GUÍA MEDICARE ADVANTAGE

2016

Georgia (HMO)

Cigna-HealthSpring Preferred (HMO) H0439-001

Contigo paso a paso.®

Cigna HealthSpring®

Para una lista complete de las áreas de servicio disponible para cada plan, por favor consulte la sección "Planes" de este folleto en la página 13.

Y0036_16_30870S_Final_12 Accepted 07272015

16_K_34_ATL_S_34

TABLA DE CONTENIDO

3 BIENVENIDO

- Analice sus opciones
- Descubra cómo ha ganado esta cobertura
- Confíe en su socio de atención médica
- Experimente la atención médica con enfoque en equipo que se centra en usted
- Reciba la atención correcta en el momento correcto
- Cuándo puede registrarse

13 PLANES

- Calificaciones del plan
- Áreas de servicio
- Guía de comparación

19 COBERTURA

- *Resumen (es) de beneficios*

33 MEDICAMENTOS RECETADOS

- Cobertura de medicamentos recetados
- Cómo leer su lista de medicamentos
- Lista(s) (parcial(es)) de medicamentos recetados

49 PREGUNTAS FRECUENTES

- ¿Cómo recibo atención médica urgente?
- ¿Cómo recibo atención médica de emergencia?
- ¿Qué es el manejo de casos?
- ¿Cómo recibiré productos para tratar la diabetes?
- ¿Cuál es mi cobertura fuera del área de servicio?
- ¿Perderé mi cobertura de Medicare?
- ¿Qué es la cobertura de atención dental preventiva y completa?

57 INSCRIPCIÓN

- Periodos de inscripción
- Forma(s) de inscripción
- Recibo de la solicitud

99 SIGUIENTES PASOS

¿Qué sucede después?

103 DERECHOS Y PROTECCIONES

- Derechos y protecciones
- Aviso de prácticas de privacidad

111 PALABRAS QUE DEBE CONOCER

115 APARTADO EN DIFERENTES IDIOMAS

SOBRE PARA RESPUESTA

¡GRACIAS! NOTA PARA EL REVISOR

BIENVENIDO

Este libro está diseñado para ayudarle a saber cómo los planes Medicare Advantage de Cigna-HealthSpring le brindan más formas de mejorar su salud. Lea la sección "Palabras que debe conocer" para los términos y las definiciones más frecuentes.

¡Comencemos! Respuestas a las preguntas que pueda tener:

Para registrarse en un plan Medicare Advantage, usted debe:

- Contar tanto con la Parte A como con la Parte B de Medicare
- Tener residencia permanente en nuestra área de servicio
- No sufrir de una Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) (diálisis renal)

Si se une a un plan Medicare Advantage de Cigna-HealthSpring, puede:

- Conservar toda la cobertura que tiene con Medicare Original
- Obtener más beneficios y servicios con Cigna-HealthSpring que con Medicare Original

Información importante

- Cigna-HealthSpring es una Organización Medicare Advantage
- Los representantes son agentes de seguros autorizados y certificados por Cigna-HealthSpring.
- Es posible que se le pague una comisión a cada agente que inscriba a personas en un plan Medicare Advantage de Cigna-HealthSpring.
- Los representantes no trabajan para Medicare.
- Usted le da su autorización al agente para hablar de los planes Medicare Advantage de Cigna-HealthSpring con usted.
- Usted no tiene ninguna obligación de inscribirse a un plan con este agente.

Contigo paso a paso.®

Cigna HealthSpring®

1-866-625-2494 (TTY 711)
7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m.

CignaHealthSpring.com

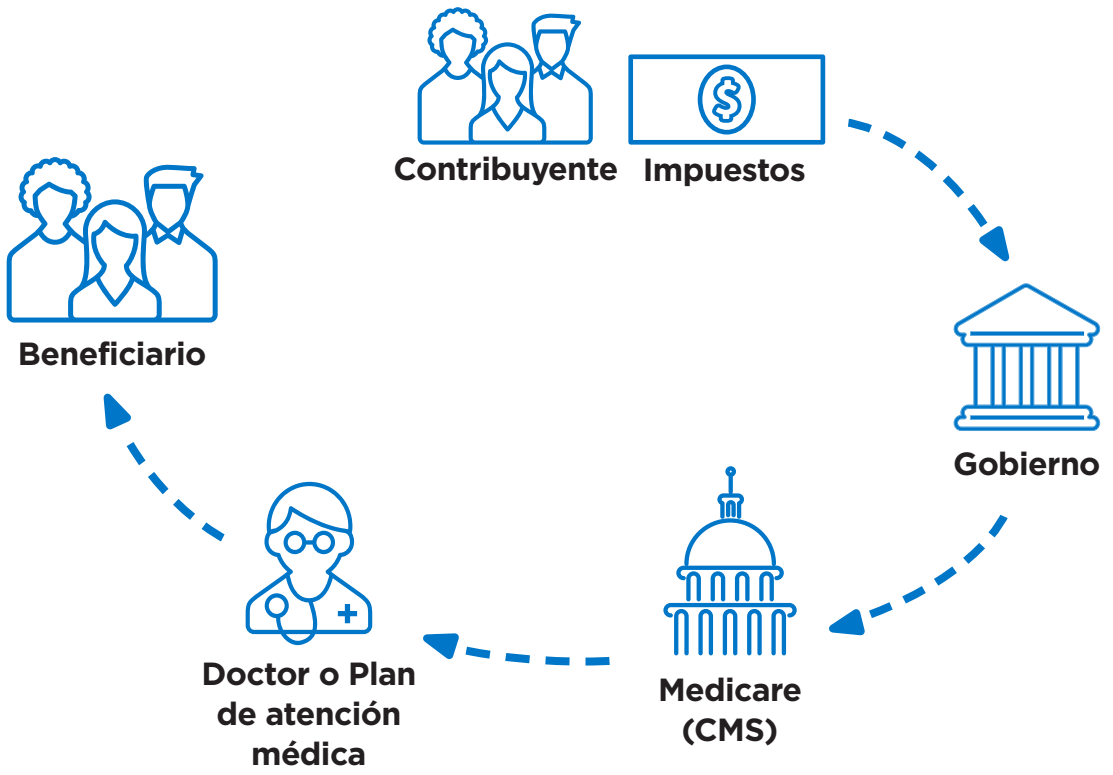
ANALICE SUS OPCIONES

Más cobertura

Junto con Medicare Original, usted cuenta con las opciones de cobertura que ofrecen beneficios adicionales y mayor valor.

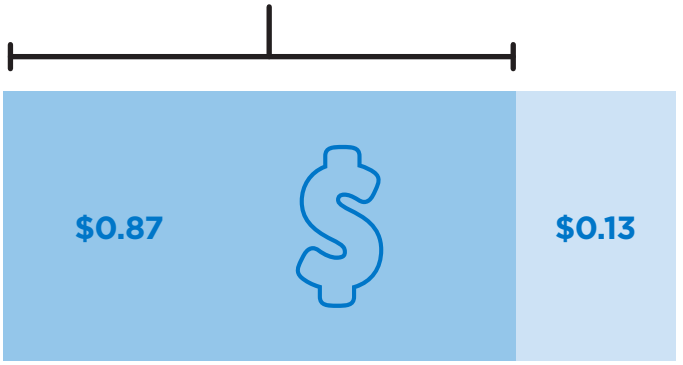
SÓLO MEDICARE ORIGINAL	**MEDICARE ORIGINAL** con un **PLAN SUPLEMENTARIO** comprado	**PLANES MEDICARE ADVANTAGE DE Cigna-HealthSpring** (el plan suplementario no es necesario)
USTED PAGA **1. El hueco del 20% más los deducibles y el coseguro** **+** **2. Las primas y los copagos por los planes de medicamentos recetados de la Parte D**	**USTED PAGA** **1. La prima mensual (El plan suplementario cubre el hueco del 20%)** **+** **2. Las primas y los copagos por los planes de medicamentos recetados de la Parte D**	**USTED PAGA** **Primas y copagos mensuales bajos o incluso cero primas y copagos**
Medicare Original cubre el **80%** **de los cargos aprobados** • **No cubre medicamentos recetados** • **No cubre atención dental** • **No tiene un máximo de costos no reembolsables**	**Medicare Original cubre el** **80%** **de los cargos aprobados** • **No cubre medicamentos recetados** • **No cubre atención dental**	**El plan cubre el** **100%** **de los beneficios de Medicare Original** **El plan puede incluir cobertura de:** • **Medicamentos recetados** • **Atención dental** • **Atención del oído** • **Cuidado de la vista** • **Membresía para un club de salud** • **Línea de enfermeras las 24 horas**
		Protección de costos no reembolsables **+** **Nuestros planes utilizan un equipo de doctores para coordinar su atención médica.**

DESCUBRA CÓMO HA GANADO ESTA COBERTURA



¿A DÓNDE SE VA EL DINERO?

El año pasado, en Cigna-HealthSpring, gastamos aproximadamente $0.87 de cada $1 en gastos médicos e iniciativas para mejorar la atención y satisfacción que le damos a los clientes.*



*Este cálculo se basa en los gastos de Cigna-HealthSpring en el 2014.

CONFÍE EN SU SOCIO DE ATENCIÓN MÉDICA

Cigna-HealthSpring

Cuando pone su confianza en Cigna-HealthSpring puede sentirse seguro de que juntos estamos mejorando su salud. Somos una de las más grandes compañías enfocadas en Medicare.

SOLIDEZ DE LA COMPAÑÍA

Cigna una compañía líder de atención médica global que atiende a millones de personas y comunidades alrededor del mundo desde 1792.*

COMPROMISO CON USTED

Cigna-HealthSpring está dedicada a mantenerlo sano. Trabajamos con su equipo de médicos para asegurar que reciba el tiempo, la atención y el cuidado médico de calidad que merece.

CONTRATO CON LOS CMS

Cigna-HealthSpring tiene contrato con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para ofrecer los planes Medicare Advantage aprobados por Medicare.

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

Cigna-HealthSpring atiende orgullosamente a más de 1 millón** de clientes, de los cuales 4 de 5*** recomiendan Cigna-HealthSpring a sus amigos y familiares.

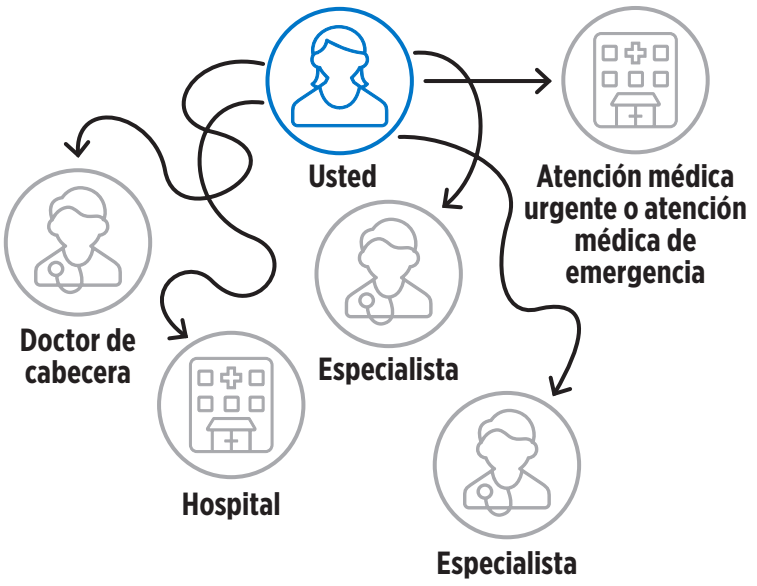
*Hasta el 31 de diciembre de 2014. Esta información se presenta exclusivamente con propósitos informativos y no está relacionada con una compañía de seguros particular subsidiaria de Cigna Corporation. **Basado en el reporte mensual de membresías del plan de los CMS que incluye a los miembros de la Parte C y D de Medicare de Cigna y Cigna-HealthSpring en mayo de 2015. ***Basado en la información de la Encuesta anual para los miembros de Cigna-HealthSpring en septiembre de 2014.

