



Asegurado y/o administrado por:

Cigna Health and Life Insurance Company
Delaware American Life Insurance Company

CBRE Government & Defense Services

Presentación de las prestaciones
Plan global para todos los empleados cubiertos
N.º de póliza 03646D
Fecha de inicio del plan: 1 de enero de 2026

Este plan ofrece cobertura esencial mínima.

NOTA: Esta información es una descripción general de las prestaciones 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 . Es necesario registrarse (Consulte el kit para miembros 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 EE.UU.	Cigna Healthcare 300 Bellevue Parkway Wilmington DE 19809 EE.UU.

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

Plan médico global

	Internacional (Fuera de EE. UU.)	Dentro de la red en EE. UU.	Fuera de la red en EE. UU.
Área de cobertura	En todo el mundo		
Red médica en EE. UU.	OAP		
Elegibilidad	Consulte la definición de elegibilidad en el certificado		
Máximo de por vida	Ilimitado		
Deducible por año natural			
· 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 (excluye 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	Las reclamaciones para un miembro de la familia están cubiertas en función del coseguro del plan: <ul style="list-style-type: none">• Cuando ese miembro de la familia alcanza el Deducible individual -O- <ul style="list-style-type: none">• Cuando se alcanza el deducible familiar, sin importar si se alcanzó el Deducible individual.
Cálculo del desembolso	Las reclamaciones para un miembro de la familia están cubiertas en función del 100% del coseguro: <ul style="list-style-type: none">• Cuando ese miembro de la familia alcanza el Desembolso máximo individual -O- <ul style="list-style-type: none">• Cuando se alcanza el desembolso máximo familiar, sin importar si se alcanzó el Desembolso máximo individual. El desembolso: Excluya 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.
Acumulación entre redes	El Deducible, el Desembolso, las cantidades máximas del plan y las cantidades máximas por servicios específicos (coste e incidencia) de las redes internacional y nacional se acumulan entre sí.

Requisitos de certificación - Para servicios prestados dentro de Estados Unidos

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

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

	Internacional (Fuera de EE. UU.)	Dentro de la red en EE. UU.	Fuera de la red en EE. UU.
Servicios médicos			
· Visita a la consulta médica	100 %	80 % después del deducible	60 % después del deducible
· Cirugía hecha en la consulta médica	100 %	80 % después del deducible	60 % después del deducible
Cuidado preventivo			
· Cuidado preventivo de rutina - Adultos	100 %	100 % no sujeto al deducible	100 % no sujeto al deducible
· Vacunas - Adultos	100 %	100 % no sujeto al deducible	100 % no sujeto al deducible
· Cuidado preventivo de rutina - Niños	100 %	100 % no sujeto al deducible	100 % no sujeto al deducible
· Vacunas - Niños	100 %	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), de Papanicolaou y de detección de cáncer colorrectal	100 %	100 % no sujeto al deducible	100 % no sujeto al deducible
Hospital para pacientes ingresados			
· Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados (limitado a la tarifa de cuarto semiprivado)	100 %	80 % después del deducible	60 % después del deducible
· Visitas o consultas médicas en el Hospital como paciente ingresado	100 %	80 % después del deducible	60 % después del deducible
· Servicios profesionales para pacientes ingresados (cirujano, radiólogo, patólogo, anestesista)	100 %	80 % después del deducible	60 % después del deducible
Servicios para pacientes ambulatorios			
· Servicios en centros para pacientes ambulatorios	100 %	80 % después del deducible	60 % después del deducible
· Servicios profesionales para pacientes ambulatorios	100 %	80 % después del deducible	60 % después del deducible
Sala de urgencias	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 EE. UU.)	Dentro de la red en EE. UU.	Fuera de la red en EE. UU.
Servicios de laboratorio			
· Visita a la consulta médica	100 %	80 % después del deducible	60 % después del deducible
· Centro para pacientes ambulatorios	100 %	80 % después del deducible	60 % después del deducible
· Servicios de laboratorio en un centro de laboratorio independiente	100 %	80 % después del deducible	60 % después del deducible
Servicios de radiología			
· Visita a la consulta médica	100 %	80 % después del deducible	60 % después del deducible
· Centro para pacientes ambulatorios	100 %	80 % después del deducible	60 % después del deducible
Radiología avanzada [p. ej., resonancia magnética (RM), angiografía por resonancia magnética (ARM), tomografía axial computarizada (TAC) y tomografía por emisión de positrones (TEP)]			
· Visita a la consulta médica	100 %	80 % después del deducible	60 % después del deducible
· Centro para pacientes ingresados	100 %	80 % después del deducible	60 % después del deducible
· Centro para pacientes ambulatorios	100 %	80 % después del deducible	60 % después del deducible
Servicios profesionales para pacientes ambulatorios			
· Visita a la consulta médica	100 %	80 % después del deducible	60 % después del deducible
· Centro hospitalario ambulatorio	100 %	80 % después del deducible	60 % después del deducible
Máximo por año calendario:	60 días para todas las terapias combinadas		
<p>El límite no se aplica a dolencias de salud mental ni a trastornos de consumo de sustancias.</p> <p>Nota: El máximo de Servicios de terapia para pacientes ambulatorios no se aplica al tratamiento del autismo.</p> <p><i>Incluye:</i> Rehabilitación cardíaca y pulmonar, terapia del habla, ocupacional y cognitiva.</p>			

