

BRAND

Brand Services, LLC

 **Starbridge**
Limited-benefit health plan

La cobertura de salud está a su alcance.



Rasgos sobresalientes de los beneficios:

- Visitas al médico por apenas \$10
- Hasta \$5,000 para la Atención para pacientes internados
- Hasta \$10,000 de cobertura por accidentes
- Programa de medicamentos que requieren receta médica
- CIGNA 24-Hour Employee Assistance ProgramSM (Programa de asistencia a los empleados durante las 24 horas de CIGNA)

Los planes a partir de sólo
\$9.³⁵ semanalmente

También se encuentra disponible:

- Plan Dental / de la vista**
- Incapacidad a Corto Plazo

**El programa de descuentos para la vista no es un seguro.

El tiempo para inscribirse es limitado. Vea a su gerente hoy mismo. Ofrecemos seguro médico. Favor de marcar el 1-800-754-1896.

¿Quién cumple con los requisitos?

Todos los miembros de equipo que no sean elegibles para la cobertura médica mayor de la empresa son elegibles.

¿Cuándo me puedo inscribir?

Dentro de un periodo de 31 días de elegibilidad, o durante el periodo de Inscripciones Abiertas de la compañía.

¿Cuándo comenzará mi cobertura?

Su cobertura empieza el primer día del mes después de 30 días de empleo.



¿Un plan de salud Starbridge es adecuado para usted?

Los planes de salud con beneficios limitados Starbridge de CIGNA han sido diseñados para brindar un seguro de salud accesible para personas que trabajan mucho, como usted. Los planes Starbridge brindan cobertura para los gastos médicos cotidianos y pueden ayudarle a planificar gastos inesperados por enfermedades y accidentes. No es un plan médico principal. Hágase las siguientes preguntas para verificar si un plan Starbridge es adecuado para usted. Si responde "sí" a una o más de estas preguntas, su empleador y CIGNA HealthCare están aquí para ayudarle.

<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Ha dejado de realizar controles o consultas médicas por enfermedad porque no está asegurado?
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Ha tenido que usar ausencias con permiso no retribuidas en el trabajo el año anterior por enfermedad o por un problema de salud?
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Es difícil para usted encontrar proveedores de atención médica de calidad porque no tiene una tarjeta de seguro?
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Compra medicamentos de venta libre en lugar de ir al médico o de surtir una receta médica?
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Ha confiado siempre en la ayuda de familiares, amigos o del gobierno para pagar la atención médica básica?

Hay muchas formas de ahorrar con Starbridge.

Descuentos dentro de la red

Nuestra red incluye a médicos que han reducido sus precios para nuestros miembros. El uso de un proveedor de la red puede ahorrar dinero porque obtendrá más servicios si usa todos sus beneficios (consulte el cuadro de beneficios médicos). Muchos proveedores ofrecen a nuestros miembros descuentos de aproximadamente el 30 al 50% de sus cargos usuales. Incluso si alcanza los máximos beneficios, continuará recibiendo precios con descuento de parte de muchos de nuestros proveedores dentro de la red.

Beneficios para pacientes en consulta externa

Los beneficios de Starbridge para pacientes en consulta externa cubren servicios fuera del hospital, como las visitas al consultorio médico, cirugía para pacientes en consulta externa, trabajos de laboratorio, rayos X y atención urgente.

Por ejemplo, con nuestros planes usted paga solamente un copago por cada visita al médico. Un copago es el costo adelantado que usted paga en el momento del servicio. El plan cubre el resto del costo, hasta un máximo del beneficio (consulte la tabla de beneficios médicos). Para todos los otros servicios para pacientes en consulta externa, el plan paga un co-seguro, que es un porcentaje de los gastos cubiertos, y usted paga el resto.

Beneficios para pacientes internados (Hospital)

Los beneficios para pacientes internados cubren una parte del costo de las visitas al hospital si se requiere una visita durante la noche. Algunos planes también ofrecen cobertura adicional para cirugías y maternidad.