EXPERIMENTE LA ATENCIÓN MÉDICA CON ENFOQUE EN EQUIPO...

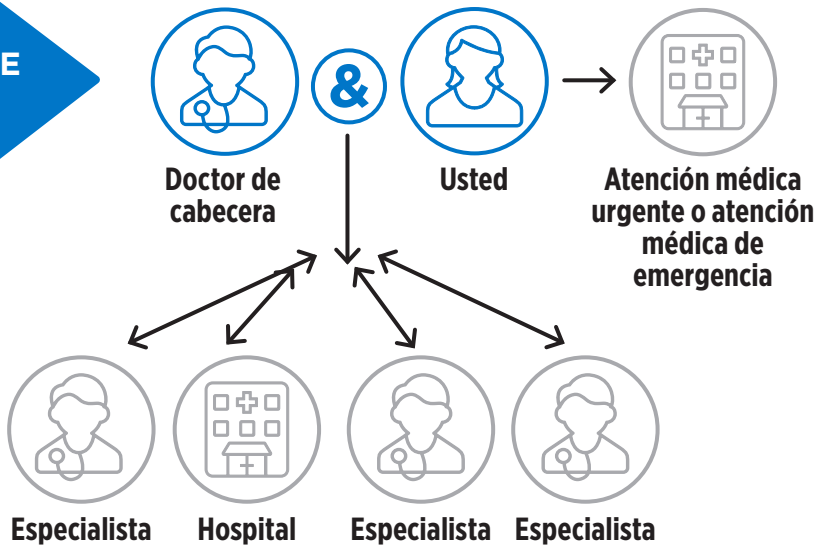
Como cliente de Cigna-HealthSpring, su doctor familiar o su médico de cabecera (PCP) lo envían con especialistas.

- Su doctor es el líder del equipo para todas sus necesidades de atención médica, por lo tanto él conoce todo el panorama de su salud.
- Su doctor lo enviará con los especialistas y hospitales adecuados – y trabajará con ellos para mantenerlo sano.
- Este enfoque de trabajo en equipo asegura que usted reciba atención médica de calidad cuando y donde la necesite.

ENFOQUE NO COORDINADO



ENFOQUE EN EQUIPO DE CIGNA-HEALTHSPRING



...QUE SE CENTRA EN USTED

COLABORACIÓN DE LOS DOCTORES

Colaboramos activamente con su equipo de doctores y les damos herramientas adicionales para que puedan brindarle el tiempo, de calidad que usted merece.

+

ATENCIÓN PREVENTIVA

Una de nuestras creencias base es la importancia de la atención médica preventiva. Usted tiene cobertura para los exámenes físicos anuales y otros exámenes.

+

EXAMEN ANUAL 360°

Tratamos todo de usted – no sólo sus síntomas. Su doctor le hace un examen anual 360° para revisar su salud en general. Este examen es más completo que el examen físico anual y crea un plan de atención detallado que le ayuda a tener una vida más saludable.

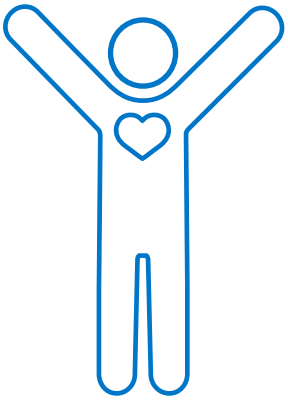
Beneficios adicionales con base en sus necesidades actuales de atención médica:

MANEJO DE CASOS

Es posible que se le asigne un agente de casos para su equipo de atención médica. Su agente de casos será una enfermera quien le ayudará a recibir el medicamento, las terapias, la enseñanza y los recursos de la comunidad adecuados.

=

UNA PERSONA MÁS SALUDABLE



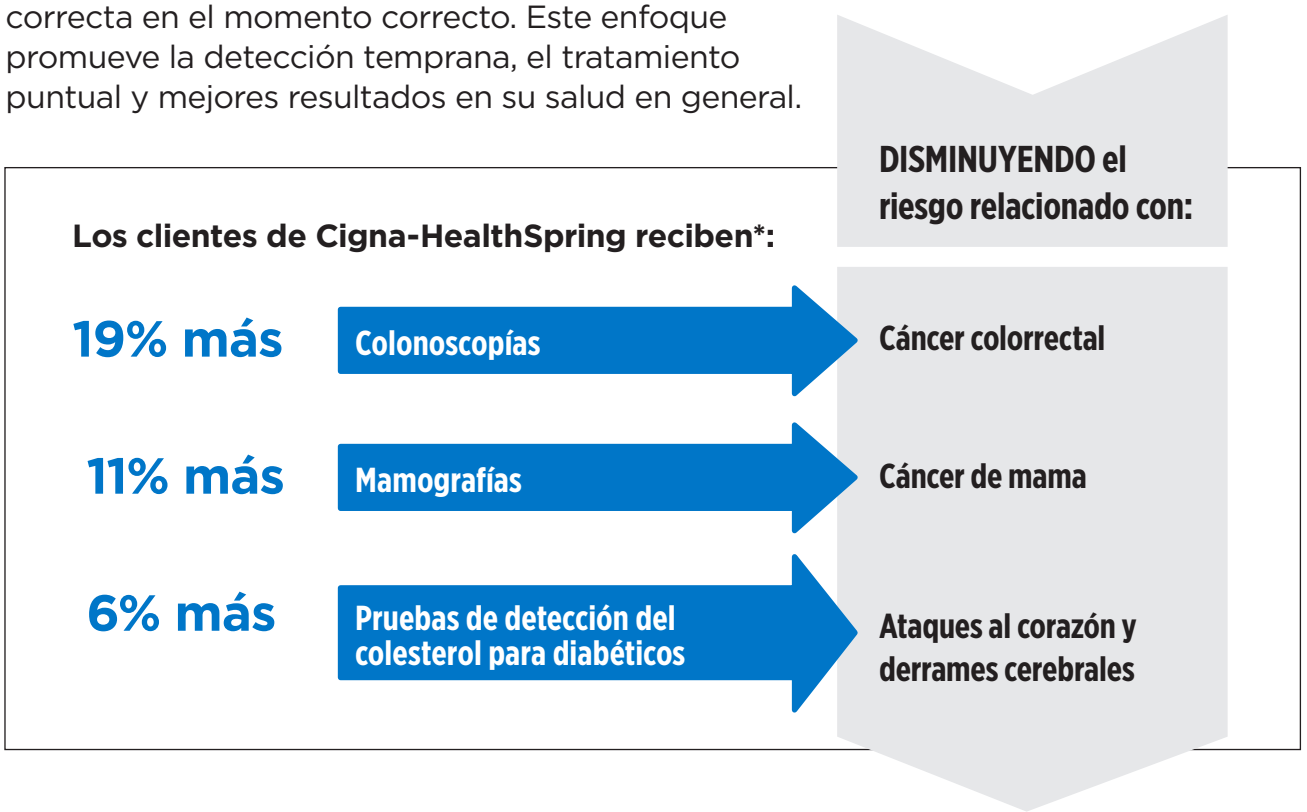
RECIBA LA ATENCIÓN CORRECTA EN EL MOMENTO CORRECTO

El valor de las referencias

Cuando se van a tomar decisiones importantes de salud, algunas personas piden recomendaciones a sus amigos o familiares. En Cigna-HealthSpring, manejamos todas sus necesidades de atención médica ¡para que usted no tenga que hacer nada! Su Médico de cabecera coordina un enfoque en equipo para una atención enfocada en su salud en general. Su doctor – después de consultarlo con usted – lo referirá a especialistas para asegurarse de que reciba la atención adecuada en el momento adecuado.

¿CÓMO LE BENEFICIA ESTO A USTED?

Sus doctores trabajan de cerca con nosotros para asegurarse de que usted reciba la atención preventiva correcta en el momento correcto. Este enfoque promueve la detección temprana, el tratamiento puntual y mejores resultados en su salud en general.



*Los resultados son del año 2013 y reflejan la diferencia del porcentaje entre los clientes de Cigna-HealthSpring inscritos en nuestro programa de Partnership for Quality y la información de los Estándares de la atención médica del 2014 que se basan en la información de los clientes de Medicare HMO reunida por el Comité nacional de aseguramiento de calidad (NCQA). Este sólo es un ejemplo. No todos los mercados participan en el Programa de Partnership for Quality.

CUÁNDO PUEDE REGISTRARSE

Hay cuatro tipos de periodos de inscripción. Puede hablar con su Asesor de beneficios sobre el periodo de inscripción que aplique para usted.

1 PERIODO DE INSCRIPCIÓN INICIAL	**Tres meses antes, durante el mes y tres meses después de que cumpla 65 años de edad o cuando la Parte A y B entren en vigor**
2 PERIODO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL	**Todo el año, dependiendo de su situación* como si se jubila o se muda**
3 PERIODO DE INSCRIPCIÓN ANUAL	**Del 15 de octubre al 7 de diciembre**
4 PERIODO ANUAL PARA DARSE DE BAJA	**Del 1 de enero al 14 de febrero puede regresar a Medicare Original**

*En la última página de la forma de inscripción puede seleccionar un "Código SEP" para el "Periodo de inscripción especial" si califica.

La inscripción es sencilla.

1. Revise la guía de comparación que se incluye en la sección Planes.
2. Elija su plan y revise el Resumen de beneficios en la sección Cobertura.
3. Revise la Lista resumida de medicamentos en la sección Medicamentos.
4. Hable con su Asesores de beneficios si necesita ayuda.
5. Regístrese durante el periodo de inscripción que sea el adecuado para usted.

PLANES

Piense en lo que es importante para usted: ¿Primas económicas? ¿Necesidad de medicamentos recetados? ¿Cobertura adicional?

Hable con un Asesor de beneficios para encontrar el plan que se ajuste a sus necesidades personales.
Llame al **1-866-625-2494 (TTY 711)**, 7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m..

Elija su plan

Ahora que sabe lo que es importante para usted, es momento de que elija un plan que cubra sus necesidades personales. En esta sección, encontrará más información sobre:

- Planes en su área de servicio
- Primas mensuales del plan
- Cobertura de medicamentos recetados
- Cobertura del cuidado de la vista y dental
- Copagos y coseguro
- Beneficio de ejercicios

Contigo paso a paso.®

Cigna HealthSpring®

Cigna-HealthSpring - H0439

Calificaciones por estrellas Medicare 2015*

El Programa Medicare evalúa anualmente todos los planes de salud y medicamentos según la calidad y el rendimiento del plan. La calificación por estrellas de Medicare le ayuda a saber cómo se desempeña nuestro plan de salud. Usted puede utilizar estas calificaciones por estrellas para comparar el rendimiento de nuestro plan con los demás planes. Los dos tipos principales de calificaciones por estrellas son los siguientes:

1. Una calificación general por estrellas que combina los puntajes de nuestro plan.

2. Una calificación resumida por estrellas que se concentra en nuestros servicios médicos ó de medicamentosrecetados.

Algunas de las áreas que el Programa Medicare analiza para estas calificaciones incluyen:

- Cómo nuestros miembros evalúan los servicios del plan de salud y de atención médica;
- Qué tan bien nuestros médicos detectan enfermedades y mantiene a nuestros miembros saludables;
- Qué tan bueno es nuestro plan en ayudar a los miembros a utilizar medicamentos recetados recomendados y seguros.