Plan médico global			
	Internacional (Fuera de EE. UU.)	Dentro de la red en EE. UU.	Fuera de la red en EE. UU.
Servicios de terapia para pacientes ambulatorios - Terapia física/Fisioterapia · Visita a la consulta médica · 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 médicos del parto (es decir, la tarifa total de maternidad) · Visitas a la consulta médica además de la tarifa total de maternidad cuando corren a cargo de un obstetra/ginecólogo o especialista · Parto – Centro · Hospital para pacientes ingresados · 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 EE. UU.)	Dentro de la red en EE. UU.	Fuera de la red en EE. UU.
Servicios relacionados con la infertilidad, la fertilidad y la concepción · Visita a la consulta médica · Análisis y pruebas radiológicas · Centro para pacientes ingresados · Centro para pacientes ambulatorios	100 % 100 % 100 % 100 %	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
Revisión de audición · 1 revisión 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 a la consulta médica · Centro para pacientes ingresados Máximo: (Combinado con trastorno de consumo de sustancias) · Centro para pacientes ambulatorios Máximo: (Combinado con trastorno de consumo de sustancias)	100 % 100 % 100 %	80 % después del deducible 80 % después del deducible 80 % después del deducible Ilimitado	60 % después del deducible 60 % después del deducible 60 % después del deducible
Trastorno de consumo de sustancias · Visita a la consulta médica · Centro para pacientes ingresados Máximo: (Combinado con salud mental) · Centro para pacientes ambulatorios Máximo: (Combinado con salud mental)	100 % 100 % 100 %	80 % después del deducible 80 % después del deducible 80 % después del deducible Ilimitado	60 % después del deducible 60 % después del deducible 60 % después del deducible
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 dolencia 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".			



Prestaciones sobre Medicamentos con receta

Internacional (Fuera de EE. UU.)

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

Determinados medicamentos de cuidado preventivo 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 receta escrita.

Comprados dentro de Estados Unidos únicamente

Detalles de las prestaciones	Farmacia de la red (Dentro de la red en EE. UU.)	Farmacia no perteneciente a la red (Fuera de la red en 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 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 coste 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 dolencia 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 urgencia	El 100% de los gastos cubiertos para servicios aprobados.
Coordinación de viajes de familiares	Pasaje aéreo de ida y vuelta en clase turista 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 turista 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	Nuestro programa ofrece apoyo confidencial gratuito las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para el bienestar emocional y mental suyo y de su familia. Los servicios incluyen clasificación telefónica para derivaciones de emergencia y urgentes, intervención en caso de crisis y derivaciones a recursos comunitarios como cuidado de niños, cuidado de ancianos, asesoramiento legal y financiero. Su prestación de asesoramiento incluye hasta 6 sesiones por problema con un profesional de salud conductual autorizado. Las sesiones están disponibles de forma presencial, por vídeo o por teléfono según las necesidades, la ubicación y sus preferencias. Puede encontrar los detalles completos del programa y la información de contacto específica de cada país en Cigna Envoy (cignaenvoy.com).



Global Telehealth

Teladoc Health International

La telemedicina global le ofrece acceso gratuito las 24 horas del día, los 7 días de la semana a médicos autorizados para problemas de salud que no sean urgentes. Las consultas más frecuentes incluyen fiebre, erupciones cutáneas, dolor, atención pediátrica no urgente y mucho más. Las derivaciones a especialistas y las recetas están disponibles cuando sea necesario desde el punto de vista médico y esté permitido localmente. Las consultas telefónicas o por vídeo se pueden concertar a través de Cigna Envoy (cignaenvoy.com).

Planificación familiar global y apoyo para la salud hormonal

Carrot

Como miembro global de Cigna Healthcare, usted y su cónyuge/pareja con cobertura tienen acceso a Carrot, el proveedor líder mundial de prestaciones de fertilidad, salud hormonal y planificación familiar. Carrot proporciona:

- Planes de cuidados personalizados y apoyo para la fertilidad, el embarazo, el posparto, la crianza de los hijos, el alivio de los síntomas de la menopausia o la testosterona baja, etc.
- Apoyo telemédico individual e ilimitado a médicos y especialistas
- Experiencia localizada multilingüe, atención específica para cada país y selección de proveedores
- Acceso a artículos escritos por expertos, vídeos, guías y sesiones de grupo

Cree su [cuenta](#) y descubra las prestaciones de Carrot.