Programa de medicamentos que requieren receta médica

Starbridge ofrece una variedad de programas que requieren receta médica que se adaptan a su presupuesto. Todos nuestros planes incluyen un programa de descuentos en recetas médicas que ofrece un promedio del 15% de descuento en medicamentos de marca y del 40% en medicamentos genéricos. Algunos de nuestros planes también ofrecen beneficios en recetas médicas similares a la cobertura para visitas al médico, usted simplemente paga un copago bajo en la farmacia hasta alcanzar el máximo del beneficio.

Beneficios para el bienestar

Los beneficios para el bienestar de Starbridge se han diseñado para ayudarle a permanecer saludable y para prevenir enfermedades severas. Nuestros planes cubren servicios para el bienestar (después de pagar un copago de \$20) que pueden incluir inmunizaciones para los niños, exámenes de bienestar anuales y muchos tipos de pruebas de detección. La disposición varía dependiendo del estado.

Ejemplo de cómo el plan Starbridge le hace ahorrar dinero:

Brazo fracturado = \$4,315

Factura del médico contratado para pacientes en consulta externa



El miembro de Starbridge paga \$561 después de los descuentos dentro de la red y de los beneficios cubiertos.

Las cantidades reflejadas sirven sólo como un ejemplo y es posible que no reflejen su plan con precisión.

Starbridge es un plan para enfermedades y accidentes que cubre los gastos médicos diarios. No es un plan médico principal y no está diseñado para cubrir problemas de salud importantes como enfermedades cardíacas o cáncer.

Cuadro de beneficios médicos (se aplica a cada individuo cubierto)

Nivel 1
(Plan 170)

Nivel 2
(Plan 171)

Nivel 3
(Plan 172)

Enfermedades			
Atención para pacientes en consulta externa deducible Starbridge paga la máxima cantidad pagada por el plan	\$50 por año de cobertura 80% \$1,000 por año de cobertura	\$100 por año de cobertura 80% \$1,500 por año de cobertura	\$150 por año de cobertura 80% \$2,000 por año de cobertura
Visitas al consultorio del médico ¹ copago Starbridge paga	\$15 100%	\$10 100%	\$10 100%
Atención para pacientes internados Starbridge paga la máxima cantidad pagada por el plan	100% \$2,000 por año de cobertura	100% \$3,000 por año de cobertura	100% \$5,000 por año de cobertura
Cirugía adicional para pacientes internados en el hospital Starbridge paga la máxima cantidad pagada por el plan	cubierto en atención al paciente internado	100% \$1,500 por evento	100% \$2,500 por evento
Beneficio adicional por maternidad Starbridge paga la máxima cantidad pagada por el plan	cubierto en atención al paciente internado	100% \$1,500 por evento	100% \$2,500 por evento
Bienestar			
Beneficio para el bienestar ³ copago Starbridge paga cantidad de eventos la máxima cantidad pagada por el plan	No está cubierto	\$20 100% 1 por año de cobertura \$100 por visita	\$20 100% 1 por año de cobertura \$100 por visita
Farmacia			
Beneficio de receta médica copago Starbridge paga la máxima cantidad pagada por el plan	programas de descuentos incluidos ²	programas de descuentos incluidos ² \$15/medicamento genérico, \$30/marca pref. 100% \$300 por año de cobertura	programas de descuentos incluidos ² \$15/medicamento genérico, \$30/marca pref. 100% \$600 por año de cobertura
Lesión			
Cobertura para accidentes ⁴ deducible Starbridge paga cantidad de eventos máximo por evento la máxima cantidad pagada por el plan	\$50 por evento 80% 2 por año de cobertura \$1,000 \$2,000 por año de cobertura	\$50 por evento 80% 2 por año de cobertura \$2,500 \$5,000 por año de cobertura	\$100 por evento 80% 2 por año de cobertura \$5,000 \$10,000 por año de cobertura
Beneficio por muerte accidental Starbridge paga	\$10,000	\$15,000	\$25,000

POR FAVOR, TENGA EN CUENTA QUE: Si visita la Sala de emergencias (ER, por sus siglas en inglés) por una verdadera emergencia, sus beneficios resultarán de la Cobertura para pacientes en consulta externa, pacientes internados y/o por accidentes. Si recibe un tratamiento que *no es de emergencia en la Sala de Emergencias*¹ (atención que podría recibir en el consultorio médico), su cobertura se reduce a: \$100/deducible por evento, el plan paga el 50% de la factura total con un máximo de \$500 por año. Usted será responsable del saldo restante.