Para el año 2015, Cigna-HealthSpring recibió la siguiente calificación general por estrellas de Medicare.

El plan es demasiado nuevo como para ser evaluado

Recibimos la siguiente calificación resumida por estrellas para los servicios de salud ó de medicamentos de Cigna-HealthSpring

Servicios de Planes de Salud:	El plan es demasiado nuevo como para ser evaluado
Servicios de Planes de Medicamentos:	No hay suficientes datos*

El número de estrellas muestra que tan bien se desempeña nuestro plan.

★★★★★	Excelente
★★★★	Por encima del promedio
★★★	Promedio
★★	Por debajo del promedio
★	Mala

Conozca más sobre nuestro plan y cómo somos distintos a otros planes de salud, visitando el sitio web www.medicare.gov.

Usted nos puede contactar 7 days a week from 8:00 a.m. to 8:00 p.m. Local time. al 888-767-1879 (libre de cargo) ó al 711 (teléfono de texto).

Miembros actuales por favor llamar al 800-668-3813 (libre de cargo) o al 711 (teléfono de texto).

*Las calificaciones por estrellas están basadas en 5 estrellas. Las calificaciones por estrellas son evaluadas cada año y pueden cambiar de un año al otro.

15_R_42_GA_S_42

H0439_15_23842S Accepted

ÁREAS DE SERVICIO

Debe vivir en estas áreas de servicio:

Plan	Área de servicio
Cigna-HealthSpring Preferred (HMO) H0439-001	Baldwin, Banks, Barrow, Bartow, Butts, Chattooga, Cherokee, Clarke, Clayton, Cobb, Coweta, Dawson, DeKalb, Douglas, Elbert, Fayette, Floyd, Forsyth, Franklin, Fulton, Gordon, Greene, Gwinnett, Habersham, Hall, Hart, Henry, Jackson, Jasper, Lamar, Lumpkin, Madison, Morgan, Newton, Oconee, Oglethorpe, Paulding, Pickens, Pike, Polk, Putnam, Rabun, Rockdale, Spalding, Stephens, Walton, White, Wilkes, GA

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para más información póngase en contacto con el plan. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas, y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Al llamar al número indicado arriba se le transferirá con un agente de ventas autorizado. This information is available for free in other languages. Please call our customer service number at 1-800-668-3813 (TTY 711), 7 days a week, 8 a.m. – 8 p.m. Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Por favor, llame a nuestro servicio al cliente al 1-800-668-3813 (TTY 711), 7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m.

GUÍA DE COMPARACIÓN

Nombre del plan	Prima mensual del plan	Cobertura de medicamentos recetados	Copago del doctor de cabecera	Copago del especialista
Original Medicare	En 2015, la prima mensual de la Parte B fue de $104.90 y el monto del deducible anual de la Parte B fue de $147. Estas cantidades pueden cambiar para 2016.	No. Debe comprarse un plan de medicamentos recetados que es separado de Medicare Original.	20% de coseguro	20% de coseguro
Cigna-HealthSpring Preferred (HMO)	$0 de prima	En cobertura	$5 de copago	$35 de copago

Copago del hospital para pacientes internados	Copago del hospital para pacientes no internados	Cuidado de rutina de la vista y anteojos	Cuidado del oído	Atención dental	Beneficio de ejercicios
En 2015, las cantidades por cada periodo de beneficio son: Días 1-60: $1,260 de deducible, Días 61-90: $315, Días 91-150: $630 por día de reserva vitalicia. Estas cantidades pueden cambiar para el 2016.	20% de coseguro	20% de coseguro para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones de los ojos	No entra en cobertura	No entra en cobertura	No entra en cobertura
Días 1-7: $275 de copago Días 8-90: $0 de copago	$265 de copago	$0 de copago por examen anual; $100 de beneficio para anteojos de rutina cada año	$0 de copago por examen anual; $0 de copago por medir el aparato auditivo a su tamaño y $500 de beneficio por aparato auditivo cada 36 meses.	Cobertura suplementaria opcional para Atención médica preventiva y completa por $29.40 por mes. Incluye $0 de copago por dentadura postiza y un límite de cobertura anual de $1,500	En cobertura; vea la siguiente página

RECIBA EL PROGRAMA SILVER&FIT PARA SER UNA PERSONA MÁS SALUDABLE.

Puede recibir una mejor atención médica y un mayor valor con nuestro programa Silver&Fit Exercise and Healthy Aging – incluido para los clientes de Cigna-HealthSpring. Usted recibe:

Acceso a clases o centros de entrenamiento

O

Hasta 2 kits de ejercicio en el hogar cada año

Herramientas en línea para ayudarle a recibir más de su plan de ejercicios

Silver&Fit Connected! Programa para monitorear su actividad física con +70 dispositivos de monitoreo portables, o aplicaciones móviles

Recompensas para fomentar el ejercicio y monitoreo del progreso

Silver&Fit y Silver&Fit Connected! son marcas registradas de American Specialty Health Incorporated (ASH) y se usan en el presente documento con la autorización correspondiente. El programa Silver&Fit se brinda a través de American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de ASH. Revise los planes y los beneficios para ver cuál se adapta a su estilo de vida. Debe vivir en el área de servicio. Para más información póngase en contacto con el plan. Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc., HealthSpring of Tennessee, Inc., HealthSpring of Alabama, Inc., HealthSpring of Florida, Inc., Bravo Health Mid-Atlantic, Inc., y Bravo Health Pennsylvania, Inc. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Cigna-HealthSpring tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato. © 2015 Cigna

COBERTURA

El documento de *Resumen de beneficios* incluye un resumen más detallado de los beneficios que ofrece cierto plan.

Datos rápidos

El *Resumen de beneficios* puede ayudarle a:

- Ver los detalles de la cobertura que ofrezca un plan

Si este folleto incluye un *Resumen de beneficios* para más de un plan, debe:

- Encontrar el nombre de su plan
- Buscar su condado en el área de servicio en la portada

Puede comparar la cobertura en base a lo que es importante para usted, como:

- Tipo de beneficio
- Lo qué ofrece su plan

1-866-625-2494 (TTY 711)
7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m.

CignaHealthSpring.com

RESUMEN DE BENEFICIOS

1 de enero de 2016 - 31 de diciembre de 2016

Cigna-HealthSpring® Preferred (HMO)
H0439 - 001

Cigna HealthSpring®

© 2015 Cigna

H0439_16_32694S Accepted

SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

Este cuadernillo incluye un resumen de lo que cubrimos y lo que usted tiene que pagar. No enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para consultar una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y pida la "Evidencia de cobertura".

Usted tiene opciones para recibir sus beneficios de Medicare

- Una opción es recibir sus beneficios de Medicare a través de Original Medicare (Medicare de tarifa por servicio). Original Medicare es administrado directamente por el Gobierno Federal.
- Otra opción es recibir sus beneficios de Medicare a través de un plan de salud de Medicare [como **Cigna-HealthSpring Preferred (HMO)**].

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este Resumen de beneficios que le damos en este cuadernillo sintetiza lo que cubre **Cigna-HealthSpring Preferred (HMO)** y lo que usted tiene que pagar.

- Si quiere comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pídales a los otros planes sus cuadernillos con el Resumen de beneficios. También puede usar el Localizador de planes de Medicare en **http://www.medicare.gov**.

Secciones de este cuadernillo

- Aspectos para tener en cuenta de **Cigna-HealthSpring Preferred (HMO)**
- Prima mensual, deducible y límites a lo que usted paga por los servicios cubiertos
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos
- Beneficios de medicamentos con receta
- Beneficios opcionales (usted debe pagar una prima adicional por estos beneficios)

- Si quiere obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual vigente **"Medicare y usted"**. Puede consultarlo en línea en http://www.medicare.gov o llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** para pedir una copia, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille y letra grande.

This document may be available in a non-English language. For additional information, call us at 1-800-668-3813.

Es posible que este documento esté disponible en otro idioma que no sea inglés.
Para obtener más información, llámenos al 1-800-668-3813.

ASPECTOS PARA TENER EN CUENTA DE CIGNA-HEALTHSPRING PREFERRED (HMO)

Horario de atención

Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

Números de teléfono y sitio web de Cigna-HealthSpring Preferred (HMO)

- Si usted es miembro de este plan, llámenos al número gratuito **1-800-668-3813**.
- Si usted no es miembro de este plan, llámenos al número gratuito **1-866-625-2494**.
- Nuestro sitio web: **http://www.cignahealthspring.com**

¿Quiénes pueden afiliarse?

Para afiliarse a **Cigna-HealthSpring Preferred (HMO)**, usted debe reunir los requisitos para tener la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Georgia: Baldwin, Banks, Barrow, Bartow, Butts, Chattooga, Cherokee, Clarke, Clayton, Cobb, Coweta, Dawson, DeKalb, Douglas, Elbert, Fayette, Floyd, Forsyth, Franklin, Fulton, Gordon, Greene, Gwinnett, Habersham, Hall, Hart, Henry, Jackson, Jasper, Lamar, Lumpkin, Madison, Morgan, Newton, Oconee, Oglethorpe, Paulding, Pickens, Pike, Polk, Putnam, Rabun, Rockdale, Spalding, Stephens, Walton, White y Wilkes.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Cigna-HealthSpring Preferred (HMO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa proveedores que no pertenezcan a nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.

Generalmente deberá usar farmacias de la red para que le despachen sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D.

Puede consultar el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web (http://www.cignahealthspring.com).

También puede llamarnos, y le enviaremos una copia del directorio de proveedores y farmacias.

¿Qué cubrimos?

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

- **Los miembros de nuestro plan reciben *todos* los beneficios que cubre Original Medicare.**
- **Los miembros de nuestro plan también reciben *más de lo que cubre* Original Medicare**. Algunos de los beneficios adicionales se detallan en este cuadernillo.

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

- Puede ver el formulario completo del plan (lista de los medicamentos con receta de la Parte D) y las restricciones que se apliquen en nuestro sitio web, **http://www.cignahealthspring.com**.
- También puede llamarnos, y le enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo podré determinar los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de cinco "niveles". Tendrá que usar su formulario para ubicar en qué nivel está su medicamento, a fin de determinar cuánto le costará. Lo que pague dependerá del nivel del medicamento y la etapa del beneficio que haya alcanzado. Más adelante se analizan las etapas del beneficio con las que puede encontrarse una vez que alcance su deducible: Cobertura inicial, Interrupción de cobertura y Cobertura de gastos excedentes.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

Beneficio	Cigna-HealthSpring Preferred (HMO)
Prima mensual, deducible y límites a lo que usted paga por los servicios cubiertos	
¿De cuánto es la prima mensual?	$0 por mes. Además, usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
¿De cuánto es el deducible?	$100 por año para los medicamentos con receta de la Parte D, excepto los medicamentos incluidos en el Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 3, que están excluidos del deducible.
¿Existe algún límite en lo que tendré que pagar por mis servicios cubiertos?	Sí. Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan le protege con límites anuales en sus costos de desembolso por la atención médica y hospitalaria. Estos son sus límites anuales en este plan: $5,900 para servicios recibidos a través de proveedores dentro de la red. Si alcanza el límite en los costos de desembolso, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos, y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año. Tenga en cuenta que de todos modos tendrá que pagar sus primas mensuales y los costos compartidos por los medicamentos con receta de la Parte D.
¿Existe un límite en lo que el plan pagará?	Nuestro plan tiene un límite de cobertura anual para determinados beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros para saber qué servicios se aplican.