Plan de cuidado de la vista global

	Internacional (Fuera de EE. UU.)	Dentro de la red en EE. UU.	Fuera de la red en EE. UU.
Exámenes 1 cada 12 meses consecutivos Máximo	100 % no sujeto al deducible Ilimitado	100 % no sujeto al deducible Ilimitado	100 % no sujeto al deducible \$40
Monturas 1 cada 12 meses consecutivos Máximo	100 % no sujeto al deducible \$250	100 % no sujeto al deducible \$250	100 % no sujeto al deducible \$200
Lentes Un par cada 12 meses consecutivos			
Lentes individuales 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 progresivas 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
Tintes y revestimientos Máximo		100 % no sujeto al deducible Ilimitado	100 % no sujeto al deducible \$8

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

Plan dental global		
Máximo por año natural Combinado para: Clases I, II y III		\$1.500
Máximo vitalicio de clase IV		\$1.500
Deducible por año natural Combinado para: Clase II Clase III		\$25 por persona/\$75 por familia
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 Menores de 19 años	50 % después de un deducible aparte de \$50

Plan de vida global	
Prestación para empleados	Una prestación fija de \$50.000
Importe de emisión garantizado	Una prestación fija de \$50.000
Reducción de prestaciones	Al 65 % a los 65 años y al 50 % a los 70 años; finaliza en el momento de la jubilación

Plan de vida global para dependientes

Prestación para cónyuges	Una prestación fija de \$50.000
Prestación para hijos dependientes de 14 días a 6 meses	Una prestación fija de \$500
Prestación para hijos dependientes de 6 meses a 19 años (o estudiantes a tiempo completo)	Una prestación fija de \$10.000

Plan de vida complementario global

Prestación para empleados	
Reducción de prestaciones	Al 65 % a los 65 años y al 50 % a los 70 años; finaliza en el momento de la jubilación

Muerte y desmembramiento accidental global

Prestación para empleados	Una prestación fija de \$50.000
Reducción de prestaciones	Al 65 % a los 65 años y al 50 % a los 70 años; finaliza en el momento de la jubilación
Alcance de la cobertura	Cobertura 24 horas

Plan de muerte y desmembramiento accidental global para dependientes

Prestación para cónyuges	Una prestación fija de \$50.000
Prestación para hijos dependientes de 14 días a 6 meses	Una prestación fija de \$500
Prestación para hijos dependientes de 6 meses a 19 años (o estudiantes a tiempo completo)	Una prestación fija de \$10.000

Plan de muerte y desmembramiento accidental complementario global

Prestación para empleados	
Reducción de prestaciones	Al 65 % a los 65 años y al 50 % a los 70 años; finaliza en el momento de la jubilación
Alcance de la cobertura	Cobertura 24 horas

Plan de incapacidad a largo plazo global

Prestación bruta por incapacidad	El menor entre el 60,00 % de sus ingresos mensuales cubiertos redondeado al dólar más próximo o la prestación máxima por incapacidad
Definición de ingresos cubiertos	Ingresos anuales base del empleado (sueldo o salario) declarados por el empleador, excluyendo primas, comisiones, pago de horas extraordinarias o compensaciones extra
Contribución del empleador	50 %
Período de carencia	180 días
Prestación máxima por incapacidad	\$5.000 al mes

Prestación mínima por incapacidad	\$100 al mes
Período máximo de prestación	Duración de prestación reducida
<u>Edad en el momento de la incapacidad</u>	<u>Período máximo de prestación</u>
Antes de los 60 años	Hasta los 65 años
60 años de edad	60 meses
61 años de edad	48 meses
62 años de edad	42 meses
63 años de edad	36 meses
64 años de edad	30 meses
65 años de edad	24 meses
66 años de edad	21 meses
67 años de edad	18 meses
68 años de edad	15 meses
69 años de edad	12 meses
70 años o más	Ninguno
Definición de incapacidad	24 meses de ocupación propia y después cualquier ocupación
Incentivo de reincorporación al trabajo	Incluido
Períodos sucesivos de incapacidad	6 meses o menos
Prestaciones para supervivientes	Pago único a tanto alzado equivalente a 3 meses de prestaciones por incapacidad
Menos otras prestaciones de ingresos	Seguro Social primario, Plan de Pensiones de Canadá (CPP, por sus siglas en inglés), Plan de Pensiones de Quebec (QPP, por sus siglas en inglés), programas sociales del país local y otras compensaciones estándar.
Limitación por enfermedad mental	24 meses (las afecciones incluyen, entre otras, salud mental y consumo de sustancias)
Limitación por condición preexistente	Exclusión 3/6/12
Cuándo continúa la cobertura (exención de prima)	El pago de las primas queda exento durante cualquier período en el que se abonen prestaciones. Si la cobertura debe continuar, el pago de las primas podrá reanudarse tras un período en el que se hayan eximido.
Riesgo de guerra	No. El riesgo de guerra no está cubierto.

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 las prestaciones. 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 el Grupo Cigna y sus subsidiarias operativas. "Cigna Healthcare" se refiere al Grupo Cigna 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. 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. Comuníquese con el Administrador de su plan si necesita una copia de los documentos del plan. La cobertura y las prestaciones dependen de los términos aplicables de la póliza y están disponibles salvo en los lugares donde estén prohibidos por la ley aplicable.