Además de su plan médico, su selección también incluirá un Plan Seguro de Vida a Término. Vea también el "Paso dos" para obtener información sobre los beneficios.

Servicios más valiosos que están incluidos en su plan:

Herramientas en línea

CIGNA provee una variedad de herramientas en línea disponibles solamente para nuestros miembros. Usted podrá localizar a los médicos o farmacias de la red que brindan descuentos a nuestros miembros. También podrá verificar el estado de los reclamos que han sido presentados.

Programa de asistencia a los empleados (EAP, por sus siglas en inglés) de CIGNA atendido las 24 horas

El CIGNA 24-Hour Employee Assistance ProgramSM (Programa de asistencia a los empleados de CIGNA atendido las 24 horas) incluye acceso a: una línea de enfermería atendida las 24 horas, asistencia de salud mental (incluye 3 consultas en persona por año por afección), y una biblioteca con información sobre la salud.

¹ La cantidad total que paga Starbridge contará para su Máximo en atención para Pacientes en consulta ext na. ² El programa de descuentos en recetas médicas no es un seguro. ³ La disposición varía por estado. ⁴ Las lesiones relacionadas con el trabajo no están cubiertas. Los beneficios arriba mencionados son brindados por el formulario de la póliza SBCII-GMP-02.

PASO 3: Inscríbese ahora.



Gracias a nuestro fácil proceso de inscripción, puede inscribirse en su plan Starbridge de día o de noche.
Por favor, cuando se inscriba, tenga la siguiente información lista:

Número de grupo: 8263

Número del Seguro Social: _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _ _

¿Cuál plan médico desea? Deberá seleccionar uno de los siguientes:

- Plan Nivel 1 Plan Nivel 2 Plan Nivel 3

¿Cuál plan complementario desea? Por favor, marque todos los que desea.

- Plan dental/de la vista** Deseo el Plan Básico de Incapacidad a Corto Plazo
 Deseo el Plan Básico y el Extendido de Incapacidad a Corto Plazo

**El programa de descuentos para la vista no es un seguro.

¿A quién desea cubrir? Esté preparado para identificar una de estas opciones:

- Deseo la cobertura sólo para mí
 Deseo la cobertura para mí y mi cónyuge
 Deseo la cobertura para mí y mi(s) Hijo(s)
 Deseo la cobertura para mi grupo familiar

Nota: Si selecciona la cobertura de un plan para usted y un dependiente o para usted y su grupo familiar, por favor, inscribese en línea o llame durante las horas hábiles, de 5 a.m. a 6 p.m. MST para que se pueda recolectar la información de el(los) dependiente(s). Esto asegurará que sus reclamos se paguen de manera oportuna y exacta.

Número de confirmación: _____ Por favor, tómese un momento para escribir su número de confirmación.

Una vez inscrito, recibirá dos paquetes por correo. El primero incluirá sus tarjetas de identificación e instrucciones acerca de cómo comenzar a utilizar su nuevo plan de salud. El paquete siguiente incluirá una copia de los beneficios en los cuales se inscribió y cómo funcionan.

Para inscribirse.

Inscripción telefónica, llamando al 1-800-754-1896.

Llame a nuestro sistema automatizado durante las 24 horas del día. Si desea hablar con un representante en forma directa, llame durante las horas hábiles, de 5:00 a.m. a 6:00 p.m. MST.

Autorización: Confirmando que doy autorización a mi empleador para que deduzca o reduzca mi paga por la cantidad de las contribuciones requeridas por el plan.

Cualquier persona que a sabiendas y con intención de perjudicar, cometa fraude o engaño al asegurador presentando reclamaciones o solicitudes que contengan información falsa, engañosa o incompleta, es culpable de un crimen y posiblemente sea sujeto a multas o ser encarcelado.

¿Preguntas? Llame a un Especialista en beneficios de CIGNA: 1-800-754-1896 • www.starbridgechoices.com

PASO 1: Elija el plan que sea adecuado para usted.

Por favor consulte el cuadro médico en el dorso de este folleto para obtener información más detallada.