Cigna-HealthSpring tiene un contrato con Medicare para los planes PDP, HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato.

Beneficio	Cigna-HealthSpring Preferred (HMO)
Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos **Nota**: Es posible que los servicios con un [1] requieran autorización previa. Es posible que los servicios con un [2] requieran una referencia de su médico.	
Atención y servicios en consulta externa	
Acupuntura	Sin cobertura
Ambulancia[1]	Copago de $200 o el 20% del costo, según el servicio
Atención quiropráctica[2]	Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando 1 o más de los huesos de la columna se sale de su posición): Copago de $20
Servicios dentales[1]	Servicios dentales limitados (no incluye los servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, el empaste, la extracción o el reemplazo de piezas dentales): Copago de $35 Este plan ofrece beneficios dentales adicionales como un Beneficio complementario opcional.
Suministros y servicios para la diabetes[2]	Suministros para el monitoreo de la diabetes: El 0-20% del costo, según el suministro Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Usted no paga nada Plantillas o calzados terapéuticos: El 20% del costo
Exámenes de diagnóstico, análisis de laboratorio, servicios radiológicos y radiografías (los costos de estos servicios pueden variar según el lugar del servicio)[1,2]	Servicios radiológicos de diagnóstico (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas): Copago de $25-200, según el servicio Exámenes y procedimientos de diagnóstico: Copago de $0-200, según el servicio Servicios de laboratorio: Usted no paga nada Radiografías en consulta externa: Copago de $25 Servicios radiológicos terapéuticos (como radioterapia para el cáncer): Copago de $60
Visitas a consultorios médicos[1,2]	Visita a un médico de atención primaria: Copago de $5 Visita a un especialista: Copago de $35
Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)[1]	El 20% del costo
Atención de emergencia	Copago de $75 Si es admitido en el hospital dentro de un plazo de 24 horas, no tendrá que pagar su parte del costo por la atención de emergencia. Consulte la sección “Atención hospitalaria como paciente internado” de este cuadernillo para conocer otros costos.
Cuidado de los pies (servicios de podiatría)[2]	Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o cumple con determinadas condiciones: Copago de $35

Beneficio	Cigna-HealthSpring Preferred (HMO)
Servicios de audición[2]	Examen para diagnosticar y tratar problemas relacionados con la audición y el equilibrio: Copago de $5-35, según el servicio Examen de audición de rutina (máximo de 1 por año): Copago de $0 Ajuste o evaluación de aparatos auditivos (máximo de 1 cada tres años): Copago de $0 Aparatos auditivos: Copago de $0 Nuestro plan paga hasta $500 cada tres años para aparatos auditivos. Consulte su Evidencia de cobertura para conocer los detalles acerca de la cobertura del plan.
Atención médica en el hogar[1]	Usted no paga nada
Atención de la salud mental[1]	Visita como paciente internado: Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para atención de la salud mental como paciente internado en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria como paciente internado no se aplica a los servicios mentales como paciente internado proporcionados en un hospital general. Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización como paciente internado. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, podrá usar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado estos 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria como paciente internado se limitará a 90 días. • Copago de $245 por día por los días 1 a 6 • Usted no paga nada por día por los días 7 a 90 Visita de terapia grupal para pacientes en consulta externa: Copago de $35 Visita de terapia individual para pacientes en consulta externa: Copago de $35
Rehabilitación para pacientes en consulta externa[1,2]	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) (máximo de 2 sesiones de una hora por día, hasta 36 sesiones durante un máximo de 36 semanas): Copago de $20 Visita de terapia ocupacional: Copago de $40 Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: Copago de $40
Alcoholismo y/o farmacodependencia para pacientes en consulta externa[1]	Visita de terapia grupal: Copago de $35 Visita de terapia individual: Copago de $35
Cirugía para pacientes en consulta externa[1,2]	Centro quirúrgico ambulatorio: Copago de $70 Hospital para pacientes en consulta externa: Copago de $265
Artículos que no requieren receta médica	No está cubierto

Beneficio	Cigna-HealthSpring Preferred (HMO)
Dispositivos protésicos (aparatos ortopédicos, prótesis ortopédicas, etc.)[1]	Dispositivos protésicos: El 20% del costo Suministros médicos relacionados: El 20% del costo
Diálisis renal[1,2]	El 20% del costo
Transporte	Sin cobertura
Servicios de urgencia	Copago de $30 Si es admitido en el hospital dentro de un plazo de 24 horas, no tendrá que pagar su parte del costo por los servicios de urgencia. Consulte la sección “Atención hospitalaria como paciente internado” de este cuadernillo para conocer otros costos.
Servicios de la vista	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo (incluido un examen anual para la detección del glaucoma): Copago de $0-35, según el servicio Examen de la vista de rutina (máximo de 1 por año): Copago de $0 Lentes de contacto: Copago de $0 Anteojos (marcos y lentes) (máximo de 1 por año): Copago de $0 Marcos de anteojos (máximo de 1 por año): Copago de $0 Lentes de anteojos (máximo de 1 por año): Copago de $0 Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: Copago de $0 Nuestro plan paga hasta $100 por año para productos ópticos. Se aplica un copago de $0 para productos ópticos suplementarios (excepto después de una cirugía de cataratas) hasta la asignación del plan. Consulte su Evidencia de cobertura para conocer los detalles acerca de la cobertura del plan.

Beneficio	Cigna-HealthSpring Preferred (HMO)
Atención preventiva	Usted no paga nada Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, que incluyen: • Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal • Psicoterapia para el consumo indebido de alcohol • Medición de la densidad ósea • Examen de detección del cáncer de seno (mamografía) • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Exámenes cardiovasculares • Examen de detección del cáncer de cuello uterino y vaginal • Exámenes de detección del cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en las heces, sigmoidoscopia flexible) • Examen de detección de depresión • Exámenes de detección de la diabetes • Examen de detección del VIH • Servicios de terapia médica nutricional • Examen de detección de obesidad y asesoría sobre el tema • Exámenes de detección del cáncer de próstata (PSA, por sus siglas en inglés) • Examen de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoría sobre el tema • Asesoría para dejar de consumir tabaco (asesoría para personas que no tienen ningún signo de una enfermedad relacionada con el tabaco) • Vacunas, incluidas vacunas antigripales, vacunas contra la hepatitis B y vacunas antineumocócicas • Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” (una sola vez) • Visita preventiva anual Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato.
Servicios para enfermos terminales	Usted no paga nada por la atención para enfermos terminales proporcionada por un centro para enfermos terminales certificado por Medicare. Es posible que deba pagar parte del costo de los medicamentos y la atención de relevo. Los servicios para enfermos terminales están cubiertos fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más detalles.

Beneficio	Cigna-HealthSpring Preferred (HMO)
Atención para pacientes internados	
Atención hospitalaria como paciente internado[1,2]	Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización como paciente internado. Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "adicionales" que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, podrá usar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado estos 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria como paciente internado se limitará a 90 días. • Copago de $275 por día por los días 1 a 7 • Usted no paga nada por día por los días 8 a 90
Atención de la salud mental para pacientes internados	Para obtener detalles sobre la atención de la salud mental para pacientes internados, consulte la sección "Atención de la salud mental" de este cuadernillo.
Instalaciones de cuidados especiales (SNF, por sus siglas en inglés)[1]	Nuestro plan cubre hasta 100 días en SNF. • Usted no paga nada por día por los días 1 a 20 • Copago de $160 por día por los días 21 a 100
Beneficios de medicamentos con receta	
¿Cuánto debo pagar?	Por los medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia[1]: El 20% del costo Otros medicamentos de la Parte B[1]: El 20% del costo

Beneficio	Cigna-HealthSpring Preferred (HMO)
Cobertura inicial	Una vez que pague su deducible anual, pagará las sumas que se indican a continuación hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $3,310. Los costos totales anuales de los medicamentos son los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de la Parte D. Podrá obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias de pedido por correo.

Opción estándar de costo compartido minorista

Nivel	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses
Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de $3	Copago de $6	Copago de $9
Nivel 2 (genéricos)	Copago de $12	Copago de $24	Copago de $36
Nivel 3 (de marca preferida)	Copago de $45	Copago de $90	Copago de $135
Nivel 4 (de marca no preferida)	Copago de $85	Copago de $170	Copago de $255
Nivel 5 (de especialidad)	El 30% del costo	El 30% del costo	El 30% del costo

Opción estándar de costo compartido de pedido por correo

Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de $3	Copago de $9
Nivel 2 (genéricos)	Copago de $12	Copago de $36
Nivel 3 (de marca preferida)	Copago de $45	Copago de $135
Nivel 4 (de marca no preferida)	Copago de $85	Copago de $255
Nivel 5 (de especialidad)	El 30% del costo	El 30% del costo

Si usted reside en instalaciones de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista.

Es posible que pueda obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero seguramente tenga que pagar más que lo que pagaría en una farmacia de la red.

Beneficio	Cigna-HealthSpring Preferred (HMO)
Interrupción de cobertura	La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una interrupción de cobertura (también llamada "período sin cobertura" o "donut hole"). Esto significa que se modifica temporalmente lo que usted pagará por sus medicamentos. La interrupción de cobertura comienza una vez que el costo total anual de los medicamentos (contando lo que ha pagado nuestro plan y lo que usted ha pagado) alcanza los $3,310. Cuando usted ingresa en la etapa de interrupción de cobertura, paga el 45% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 58% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos, hasta que sus costos llegan a un total de $4,850, que marca el final de la etapa de interrupción de cobertura. No todas las personas ingresan en la etapa de interrupción de cobertura.
Cobertura de gastos excedentes	Una vez que los costos de desembolso anuales de sus medicamentos (contando los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de pedido por correo) alcanzan los $4,850, usted paga el monto que sea mayor entre: • el 5% del costo, o • un copago de $2.95 por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de $7.40 por todos los demás medicamentos.
Beneficios opcionales (usted debe pagar una prima adicional por mes por estos beneficios)	
Paquete 1: Beneficios dentales mejorados: servicios preventivos	Los beneficios incluyen: Servicios dentales preventivos Servicios dentales preventivos: Copago de $0 • Limpieza (máximo de 1 cada seis meses) • Radiografías dentales (máximo de 1 por año) • Examen bucal (máximo de 1 cada seis meses)
¿De cuánto es la prima mensual?	Prima adicional de $6.10 por mes. Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare y la prima mensual de $0 de su plan.
¿De cuánto es el deducible?	Este paquete no tiene deducible.
¿Existe un límite en lo que el plan pagará?	No, no existe un límite en lo que nuestro plan pagará por los beneficios de este paquete.

