna Life Insurance Company of Canada, Cigna Global Insurance Company Limited, Evernorth Care Solutions, Inc. y Evernorth Behavioral Health, Inc. El nombre de Cigna Healthcare, el logotipo, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc., cuya licencia de uso poseen The Cigna Group y sus subsidiarias operativas. "Cigna Healthcare" se refiere a The Cigna Group y/o sus subsidiarias y afiliadas. Consulte su póliza/certificado de cliente para ver una descripción completa de la cobertura y las exclusiones. En caso de conflicto o discrepancia, prevalecerán los términos de los documentos formales del plan. Comuníquese con el Administrador de su plan si necesita una copia de los documentos del plan. La cobertura y los beneficios dependen de los términos aplicables de la póliza y están disponibles salvo en los lugares donde estén prohibidos por la ley aplicable.

© 2025 Cigna Healthcare. Todos los derechos reservados.

Fecha de publicación: 29 de octubre de 2025:12:03 GMT PIF-000123365