Debido a que estos son planes con beneficios limitados, es mejor elegir el nivel más alto de cobertura que usted pueda pagar. Si usted tiene problemas para adecuar a su presupuesto las necesidades de un plan médico, las siguientes pautas pueden ser de utilidad, o puede comunicarse con un Especialista en beneficios de CIGNA a 1-800-754-1896.

Plan Nivel 1



Tarifas Semanales

Para mí solamente.	\$9.35
Para mí y mi cónyuge	\$20.56
Para mí y mi(s) Hijo(s)	\$23.83
Grupo familiar	\$34.76

*Permanezca sano y activo.
Planifique para lo inesperado.*

Si está saludable y activo y tiene un presupuesto limitado, este plan es su opción más accesible. Recuerde que los máximos de los beneficios son más generosos en nuestros Planes Nivel 2 y Nivel 3.

“Aún después de alcanzar el máximo de mis beneficios, le pago menos al médico porque CIGNA negocia grandes descuentos para mí.”

Plan Nivel 2



Tarifas Semanales

Para mí solamente.	\$17.17
Para mí y mi cónyuge	\$37.77
Para mí y mi(s) Hijo(s)	\$43.78
Grupo familiar	\$63.86

Descubra la seguridad que brinda una cobertura de salud. Siéntase mejor acerca de la vida.

Si usted está bastante saludable pero está buscando algo más que una cobertura básica, el Plan Starbridge Nivel 2 es una opción razonable. Algunos de los máximos de los beneficios pueden ser menores que los de nuestro Plan Nivel 3. En este plan se incluyen Beneficios en recetas médicas y para el bienestar.

“Starbridge me ayuda con los gastos médicos cotidianos como ser recetas y consultas médicas, además de ayudarme a hacer el presupuesto para ellos.”

Plan Nivel 3



Tarifas Semanales

Para mí solamente.	\$26.20
Para mí y mi cónyuge	\$57.63
Para mí y mi(s) Hijo(s)	\$66.80
Grupo familiar	\$97.45

*Tome el control de su salud.
Hágase cargo de su familia.*

Más beneficios, más tranquilidad. Este es el plan que le brinda la mayor cobertura por su dinero. Es ligeramente más caro que nuestros Planes Nivel 1 y Nivel 2. En este plan se incluyen Beneficios en recetas médicas y para el bienestar.

“Me siento bien sabiendo que puedo hacerme cargo de mi familia y tener la seguridad de que ellos permanezcan saludables.”

PASO 2: Elija la/las opción/opciones de un plan adicional.



Plan Dental/de la vista Tarifas Semanales*

Para mí solamente	\$4.44
Para mí y mi cónyuge	\$8.63
Para mí y mi(s) Hijo(s)	\$7.94
Grupo familiar	\$13.26

*El programa de descuentos para la vista no es un seguro.

Plan Dental/de la vista

A.) Dental

Es algo más que un rostro bonito: la buena salud comienza por sus dientes y encías. Si piensa que ir al dentista no es realmente importante, piénselo nuevamente. Su plan de salud dental tiene impacto sobre el resto de su cuerpo de manera severa. Las investigaciones han demostrado que la enfermedad de las encías, una infección en las encías, lo pone en riesgo de sufrir afecciones como enfermedades cardíacas, accidente cerebrovascular, diabetes y complicaciones en el embarazo. Y debido a que la enfermedad de las encías generalmente es indolora en sus primeras etapas, es posible que usted ni siquiera sepa que la tiene. Es por eso que ir al dentista es tan importante como hacerse un control médico en el consultorio.

Grandes ahorros en visitas al dentista... todo por unos pocos dólares a la semana.

Starbridge ofrece un Plan Dental que está disponible para usted como una opción de plan adicional. Ahorrará en limpiezas anuales, empastes y hasta en procedimientos mayores como tratamientos de conducto. Le enviaremos una lista de dentistas de nuestra red y usted podrá comenzar a ahorrar desde su primera visita. ¡No espere, su salud puede depender de ello!

Ejemplo de cómo funciona el Plan dental Con fines ilustrativos solamente. Los programas reales de tarifas varían de acuerdo a la localidad.