Beneficio	Cigna-HealthSpring Preferred (HMO)
Paquete 2: Beneficios dentales mejorados: servicios preventivos e integrales	Los beneficios incluyen: Servicios dentales preventivos e integrales Servicios dentales preventivos: Copago de $0 • Limpieza • Radiografías dentales • Examen bucal Servicios dentales integrales: • Restauración: Copago de $10-$195 • Periodoncia/extracciones: Copago de $10-$75 • Prótesis o cirugía bucal: Copago de $0-$195 La endodoncia no está cubierta. Consulte su Evidencia de cobertura para conocer los detalles acerca de la cobertura del plan.
¿De cuánto es mi prima mensual?	Prima adicional de $29.40 por mes. Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare y la prima mensual de $0 de su plan.
¿De cuánto es el deducible?	Este paquete no tiene deducible.
¿Existe un límite en lo que el plan pagará?	Nuestro plan paga hasta $1,500 por año. Nuestro plan tiene límites adicionales en la cobertura para determinados beneficios.
Beneficios adicionales del plan	
Línea de Enfermería atendida las 24 horas	Copago de $0 por la Línea de Enfermería atendida las 24 horas Un amable equipo de enfermeros titulados está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para responder sus preguntas relacionadas con la salud de un modo cómodo y confidencial.
Entrenamiento físico	Copago de $0 por la membresía en un club deportivo o en clases de entrenamiento físico. Consulte su Evidencia de cobertura para conocer los detalles acerca de la cobertura del plan.

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc., HealthSpring of Tennessee, Inc., HealthSpring of Alabama, Inc., HealthSpring of Florida, Inc., Bravo Health Mid-Atlantic, Inc. y Bravo Health Pennsylvania, Inc. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

MEDICAMENTOS RECETADOS

Datos rápidos

Cobertura

Si su plan ofrece cobertura de medicamentos recetados, puede revisar la lista de medicamentos recetados para ver si sus medicamentos entran en cobertura. Ésta es una lista parcial. Si no ve su medicamento en la lista, puede:

- Visitar **CignaHealthSpring.com**
- Llamar al **1-866-625-2494 (TTY 711)**, 7 días de la semana, 8 a.m. - 8 p.m. para más información

Hueco en la cobertura

Es posible que tenga cobertura durante el Hueco en la cobertura (o periodo sin cobertura).

1-866-625-2494 (TTY 711)
7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m.

CignaHealthSpring.com

COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

La cobertura de medicamentos recetados se basa en un año calendario:

1 de enero → **31 de diciembre**

1 DEDUCIBLE DE LA PARTE D

Es posible que deba pagar un deducible, dependiendo del plan. Lea el *Resumen de beneficios* del plan para los detalles.

2 COBERTURA INICIAL

Usted paga los copagos y el coseguro y el plan paga los costos restantes de los medicamentos recetados.

3 HUECO EN LA COBERTURA (PERIODO SIN COBERTURA)

Los medicamentos genéricos sin cobertura tienen un descuento del 42%.

La mayoría de los medicamentos de marca tienen un descuento del 55% durante el Hueco en la cobertura.

No todos entrarán al Hueco en la cobertura.

$3,310

Una vez que el costo total de medicamentos sea igual a $3,310, entrará al Hueco en la cobertura.

$4,850

Una vez que los costos totales no reembolsables que pague (incluyendo sus descuentos) alcancen los $4,850, saldrá del Hueco en la cobertura.

4 COBERTURA CATASTRÓFICA

En este punto, usted sólo pagará $2.95 por los medicamentos genéricos, $7.40 por los medicamentos de marca o el 5%, cualquiera que sea mayor hasta que termine el año calendario.

CÓMO LEER SU GUÍA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

La Guía parcial de medicamentos recetados le dará una lista resumida de medicamentos. Usted recibirá una lista completa después de que se inscriba en la que encontrará:

1 Lista de medicamentos por categoría
2 Lista de medicamentos en orden alfabético
3 Información de los niveles de medicamentos
4 Detalles de los costos compartidos

La Guía parcial de medicamentos recetados está organizada alfabéticamente para ayudarle a encontrar.

COLUMNA 1

- Nombre del medicamento
  - Los medicamentos de marca están en mayúsculas como CRESTOR
  - Los medicamentos genéricos no están en mayúsculas como simvastatin

COLUMNA 2

- Nivel del medicamento

Nota para los clientes que reciben Ayuda adicional: Su nivel de copago de LIS se basará en cómo la FDA clasifica ciertos medicamentos. Debido a esto, un medicamento genérico puede recibir un copago de marca preferida, o un medicamento de marca preferida puede recibir un copago de medicamento genérico. Por favor consulte su cláusula adicional LIS para información adicional sobre estos niveles de copago. O llame al Departamento de servicio al cliente para la explicación adicional respecto a un medicamento específico.

COLUMNA 3

- Requisitos y límites
  - Algunos medicamentos tienen Límites de Cantidad indicados con un código QL seguido por una cantidad despachada para los días suministrados
  - Podrá ver otros códigos en la columna 3 que incluyen:
    - PA – Autorización Previa requerida
    - ST – requisito de Terapia escalonada
    - B/D – Parte B contra Parte D antes de la Autorización Previa requerida. Es posible que necesite presentar la información para obtener la aprobación de la cobertura.

LISTA DE MEDICAMENTOS (PARCIAL)

Plan(es) en cobertura:

Cigna-HealthSpring Preferred (HMO) H0439-001

Esta es una lista de medicamentos parcial que muestra los medicamentos más comunes.

La lista de medicamentos completa está disponible en **www.CignaHealthSpring.com**.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requ./ Límites
A		
ABILIFY MAINTENA INJ 300MG	5	QL(1.5/30)
ABILIFY MAINTENA INJ 400MG	5	QL(2/30)
acetaminophen/codeine tabs 300mg 60mg	2	QL(240/30)
acetaminophen/codeine #3	2	QL(360/30)
acyclovir caps	2	
acyclovir tabs	2	
afeditab cr	2	
AGGRENOX	3	QL(60/30)
albuterol sulfate nebu 0.083%	1	B/D PA QL(375/30)
alendronate sodium tabs 70mg	1	QL(4/28)
allopurinol	1	
alprazolam tabs 0.25mg, 0.5mg	2	QL(90/30)
alprazolam tabs 1mg	2	QL(120/30)
alprazolam tabs 2mg	2	QL(150/30)
amantadine hcl caps	2	
amiodarone hcl tabs 200mg	2	
AMITIZA CAPS 24MCG	3	QL(60/30)
amlodipine besylate	1	
amlodipine besylate/benazepril hcl caps 10mg 40mg	2	
amlodipine besylate/benazepril hydrochloride caps 10mg 20mg, 5mg 10mg, 5mg 20mg	2	
amoxicillin caps 500mg	1	
amoxicillin tabs 875mg	2	
amoxicillin/clavulanate potassium tabs 500mg 125mg, 875mg 125mg	2	
amphetamine/dextroamphetamine cp24 5mg 5mg 5mg 5mg, 7.5mg 7.5mg 7.5mg 7.5mg	2	QL(60/30)
amphetamine/dextroamphetamine tabs 2.5mg 2.5mg 2.5mg 2.5mg, 5mg 5mg 5mg 5mg, 7.5mg 7.5mg 7.5mg 7.5mg	2	QL(90/30)
AMPYRA	5	PA QL(60/30)
anastrozole	2	QL(30/30)
ANDROGEL	3	PA
ANDROGEL PUMP GEL 1.62%	3	PA
APRISO	3	
ARANESP ALBUMIN FREE INJ 10MCG/0.4ML, 25MCG/0.42ML, 25MCG/ML, 40MCG/0.4ML, 40MCG/ML, 60MCG/0.3ML, 60MCG/ML	4	PA
ARANESP ALBUMIN FREE INJ 100MCG/0.5ML, 100MCG/ML, 150MCG/0.3ML, 200MCG/0.4ML, 200MCG/ML, 300MCG/0.6ML, 300MCG/ML, 500MCG/ML	5	PA
aripiprazole	2	QL(30/30) ST
atenolol	1	
atenolol/chlorthalidone tabs 50mg 25mg	1	
atorvastatin calcium	2	QL(30/30)
AURYXIA	4	
AVODART	3	
AVONEX	5	PA QL(4/28)
AVONEX PEN	5	PA QL(4/28)
AZASITE	3	
azathioprine	2	PA
azelastine hcl nasal soln 0.1%	2	QL(60/30)
AZILECT	3	
azithromycin tabs 250mg, 500mg	2	QL(12/28)
AZOPT	3	
B		
baclofen tabs 10mg	1	
baclofen tabs 20mg	2	
balsalazide disodium	2	
benazepril hcl tabs 10mg, 20mg, 40mg	1	
benazepril hcl/hydrochlorothiazide tabs 20mg 12.5mg	2	
BENICAR	3	QL(30/30)
BENICAR HCT	3	QL(30/30)
benztropine mesylate tabs 1mg	2	PA
bimatoprost	2	QL(5/30)
bisoprolol fumarate tabs 5mg	2	
bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide tabs 10mg 6.25mg, 5mg 6.25mg	1	
BRILINTA	3	QL(60/30)

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días);
PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada;
B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requ./ Límites
brimonidine tartrate ophthalmic soln 0.2%	2	
BRINTELLIX	4	QL(30/30) ST
budesonide cp24	2	
bumetanide tabs 1mg	1	
bumetanide tabs 2mg	2	
buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 8mg 2mg	2	PA QL(90/30)
bupropion hcl	2	
bupropion hcl sr tb12 100mg, 200mg	2	QL(60/30)
bupropion hcl sr tb12 150mg	2	QL(90/30)
bupropion hcl xl tb24 300mg	2	QL(30/30)
bupropion hcl xl tb24 150mg	2	QL(90/30)
buspirone hcl tabs 10mg, 5mg	1	
buspirone hcl tabs 15mg	2	
BYDUREON	3	QL(4/28)
BYETTA	3	QL(2.4/30)
C		
calcitonin-salmon	2	QL(3.7/30)
calcitriol caps 0.25mcg	2	
calcium acetate caps	2	
CARAC	3	
CARAFATE SUSP	3	
carbidopa	2	
carbidopa/levodopa	2	
carbidopa/levodopa er	2	
cartia xt cp24 120mg, 180mg, 240mg	2	
carvedilol	1	
cefdinir caps	2	
cefuroxime axetil	2	
celecoxib caps 100mg, 200mg	2	QL(60/30)
cephalexin caps 250mg, 500mg	1	
chlorthalidone tabs 25mg	1	
cholestyramine pack	2	
cholestyramine light pack	2	
ciclopirox nail lacquer	2	
ciclopirox olamine	2	
cilostazol	2	
CIPRODEX	3	
ciprofloxacin hcl ophthalmic soln	2	
ciprofloxacin hcl tabs 250mg, 500mg	1	
citalopram hydrobromide tabs 40mg	1	QL(30/30)
citalopram hydrobromide tabs 10mg, 20mg	1	QL(60/30)
clarithromycin tabs 500mg	2	
clindamycin hcl caps 150mg, 300mg	2	
clindamycin phosphate gel	2	
clobetasol propionate crea	2	
clobetasol propionate external soln	2	
clobetasol propionate oint	2	
clomipramine hcl caps 50mg	2	PA
clonazepam tabs 0.5mg, 1mg	2	QL(150/30)
clonazepam tabs 2mg	2	QL(300/30)
clonidine hcl tabs 0.1mg, 0.2mg	1	
clonidine hcl tabs 0.3mg	2	
clopidogrel tabs 75mg	2	QL(30/30)
clorazepate dipotassium tabs 7.5mg	2	QL(90/30)
clotrimazole/betamethasone dipropionate crea	2	
clozapine tabs 100mg	2	
colchicine tabs	2	
COLCRYS	3	
colestipol hcl tabs	2	
COMBIGAN	3	
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL(8/30)
COREG CR	3	
CREON	3	
CRESTOR	3	QL(30/30)
CRIXIVAN	3	
cyclosporine modified caps 25mg	2	PA
D		
DALIRESP	3	PA QL(30/30)
DELZICOL	3	
desloratadine	2	QL(30/30)
dexamethasone tabs 4mg	1	
dextroamphetamine sulfate tabs 10mg	2	QL(180/30)
dextroamphetamine sulfate er cp24 15mg	2	QL(120/30)
diazepam tabs	2	QL(120/30)
diclofenac sodium dr tbec 50mg	2	
diclofenac sodium dr tbec 75mg	1	
dicyclomine hcl caps	1	