Examen bucal periódico	Costo promedio	\$36
	Descuento de la red de CIGNA*	-\$12
	El Plan dental le reembolsa	-\$17 (consulte el cuadro a continuación)
	Usted paga	\$7

* Para obtener un listado completo de dentistas que participan en la red, visite www.starbridgechoices.com

Es así como se le reembolsará por cada procedimiento:

Cuadro de reembolsos del plan dental \$25 por deducible anual por persona		
Cargo máximo cubierto	Cargo máximo cubierto	Cargo máximo cubierto
Examen bucal D0120 Examen bucal periódico* \$17 D0140 Examen bucal limitado/Problema específico \$27 D0150 Examen bucal completo † \$27 D9110 Tratamiento paliativo - de emergencia \$38	Rayos X y patología D0210 Serie dental completa (intraoral) \$40 Incluye aletas de mordida** \$7 D0220 Placa única - Inicial \$7 D0230 Placa única - cada adicional \$7 D0240 Placa oclusal intraoral** \$10 D0250 Extrabucal - primera placa \$11 D0260 Extrabucal - cada adicional \$9 D0270 Placa con aleta para morder, una \$8 D0272 Placas con aleta de mordida, dos* \$12 D0274 Placas con aleta de mordida, cuatro* \$17	Profilaxis y fluoruro D1110 Profilaxis para 14 años y más* \$30 D1120 Profilaxis para menores de 14 años* \$20 D1203 Aplicación tópica de fluoruro, niño* \$12 D1204 Aplicación tópica de fluoruro, adulto* \$12 D1351 Selladores, por diente \$16
Restauración de amalgama para dientes de leche/permanentes D2140 Empaste de amalgama - 1 superficie \$35 D2150 Empaste de amalgama - 2 superficies \$45 D2160 Empaste de amalgama - 3 superficies \$56 D2161 Empaste de amalgama - 4 superficies o más \$64	Extracciones D7140 Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta \$39 D7220 Extracción de un diente retenido - Tejido blando \$45 D7230 Extracción de un diente retenido - Parcialmente óseo \$70 D7240 Extracción de un diente retenido - Totalmente óseo \$85 D7241 Extracción de un diente retenido - Totalmente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales \$85 D7250 Extracción de residuos de la raíz del diente \$30 D7510 Incisión y drenaje de abscesos \$45 D9220 Anestesia General \$52	Periodoncia D4341 Raspado y alisamiento radicular, por cuadrante \$72 D4355 Desbridamiento de toda la boca para permitir una evaluación periodontal completa \$50 D4910 Mantenimiento periodontal \$53
Restauraciones sintéticas D2330 Resina compuesta - 1 superficie \$42 D2331 Resina compuesta - 2 superficies \$55 D2332 Resina compuesta - 3 superficies \$67 D2335 Resina compuesta - 4 o más superficies \$69 D2390 Corona de resina compuesta, anterior \$77 D2391 Resina compuesta - 1 superficie posterior \$50 D2392 Resina compuesta - 2 superficies posteriores \$68 D2393 Resina compuesta - 3 superficies posteriores \$85		Endodoncia (sin incluir restauración final) D3220 Pulpotomía terapéutica \$20 D3310 Endodoncia - Anterior \$125 D3320 Endodoncia - Bicúspide \$135 D3330 Endodoncia - Molar \$140
		NOTAS AL PIE * Limitado a uno cada 6 meses † Limitado a uno cada 12 meses ** Limitado a uno cada 3 años

Programa de descuentos para la vista

Usted y los miembros de su familia cubiertos reciben una membresía en el Programa de ahorros de la red de CIGNA Vision.

- Ahorre hasta el 40% en marcos y lentes
- Ahorre \$5 de los exámenes de rutina y \$10 de los exámenes de lentes de contacto.

El programa de descuentos para la vista no es un seguro.