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días);
PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada;
B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requ./ Límites
dicyclomine hcl tabs	1	
digitek tabs 0.125mg	1	QL(30/30)
digitek tabs 0.25mg	1	PA
diltiazem cd	2	
diltiazem hcl tabs 120mg	1	
diltiazem hcl er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	2	
diphenoxylate/atropine tabs	2	
divalproex sodium	2	
divalproex sodium dr tbec 250mg, 500mg	2	
divalproex sodium er	2	
donepezil hcl tabs 23mg, 5mg	2	QL(30/30)
donepezil hcl tabs 10mg	2	QL(60/30)
dorzolamide hcl	2	
dorzolamide hcl/timolol maleate	2	
doxazosin mesylate tabs 2mg, 4mg	1	QL(30/30)
doxazosin mesylate tabs 8mg	1	QL(60/30)
doxycycline hyclate caps	1	
doxycycline hyclate tabs 100mg	1	
doxycycline monohydrate caps 100mg	2	
DULERA AERO 5MCG/ACT 200MCG/ACT	3	QL(18/30)
duloxetine hcl cpep 20mg, 60mg	2	QL(60/30)
duloxetine hcl cpep 30mg	2	QL(90/30)
DUREZOL	3	
E		
EFFIENT TABS 10MG	4	QL(36/30)
EFFIENT TABS 5MG	4	QL(42/30)
ELIDEL	3	
ELIQUIS TABS 2.5MG	3	QL(60/30)
ELIQUIS TABS 5MG	3	QL(74/30)
EMSAM PT24 6MG/24HR, 9MG/24HR	3	
EMSAM PT24 12MG/24HR	5	
enalapril maleate tabs 10mg, 20mg, 5mg	1	
ENBREL	5	PA QL(8/28)
ENBREL SURECLICK	5	PA QL(8/28)
endocet tabs 325mg 10mg	2	QL(360/30)
enoxaparin sodium inj 100mg/ml	5	QL(30/30)
entacapone	2	
EPIPEN 2-PAK	3	QL(2/30)
EPIPEN-JR 2-PAK	3	QL(2/30)
epitol	2	
erythromycin oint	2	
escitalopram oxalate tabs	2	
esomeprazole magnesium	2	QL(60/30)
estradiol tabs	2	PA
etodolac tabs 400mg	2	
EXELON PT24	3	QL(30/30)
exemestane	2	
F		
famotidine tabs 20mg	1	
famotidine tabs 40mg	2	
felodipine er tb24 10mg, 5mg	2	
fenofibrate tabs 145mg, 160mg, 48mg, 54mg	2	
fenofibrate micronized caps 134mg, 200mg	2	
fenofibric acid dr cpdr 135mg	2	
fentanyl pt72 100mcg/hr, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr	2	QL(15/30)
finasteride tabs 5mg	2	QL(30/30)
flecainide acetate tabs 100mg, 50mg	2	
FLOVENT DISKUS AEPB 250MCG/BLIST, 50MCG/BLIST	3	QL(120/30)
FLOVENT DISKUS AEPB 100MCG/BLIST	3	QL(180/30)
FLOVENT HFA AERO 110MCG/ACT	3	QL(24/30)
fluconazole tabs 100mg, 200mg	2	
fluconazole tabs 150mg	1	QL(8/30)
fludrocortisone acetate	2	
fluocinonide crea 0.05%	2	
fluocinonide external soln	2	
fluorouracil crea 5%	2	
fluoxetine hcl caps	2	
fluticasone propionate susp	2	QL(16/30)
FORADIL AEROLIZER	3	QL(60/30)
FORTEO	5	PA QL(2.4/28)
furosemide tabs	1	
FYCOMPA	4	
G		
gabapentin caps	2	

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días);
PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada;
B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requ./ Límites
gabapentin tabs	2	
gavilyte-n/flavor pack	2	
gemfibrozil	2	
glimepiride tabs 1mg, 2mg	1	QL(30/30)
glimepiride tabs 4mg	1	QL(60/30)
glipizide	1	
glipizide er	1	
GLUCAGEN HYPOKIT	4	
H		
HARVONI	5	PA QL(28/28)
HUMALOG	3	
HUMALOG KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 50/50	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75/25	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	3	
HUMIRA INJ 10MG/0.2ML, 20MG/0.4ML	5	PA QL(2/28)
HUMIRA INJ 40MG/0.8ML	5	PA QL(6/28)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	5	PA QL(6/28)
HUMIRA PEN	5	PA QL(6/28)
HUMIRA PEN-CROHNS DISEASESTARTER	5	PA QL(6/28)
HUMIRA PEN-PSORIASIS STARTER	5	PA QL(6/28)
HUMULIN 70/30	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	
HUMULIN N	3	
HUMULIN N KWIKPEN	3	
HUMULIN R	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	3	
hydralazine hcl tabs	2	
hydrochlorothiazide caps	1	
hydrochlorothiazide tabs 25mg, 50mg	1	
hydrochlorothiazide tabs 12.5mg	2	
hydrocortisone crea 2.5%	1	
hydrocortisone tabs 10mg	2	
hydromorphone hcl tabs	2	QL(240/30)
hydroxychloroquine sulfate	2	
hydroxyurea	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requ./ Límites
I		
ibandronate sodium tabs	2	QL(1/28)
ibuprofen tabs 400mg, 600mg, 800mg	1	
ILEVRO	3	
indapamide tabs 2.5mg	1	
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG/0.25ML	4	QL(0.25/28)
INVEGA SUSTENNA INJ 78MG/0.5ML	4	QL(0.5/28)
INVEGA SUSTENNA INJ 117MG/0.75ML	5	QL(0.75/28)
INVEGA SUSTENNA INJ 156MG/ML	5	QL(1/28)
INVEGA SUSTENNA INJ 234MG/1.5ML	5	QL(1.5/28)
INVOKAMET	3	QL(60/30)
INVOKANA	3	QL(30/30)
ipratropium bromide nasal soln 0.06%	2	QL(30/30)
ipratropium bromide nasal soln 0.03%	2	QL(60/30)
ipratropium bromide/albuterol sulfate	2	B/D PA QL(540/30)
irbesartan tabs 150mg, 300mg	1	
isosorbide dinitrate tabs 10mg, 30mg	2	
isosorbide mononitrate er	2	
itraconazole	2	PA QL(120/30)
J		
JALYN	3	
JANUMET	3	QL(60/30)
JANUMET XR TB24 1000MG 100MG	3	QL(30/30)
JANUMET XR TB24 1000MG 50MG, 500MG 50MG	3	QL(60/30)
JANUVIA TABS 100MG, 50MG	3	QL(30/30)
JENTADUETO	3	QL(60/30)
K		
ketoconazole crea	2	
ketoconazole sham	2	
ketorolac tromethamine ophthalmic soln 0.5%	2	
klor-con 8	1	
L		
labetalol hcl tabs 200mg, 300mg	2	
lactulose	1	
lamotrigine tabs	2	

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días);
PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada;
B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requ./ Límites
lansoprazole cpdr 30mg	2	
LANTUS	3	
LANTUS SOLOSTAR	3	
latanoprost	2	QL(5/30)
LATUDA TABS 120MG, 20MG, 40MG, 60MG	4	QL(30/30) ST
LATUDA TABS 80MG	4	QL(60/30) ST
leflunomide tabs 20mg	2	QL(30/30)
LETAIRIS	5	PA QL(30/30)
letrozole	2	QL(30/30)
LEVEMIR	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH	3	
levetiracetam tabs	2	
levocetirizine dihydrochloride tabs	2	QL(30/30)
levofloxacin tabs	2	
levothyroxine sodium tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg	1	
lidocaine oint	2	
lidocaine ptch	2	PA QL(90/30)
lidocaine hcl jelly	2	
lidocaine/prilocaine crea	2	
liothyronine sodium tabs 5mcg	2	
lisinopril tabs 10mg, 2.5mg, 20mg, 40mg, 5mg	1	
lisinopril/hydrochlorothiazide	1	
lithium carbonate caps 300mg	1	
lithium carbonate er tbcr 450mg	2	
loperamide hcl caps	2	
lorazepam tabs	2	QL(120/30)
losartan potassium tabs 100mg	1	QL(30/30)
losartan potassium tabs 50mg	1	QL(60/30)
losartan potassium tabs 25mg	1	QL(90/30)
losartan potassium/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg 100mg, 25mg 100mg	1	QL(30/30)
losartan potassium/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg 50mg	1	QL(60/30)
LOTEMAX	4	
lovastatin tabs 40mg	2	QL(60/30)
lovastatin tabs 10mg, 20mg	1	QL(90/30)
LUMIGAN	3	QL(5/30)
LYRICA CAPS 225MG, 300MG	3	QL(60/30)
LYRICA CAPS 100MG, 150MG, 200MG, 25MG, 50MG, 75MG	3	QL(90/30)
LYRICA ORAL SOLN	3	QL(900/30)
M		
meclizine hcl tabs	2	
medroxyprogesterone acetate tabs 2.5mg	1	
megestrol acetate susp 40mg/ml	2	PA
meloxicam tabs	1	
MESTINON TIMESPAN	3	
metadate er	2	QL(90/30)
metformin hcl	1	
metformin hcl er tb24 500mg, 750mg	1	
methadone hcl tabs	2	QL(360/30)
methenamine hippurate	2	
methimazole tabs 5mg	2	
methotrexate	2	
methylphenidate hcl tabs	2	QL(90/30)
methylprednisolone dose pack	2	
metoclopramide hcl tabs 5mg	2	
metoclopramide hcl tabs 10mg	1	
metolazone tabs 2.5mg, 5mg	2	
metoprolol succinate er	2	
metoprolol tartrate tabs	1	
metronidazole crea	2	
metronidazole tabs 500mg	1	
midodrine hcl tabs 10mg, 5mg	2	
minitran pt24 0.2mg/hr, 0.4mg/hr, 0.6mg/hr	2	
minocycline hcl caps 100mg	2	
mirtazapine tabs 15mg, 30mg, 45mg	2	QL(30/30)
moderiba misc	5	PA
moderiba tabs	2	PA
moderiba 1200 dose pack	5	PA
moderiba 800 dose pack	5	PA
montelukast sodium tabs	2	QL(30/30)
morphine sulfate oral soln 20mg/ml	2	QL(540/30)
MORPHINE SULFATE TABS	3	QL(360/30)