¿Preguntas? Llame a un Especialista en beneficios de CIGNA: 1-800-754-1896 • www.starbridgechoices.com



Plan de discapacidad a corto plazo
Tarifas Semanales

Cobertura Básica:	
Para mí solamente	\$.4.57
Cobertura Extendida:	
Para mí solamente	\$.9.14

B.) Plan de discapacidad a corto plazo

(Sólo está disponible para empleados de tiempo completo)

La Cobertura Básica le paga durante su periodo de incapacidad por enfermedad, maternidad o por un accidente no del trabajo. Paga \$250 por semana hasta por 13 semanas. Los beneficios empiezan el primer día de su incapacidad por un accidente y que no pueda trabajar. La cobertura de incapacidad por enfermedad el beneficio paga a partir del octavo día que no pueda trabajar. La Incapacidad Total cubre el embarazo después de un periodo de nueve meses de empleo continuo. Este beneficio está limitado a pagar 6 semanas por cada embarazo sin complicaciones y no hay un periodo de espera para que el beneficio se pague. Si se inscribe en la Cobertura Básica y desea agregar la Cobertura Extendida, ésta empieza después de la Semana 13 pagando \$1,000 por mes durante un periodo máximo de 18 meses.

No está disponible para residentes en CA, NY, NJ, HI, RI, o PR.

Se aplican restricciones para una afección preexistente.

¡Dé vuelta esta hoja para ver el Paso 3 para inscribirse!

¿Preguntas? Llame a un Especialista en beneficios de CIGNA: 1-800-754-1896 • www.starbridgechoices.com

INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Si ha decidido declinar la inscripción para usted y sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) por tener otra cobertura médica o cobertura médica de grupo, usted y sus dependientes podrán inscribirse en este plan si por alguna razón pierden su elegibilidad en su plan (o si su empleador deja de pagar por la cobertura suya o la de sus dependientes). Sin embargo, es preciso solicitar su cobertura dentro de los primeros 31 días de no estar inscrito en la otra cobertura (o que su empleador deje de pagar por la cobertura de sus dependientes). Además, si adquiere un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, asignación para adopción, o una Orden Legal de Sostén por Seguro Médico, es posible inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, es preciso solicitar su inscripción dentro de 31 días del matrimonio, nacimiento, adopción, o asignación para adopción.

La pérdida de cobertura (no-COBRA) que califique para Inscripción Especial incluye, pero no se limita a lo siguiente:

Pérdida de elegibilidad por la cobertura como resultado de separación legal, divorcio, dejar de ser dependiente (por llegar a la mayoría de edad, por ejemplo para ser elegible como dependiente bajo el plan), muerte de un empleado, pérdida de su empleo, reducción en el número de horas de trabajo, y cualquier pérdida de elegibilidad para la cobertura cuando el plan ya no ofrece beneficios al grupo de individuos al que el asegurado pertenece.

Para solicitar inscripción especial o para más información, comuníquese con un Representante de Servicio al Cliente al 1-800-754-1896. Los representantes atienden de lunes a viernes, 5 AM a 6 PM, Hora de la Montaña.

LIMITACIÓN POR AFECCIONES PRE-EXISTENTES ¹ – Afecciones Pre-Existentes son aquellas por la que la Persona Cubierta ha recibido un diagnóstico médico, tratamiento médico o consejería o consulta por un Médico durante un periodo de 6 meses anteriores a su fecha de vigencia por la cobertura (o la fecha del periodo de espera) bajo esta Póliza.

Los beneficios por esta cobertura no se podrán pagar bajo la sección de Afecciones Pre-Existentes como se definen en esta Póliza. Esta provisión cesará de aplicar a cualesquier gastos en torno a una Afección Pre-Existente después de 12 meses de cobertura continua (o 12 meses después de la fecha de inicio de su periodo de espera).

Esta Limitación por Afecciones Pre-Existentes no se aplicará a recién nacidos o niños adoptados ni durante un embarazo. El embarazo, y la información genética sin tratamiento relacionado, no se considerarán como condiciones preexistentes. Cualquier limitación por Afecciones Pre-Existentes se podrán reducir por el periodo determinado de tiempo que la Persona Asegurada haya tenido cobertura por la afección causante de la reclamación; siempre y cuando dicha Persona Asegurada:

1. Tenía un seguro válido con su plan anterior con Cobertura acreditable, dentro de los 63 días antes de estar asegurado por esta póliza; y
2. Haberse inscrito en esta póliza dentro de un periodo de 63 días después de la terminación de su cobertura previa excluyendo un periodo de espera.

LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS ¹ – No se ofrece cobertura para servicios, material o equipo médico cuando no hay cargos si la persona no tiene seguro. Tampoco se ofrece cobertura cuando las pérdidas son por las razones siguientes:

1. Lesiones o enfermedades mientras sucedan durante horas de empleo,
2. Guerras o Actos de Guerra,
3. Gastos por servicios no ordenados por un médico,
4. Cirugía cosmética. Esta limitación no se aplica cuando la cirugía reconstructiva se realiza por lo siguiente:
 - a. Trauma, infección u otra enfermedad; o
 - b. Enfermedades congénitas o anomalías de un dependiente recién nacido o adoptado; o
 - c. Cirugía de seno no enfermo para lograr simetría en ambos senos después de una mastectomía.
5. Exámenes de la audición o dispositivos para el oído,
6. Servicios y material de la visión no por enfermedades, queratomiya radial, queratomileusis, queratectomía refractiva con laser o servicios similares,
7. Servicios médicos otorgados por un proveedor que sea familiar o residente en su hogar,
8. Internamiento en un Hospital o Centro de Enfermería para Servicio Custodial,
9. Servicios de Enfermería en Casa, a menos que sea en lugar de internamiento a Hospital,
10. Al cometer un crimen de tipo felonía,
11. Manipulaciones del sistema musculoesquelético,
12. Tratamiento de afecciones mentales o nerviosas, alcoholismo o abuso de sustancias,
13. Lesiones a sí mismo de forma intencional o intentos de suicidio,
14. Servicios dentales, a menos que sea por lesiones y que sea el tratamiento durante los 6 meses después de la lesión causante,
15. Tratamientos que sean experimentales o de investigación,
16. Cualesquier gastos médicos después que se haya terminado la cobertura.

DEFINICIÓN DE DEPENDIENTE ¹ – Sus dependientes son:

1. Su cónyuge legítimo
2. Sus hijos solteros menores de 19 años, y
3. Sus hijos solteros del 19 a 25 años que estén inscritos de tiempo completo en un colegio acreditado y que dependa de usted para su sostén.

MUERTE ACCIDENTAL – No se ofrece cobertura por muerte causada por:

1. Guerras o actos de guerra
2. Suicidio durante los 2 primeros años de su fecha de inscripción
3. Tratamiento médico o quirúrgico por alguna enfermedad, o
4. Vuelos, a menos que sea pasajero en un vuelo comercial.

LIMITACIONES DEL BENEFICIO DENTAL

No se pagarán gastos por servicios dentales por o en conexión con lo siguiente:

1. Servicios o material por gastos que normalmente no se cobran cuando el paciente no cuenta con seguro dental;
2. Lesiones causadas por o durante el curso de su trabajo; o que sea compensable (en South Dakota, que se paga) bajo las leyes de Compensación al Trabajador o Enfermedades Ocupacionales;
3. Guerra declarada o no declarada, o actos de guerra;
4. Un servicio prestado a la Persona Cubierta por:
 - a. Fines cosméticos, a menos que sea necesario por ser causada por una lesión. Fachadas de coronas, o puentes, posteriores al segundo bicúspido serán consideradas cosméticas;
 - b. Servicios dentales por malformaciones congénitas o del desarrollo (a menos que se

ofrezcan específicamente dentro de la Lista de Beneficios).

5. Reemplazamiento de dispositivos robados o perdidos;
6. Dispositivos, restauraciones o servicios dentales para alterar dimensiones verticales, restaurar o mantener la oclusión, ferulamiento, o reparación de la pérdida de superficie dental que se haya hecho por abrasiones, o desgastes, o el tratamiento del deterioramiento de la articulación temporomandibular. En Arkansas, el tratamiento de la articulación temporomandibular no está excluida;
7. Un servicio prestado por una persona no Dentista, excepto por:
 - a. Higienistas Dentales bajo la supervisión de un Dentista;
 - b. Radiografías que hayan sido ordenadas por un Dentista.
8. Lesiones causadas a sí mismo intencionalmente, o intentos de suicidio.