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días);
PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada;
B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requ./ Límites
morphine sulfate er tbcr	2	QL(90/30)
MOVIPREP	3	
MOXEZA	3	
moxifloxacin hcl tabs	2	
MULTAQ	3	QL(60/30)
mupirocin oint	2	
mycophenolate mofetil caps	2	PA
mycophenolate mofetil tabs	2	PA
N		
nabumetone	2	
nadolol tabs 20mg, 40mg	1	
NAFTIN CREA 2%	3	
NAFTIN GEL	3	
NAMENDA TABS 10MG	3	QL(60/30)
NAMENDA TABS 5MG	3	QL(90/30)
NAMENDA XR	3	QL(30/30)
NAMENDA XR TITRATION PACK	3	QL(28/28)
naproxen tabs 500mg	1	
nateglinide tabs 120mg	2	QL(90/30)
neomycin/polymyxin/dexamethasone oint	2	
NEUPRO	4	PA QL(30/30)
niacin er tbcr 500mg	2	QL(30/30)
niacin er tbcr 1000mg	2	QL(60/30)
nifedipine er	2	
nitrofurantoin macrocrystals	2	QL(90/365)
nitrofurantoin monohydrate	2	QL(90/365)
NITROSTAT SUBL 0.4MG	3	
nortriptyline hcl caps 10mg, 25mg, 50mg	1	
novofine 30gx8mm	2	QL(200/30)
novofine 32gx6mm	2	QL(200/30)
novofine autocover 30gx8mm	2	QL(200/30)
novotwist 30gx8mm	2	QL(200/30)
novotwist 32gx5mm	2	QL(200/30)
NUEDEXTA	3	
nyamyc	2	
nystatin crea	2	
nystatin powd 100000unit/gm	2	
nystatin susp	2	
nystatin/triamcinolone crea	2	
nystop	2	
NEEDLES AND SYRINGES		
bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x 1/2	2	QL(200/30)
bd insulin syringe ultrafine/0.3ml/31g x 5/16	2	QL(200/30)
bd insulin syringe ultrafine/0.5ml/30g x 1/2	2	QL(200/30)
bd insulin syringe ultrafine/1ml/31g x 5/16	2	QL(200/30)
bd pen needle/mini/ultrafine/31g x 3/16	2	QL(200/30)
bd pen needle/nano/ultra fine/32g x 4mm	2	QL(200/30)
bd pen needle/ultrafine/29g x 12.7mm	2	QL(200/30)
O		
ofloxacin ophthalmic soln	2	
olanzapine tabs 10mg, 15mg, 2.5mg, 20mg, 5mg	2	QL(30/30)
omega-3-acid ethyl esters	2	QL(120/30)
omeprazole cpdr 20mg, 40mg	2	
ondansetron hcl tabs 4mg, 8mg	1	B/D PA QL(90/30)
ondansetron odt	1	B/D PA QL(90/30)
OPSUMIT	5	PA QL(30/30)
orphenadrine citrate er	2	PA
OSMOPREP	3	
oxcarbazepine tabs 150mg, 300mg	2	
oxybutynin chloride tabs	1	
oxybutynin chloride er tb24 5mg	2	QL(30/30)
oxybutynin chloride er tb24 10mg, 15mg	2	QL(60/30)
oxycodone hcl tabs	2	QL(240/30)
oxycodone/acetaminophen tabs 325mg 10mg, 325mg 5mg, 325mg 7.5mg	2	QL(360/30)
oxymorphone hydrochloride er tb12 20mg, 30mg, 40mg	2	QL(60/30)
P		
pacerone tabs 100mg	2	
pantoprazole sodium	2	
paricalcitol caps 1mcg	2	

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días);
PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada;
B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requ./ Límites
paroxetine hcl tabs 30mg, 40mg	2	QL(60/30)
paroxetine hcl tabs 10mg	1	QL(30/30)
paroxetine hcl tabs 20mg	1	QL(60/30)
PATADAY	3	
PAZEO	3	
peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl	2	
PEG-INTRON INJ 50MCG/0.5ML	5	PA
PEG-INTRON REDIPEN	5	PA
PEG-INTRON REDIPEN PAK 4	5	PA
penicillin v potassium tabs 500mg	2	
pentoxifylline er	2	
PERFOROMIST	3	B/D PA QL(120/30)
periogard	1	
phenytoin sodium extended caps 100mg	2	
PHOSLYRA	4	
PICATO	4	ST
pilocarpine hydrochloride	2	
pioglitazone hcl	2	QL(30/30)
pioglitazone hcl/metformin hcl	2	QL(90/30)
piroxicam caps 20mg	2	
polyethylene glycol 3350 powd	2	
polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate	2	
potassium chloride cr	1	
potassium chloride er cpcr 10meq	2	
potassium chloride er tbcr 10meq, 20meq	1	
PRADAXA CAPS 150MG	3	QL(60/30)
pramipexole dihydrochloride tabs 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 1mg	2	QL(90/30)
pravastatin sodium tabs 80mg	1	QL(30/30)
pravastatin sodium tabs 40mg	1	QL(60/30)
pravastatin sodium tabs 10mg, 20mg	1	QL(90/30)
prednisone tabs 50mg	2	
prednisone tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 20mg, 5mg	1	
PREMARIN CREA	3	
PREMARIN TABS 0.3MG, 0.625MG	3	PA QL(30/30)
primidone tabs 50mg	2	
PRISTIQ	4	QL(30/30)
PROAIR HFA	3	QL(17/30)
PROAIR RESPICLICK	3	QL(1.3/30)
prochlorperazine maleate tabs 10mg	1	
PROCRIT INJ 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	5	PA
PROCRIT INJ 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
proctosol hc	2	
proctozone-hc rectal crea	2	
progesterone caps 100mg	2	
PROLIA	4	QL(1/180) ST
propafenone hcl tabs 150mg, 225mg	2	
propafenone hcl er cp12 225mg, 325mg	2	
propranolol hcl tabs 10mg, 20mg, 40mg	1	
propranolol hcl er cp24 120mg, 60mg, 80mg	2	
pyridostigmine bromide tabs	2	
Q		
quetiapine fumarate	2	QL(90/30)
quinapril hcl tabs 20mg, 40mg	1	
QVAR	3	QL(18/30)
R		
raloxifene hydrochloride	2	QL(30/30)
ramipril caps 10mg, 2.5mg, 5mg	1	
RANEXA TB12 1000MG	3	QL(60/30) ST
RANEXA TB12 500MG	3	QL(120/30) ST
ranitidine hcl caps 150mg	2	
ranitidine hcl tabs	1	
REBIF	5	PA QL(6/28)
REGRANEX	5	PA
RELISTOR INJ 8MG/0.4ML	4	PA QL(12/30)
RELISTOR INJ 12MG/0.6ML	4	PA QL(18/30)
RENVELA PACK	3	QL(180/30)
RENVELA TABS	3	QL(540/30)
RESTASIS	3	QL(64/30)
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG, 25MG	4	
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG, 50MG	5	

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días);
PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada;
B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requ./ Límites
risperidone tabs 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg	2	QL(90/30)
rizatriptan benzoate tabs 10mg	2	QL(12/30)
rizatriptan benzoate odt tbdp 10mg	2	QL(12/30)
ropinirole hcl tabs 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	2	
ROZEREM	3	QL(30/30)
S		
SAIZEN	5	PA
SAIZEN CLICK.EASY	5	PA
SANTYL	3	
SAPHRIS	3	QL(60/30) ST
SENSIPAR TABS 30MG	3	QL(60/30)
SEROQUEL XR TB24 150MG, 200MG	3	QL(30/30)
SEROQUEL XR TB24 300MG, 400MG, 50MG	3	QL(60/30)
sertraline hcl tabs 25mg	2	QL(30/30)
sertraline hcl tabs 100mg	2	QL(60/30)
sertraline hcl tabs 50mg	2	QL(90/30)
sildenafil tabs	2	PA QL(90/30)
SILENOR	3	QL(30/30)
SIMBRINZA	4	
simvastatin tabs 20mg, 40mg, 80mg	1	QL(30/30)
simvastatin tabs 10mg, 5mg	1	QL(90/30)
sodium polystyrene sulfonate susp 15gm/60ml	2	
SOMATULINE DEPOT	5	PA
sorine tabs 120mg	2	
sotalol hcl tabs 80mg	2	
SOVALDI	5	PA QL(28/28)
SPIRIVA HANDIHALER	3	QL(30/30)
SPIRIVA RESPIMAT	3	QL(4/30)
spironolactone tabs 25mg	1	
spironolactone tabs 50mg	2	
spironolactone/hydrochlorothiazide	2	
SPRYCEL	5	PA
STRATTERA	3	
STRIVERDI RESPIMAT	3	QL(4/30)
SUBOXONE	3	PA QL(90/30)
sucralfate	2	
sulfamethoxazole/trimethoprim tabs	1	
sulfamethoxazole/trimethoprim ds	1	
sulfasalazine tabs	2	
sumatriptan succinate inj 6mg/0.5ml	2	QL(8/30)
sumatriptan succinate tabs 100mg, 50mg	2	QL(9/30)
SUPRAX SUSR 500MG/5ML	3	
SUSTIVA	3	
SYMBICORT AERO 160MCG/ACT 4.5MCG/ACT	3	QL(12/30)
SYMBICORT AERO 80MCG/ACT 4.5MCG/ACT	3	QL(14/30)
SYNTHROID TABS 100MCG, 112MCG, 125MCG, 150MCG, 200MCG, 50MCG, 75MCG, 88MCG	3	
T		
tacrolimus caps 0.5mg, 1mg	2	PA
TAMIFLU CAPS 75MG	3	QL(56/365)
tamoxifen citrate tabs 20mg	2	
tamsulosin hcl	2	
TEKTURNA	3	ST
TEKTURNA HCT	3	ST
telmisartan tabs 40mg, 80mg	2	QL(30/30)
telmisartan/hydrochloroth	2	QL(30/30)
temazepam caps 15mg, 30mg, 7.5mg	2	QL(90/365)
terazosin hcl caps 5mg	1	QL(30/30)
terazosin hcl caps 10mg, 2mg	1	QL(60/30)
terbinafine hcl tabs	1	QL(180/365)
TESTIM	3	PA
theophylline cr tb12 200mg	2	
theophylline er tb12 300mg	2	
timolol maleate ophthalmic soln 0.5%	1	
tizanidine hcl tabs	2	
TOBI PODHALER	5	QL(1568/365)
tobramycin/dexamethasone	2	
tolterodine tartrate tabs 2mg	1	
topiramate tabs	2	
torsemide tabs 10mg, 20mg	2	
TOUJEO SOLOSTAR	3	
TRACLEER	5	PA QL(60/30)
TRADJENTA	3	QL(30/30)
tramadol hcl	2	QL(240/30)
tramadol	2	QL(240/30)

Clave: QL= Los límites de cantidad se indican como (cant./días);
PA=Es posible que se requiera de autorización previa; ST= Se aplican las reglas de la terapia escalonada;
B/D= Medicamentos en cobertura de Medicare Parte B o Parte D