EXCLUSIONES EN LA INCAPACIDAD A CORTO PLAZO

Esto está sujeto a lo siguiente:

1. Que esté bajo el cuidado de un médico;
2. No se ofrece cobertura durante el Periodo de Eliminación;
3. El beneficio termina cuando el Periodo Máximo de Cobertura termina o cuando ya no esté totalmente incapacitado;
4. El periodo semanal está compuesto por 7 segmentos diarios;
5. Un periodo menor de una semana se calculará en base diaria.

Incapacidades Sucesivas

Si su incapacidad se presenta en diferentes periodos de tiempo, mientras la cobertura esté vigente, por una o más afecciones, todas se tomarán en cuenta durante un solo Periodo de Incapacidad Total. Este será el caso a menos que exista un periodo de seis meses o más entre las incapacidades. Si lo hay, entonces el periodo subsecuente de Incapacidad Total no se considera estar relacionado al anterior y se verá como un nuevo periodo de Incapacidad Total. Toda incapacidad debida a un solo embarazo se aplicará a una sola Incapacidad Total.

Limitaciones del Beneficio

No se ofrece cobertura en las pérdidas debidas a lo siguiente:

1. Lesión o enfermedad como resultado directo de su empleo o que esté cubierto por las Leyes de Compensación al Trabajador y Enfermedades Ocupacionales;
2. Guerras declaradas o no declaradas y actos de guerra o participación en motines o desobediencia civil;
3. Comisión de actos criminales o felonías;
4. Periodos de incapacidad sin estar bajo la vigilancia de un médico;
5. Afecciones nerviosas o mentales, alcoholismo, o abuso de sustancias;
6. Lesiones causadas por la persona misma, intentos de suicidio independiente de su estado mental.

Estos beneficios no se pagan cuando se trata de una Afección Pre-existente.

Una afección pre-existente es una que se haya diagnosticado, tratado o por la que se haya consultado a un médico durante los 6 meses anteriores a iniciar esta cobertura. Esta provisión no se aplicará a cualquier incapacidad que resulte de una Afección Pre-existente después de un periodo de 12 meses de cobertura continua.

TERMINACIÓN

La cobertura de una Persona Asegurada se dará por terminada a las 12:01 am, Hora Estándar en Su residencia en la primera fecha de las siguientes:

1. La fecha que termina la Póliza,
2. La fecha que termina este Certificado,
3. La fecha que se de por terminada la cobertura por Nosotros para todos los habientes de Certificados en su estado,
4. La fecha que Nosotros recibamos Su petición por Escrito para que Su cobertura se de por Terminada,
5. Cuando termine el periodo por el que haya pagado su prima, sujeto al Periodo de Gracia,
6. La fecha en que la Persona Asegurada ingrese a las fuerzas armadas de cualquier país. Ingreso en la reserva o la Guardia Nacional no se considera membresía en las fuerzas armadas. Servicio activo en las reservas o la Guardia Nacional por un periodo de 31 días o más, se contará como ingreso a las fuerzas armadas.
7. Con respecto a su cónyuge Dependiente, la fecha en que su cónyuge no califique como Dependiente, a menos que la cobertura se continúe en cumplimiento de la provisión bajo Continuación de Cobertura.
8. Con respecto a un hijo(a) Dependiente, la fecha en que su hijo(a) no califique como Dependiente, a menos que la cobertura se continúe en cumplimiento de la provisión bajo Continuación de Cobertura. Se le dará una notificación por escrito a Usted si Nosotros damos por terminada su cobertura por cualquier motivo, menos por no pagar sus primas.

NOTAS

1. Esta provisión o limitación varía de acuerdo con el estado.

Suministrado por Connecticut General Life Insurance Company. Es posible que este plan no puede estar disponible en todos los estados. La configuración del plan y las cuotas pueden variar. "CIGNA" y "CIGNA HealthCare" son los subsidiarios de CIGNA Corporation. Los productos y servicios se aportan por estos subsidiarios y no por CIGNA Corporation. Estos subsidiarios incluyen a Connecticut General Life Insurance Company, Tel-Drug, Inc. y sus afiliados, CIGNA Behavioral Health, Inc., Intracorp, y HMO o subsidiarios de las compañías de servicio de CIGNA Health Corporation y CIGNA Dental Health, Inc.