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requ./ Límites
hydrochloride/acetaminophen		
trandolapril tabs 4mg	2	
TRANSDERM-SCOP	3	QL(12/36)
TRAVATAN Z	3	QL(5/30)
trazodone hcl tabs 100mg, 150mg, 50mg	1	
triamcinolone acetonide crea 0.1%	1	
triamcinolone acetonide oint 0.1%	2	
triamcinolone acetonide aero	2	QL(16.5/30)
triamterene/hydrochlorothiazide caps 25mg 37.5mg	1	
triamterene/hydrochlorothiazide tabs	1	
trimethoprim	2	
TROKENDI XR CP24 100MG, 25MG, 50MG	4	QL(30/30)
TROKENDI XR CP24 200MG	4	QL(60/30)
TRULICITY	3	QL(2/28)
U		
ULORIC	3	ST
ursodiol caps	2	
ursodiol tabs 500mg	2	
V		
valacyclovir hcl tabs 1000mg	2	QL(30/30)
valacyclovir hcl tabs 500mg	2	QL(60/30)
valsartan tabs 160mg, 320mg, 80mg	2	
valsartan/hydrochlorothiazide	2	
VASCEPA	4	QL(120/30)
VELPHORO	4	
venlafaxine hcl tabs 100mg, 75mg	2	
venlafaxine hcl er cp24	2	
verapamil hcl tabs 120mg	1	
verapamil hcl er tbcr	2	
VESICARE	3	QL(30/30)
VICTOZA	3	QL(9/30)
VIGAMOX	3	
VIIBRYD	4	QL(30/30) ST
VIMPAT INJ	4	QL(1200/30)
VIMPAT ORAL SOLN	3	QL(1200/30)
VIMPAT TABS	3	QL(60/30)
VOLTAREN GEL	3	QL(1000/30) ST
W		
warfarin sodium	1	
X		
XARELTO TABS 10MG, 20MG	3	QL(30/30)
XARELTO TABS 15MG	3	QL(60/30)
XARELTO STARTER PACK	3	QL(102/365)
XIFAXAN TABS 200MG	4	PA QL(9/30)
XIFAXAN TABS 550MG	5	PA QL(60/30)
Y		
Z		
zafirlukast tabs 20mg	2	
zaleplon caps 10mg	2	QL(90/365)
ZENPEP	3	
ZETIA	3	QL(30/30)
ziprasidone hcl caps 40mg, 60mg, 80mg	2	QL(60/30)
ZIRGAN	3	ST
zonisamide caps 100mg	2	
ZOSTAVAX	4	
ZYCLARA	5	
ZYLET	3	

PREGUNTAS FRECUENTES

Más para usted

Como cliente de Cigna-HealthSpring, usted tiene acceso a una variedad de servicios, programas y ahorros. En esta sección, encontrará más información sobre:

- Atención médica urgente
- Atención médica de emergencia
- Manejo de casos
- Cuidado de la diabetes
- Cobertura fuera del área de servicio
- Atención dental preventiva y completa
- Lista de medicamentos (Parte D)

1-866-625-2494 (TTY 711)
7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m.

CignaHealthSpring.com

¿CÓMO RECIBO ATENCIÓN MÉDICA URGENTE?

La atención médica urgente es el tratamiento de una necesidad de atención médica que no es una emergencia, pero que necesita atención en las siguientes 24 horas. Llame a su médico familiar si cree que tiene una atención médica urgente como:

- Nauseas
- Conjuntivitis
- Cortaduras menores
- Quemaduras menores
- Dolor de oído

Si esto es fuera de las horas de trabajo, su doctor tendrá a alguien de guardia para ayudarle. Para condiciones médicas urgentes, puede acudir a cualquier Centro de atención médica urgente de la red de Cigna-HealthSpring mencionado en el *Directorio de proveedores.*

También puede llamar a la Línea de enfermeras las 24 horas al 1-866-576-8773 para recibir ayuda.

¿CÓMO RECIBO ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA?

Si tiene una emergencia médica, cree que su salud está en grave peligro. Una emergencia médica incluye condiciones que puedan causar:

- Serio riesgo para la salud en general
- Seria discapacidad de un órgano o parte del cuerpo
- Seria disfunción de un órgano o parte del cuerpo
- Seria deformidad
- En el caso de una mujer embarazada, serio riesgo a la salud de la mujer o del niño no nacido
- Una condición de salud del comportamiento que requiera intervención inmediata o atención médica para evitar que el paciente se lastime a sí mismo o a los demás

IMPORTANTE: Si tiene una emergencia que ponga en riesgo su vida o una emergencia que represente una amenaza para la vida o propiedad de los demás, llame al 911 o acuda directamente a la sala de emergencias más cercana.

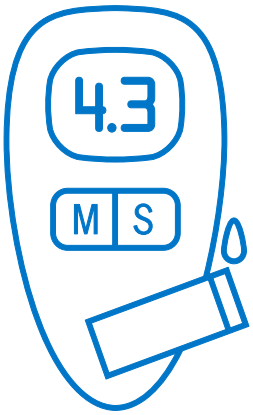
¿QUÉ ES EL MANEJO DE CASOS?

Un agente de casos es una enfermera que está dedicada a trabajar con los clientes de Cigna-HealthSpring con enfermedades crónicas, como diabetes o cardiopatía. Los agentes de casos pueden trabajar con usted para:

- Ayudarle a cuidarse por usted mismo
- Entender sus enfermedades
- Obtener los medicamentos y terapias necesarias para darle una mejor calidad de vida
- Encontrar los recursos valiosos dentro de su comunidad

¿CÓMO RECIBIRÉ PRODUCTOS PARA TRATAR LA DIABETES?*

Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios de insulina y no insulina), tenemos contrato con Abbot y Bayer para entregar productos para la diabetes que le ayudarán a monitorear su glucosa en la sangre:



- Monitor para medir la glucosa en la sangre
- 200 tiras de prueba para medir la glucosa en la sangre
- Dispositivos de lanceta y lancetas
- Soluciones para el control de la glucosa para revisar la precisión de las tiras de prueba y monitores

Para las personas con diabetes que tienen enfermedad severa del pie diabético, los productos que entran en cobertura incluyen:

- Un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida (incluyendo las plantillas para dichos zapatos) por año calendario
- Dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos
- Tres pares de plantillas (no incluyen las plantillas removibles que van con dichos zapatos)

La cobertura incluye tomarle sus medidas exactas. La capacitación del autocontrol de la diabetes se cubre bajo ciertas condiciones. Pueden aplicarse reglas de autorización.

*Dependiendo del plan, algunos o todos los productos pueden estar disponibles sin ningún costo para usted. Por favor tenga en cuenta que es posible que se aplique un coseguro. Algunos productos médicos directamente relacionados con la aplicación de insulina como jeringas y agujas pueden entrar en su cobertura para beneficios de medicamentos o de atención médica. Pueden aplicarse reglas de autorización.

¿CUÁL ES MI COBERTURA FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO?

Atención médica de emergencia/atención médica urgente

Cobertura en todo el mundo, atención médica que no sea de rutina.

Emergencia

Cuando usted se encuentra fuera del país, la cobertura de emergencia permite hasta $50,000 y no cuenta para sus copagos y coseguros máximos anuales totales no reembolsables.]

Punto de servicio (POS)

Dependiendo de su plan, es posible que tenga la opción de seleccionar un proveedor, clínica o centro para pacientes no internados que no pertenezca al área de servicio de su plan o red de proveedores. Su costo no reembolsable para este beneficio es del 30% del monto aprobado por Medicare y debe acudir a nuestro Departamento de servicio al cliente para una aprobación previa. Esta aprobación no se requiere para acudir con su doctor de cabecera y no cuenta para su monto máximo anual total no reembolsable.

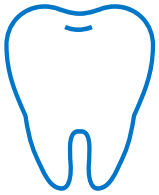
Cigna-HealthSpring siempre recomienda que continúe viendo a su médico de cabecera para toda su atención médica de rutina y la coordinación con todos los especialistas que necesite ver para su atención médica.

Si vive fuera del área de servicio por más de seis meses consecutivos, no podrá inscribirse en los planes de Cigna-HealthSpring.

¿PERDERÉ MI COBERTURA DE MEDICARE?

No, cuando usted tiene un plan Medicare Advantage, tenemos contrato con Medicare para brindarle Medicare Original más beneficios adicionales. Sin embargo, si su plan tiene una prima, y usted no puede pagarla, es probable que se le dé de baja del plan.

¿QUÉ ES LA COBERTURA DE ATENCIÓN DENTAL PREVENTIVA Y COMPLETA?



Servicios preventivos:

- Examen oral
- Radiografía de la boca completa y panorámica
- Radiografía de aleta de mordida
- Profilaxis (limpiezas)

Servicios completos:

- Servicios de restauración - empastes (cada 12 meses), coronas (cada 60 meses)
- Periodoncia - raspado y alisado radicular, desbridamiento total de la boca, mantenimiento
- Extracciones
- Prostodoncia – dentaduras (sólo removibles), parciales/ puentes (sólo removibles)
- Cirugía oral - remoción de diente impactado, cierre de fistula, cierre de perforación del tabique nasal, alveoloplastia, incisión y drenaje de absceso, escisión del tejido hiperplásico

La endodoncia no entra en cobertura.

PREGUNTAS DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS (PARTE D)

¿Qué es un formulario?

Es una lista de los medicamentos que cubre un plan.

¿Qué es un nivel de medicamento?

Un nivel de medicamento es un grupo de medicamentos dentro del formulario que están sujetos al mismo monto de costo compartido.

¿Qué es una autorización previa?

Una autorización previa es cuando el plan de atención médica requiere que la persona que le receta proporcione cierta información al plan de atención médica antes de que el medicamento se pueda procesar a través de su beneficio de seguro. Los requisitos de autorización previa son para ayudar a garantizar que los medicamentos se estén usando de manera segura y médicamente adecuada, y/o de manera rentable.

¿Qué es la terapia escalonada?

La terapia escalonada es cuando el plan de atención médica requiere que se prueben ciertos medicamentos alternativos de bajo costo antes de que el plan pague por un medicamento más caro.

¿Qué es el Límite de cobertura inicial en mi plan de medicamentos recetados y qué debo pagar?

El Límite de cobertura inicial es el gasto máximo en medicamentos permitido bajo la fase de Cobertura inicial. Una vez que el cliente de Medicare llega a su deducible anual (si aplica), entra a la fase de Cobertura inicial de su beneficio de medicamentos. Durante esta fase del beneficio de medicamentos, el plan paga una parte del costo y el cliente paga la parte del copago o coseguro que le corresponde. Cuando los costos totales en medicamentos del cliente llegan al Límite de cobertura inicial del plan, entonces el cliente entra a la fase del beneficio de medicamentos llamada periodo sin cobertura (lea la siguiente pregunta).

¿Qué es el periodo sin cobertura (hueco en la cobertura)?

TEl periodo sin cobertura o hueco en la cobertura se refiere a la fase en su cobertura de medicamentos cuando sus costos en medicamentos han excedido su límite de cobertura inicial pero aún no ha llegado a la fase de cobertura catastrófica.

¿Qué sucede cuando llego al hueco en la cobertura?

Después de que entra al hueco en la cobertura, usted paga el 45% del costo del plan por los medicamentos de marca y el 58% del costo del plan por los medicamentos genéricos hasta que el total de sus costos sea $4,850, que es el final del hueco en la cobertura. No todos entrarán al hueco en la cobertura. Los $3,310 es el costo total y consta del copago del cliente más los costos restantes que paga el plan. Los $4,850 es el costo anual en medicamentos no reembolsable y consta SÓLO de los copagos y el coseguro del cliente mientras está en las fases de Cobertura inicial y el Hueco en la cobertura.

PREGUNTAS DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS (PARTE D)

¿Qué es la cobertura catastrófica?

La cobertura catastrófica es la última fase de su beneficio de medicamentos que se refiere al punto cuando los costos de sus medicamentos recetados en el año calendario han alcanzado el nivel máximo determinado. Durante esta fase, el plan paga la mayoría de sus gastos en medicamentos. Usted sólo pagará $2.95 por los medicamentos genéricos y $7.40 por los medicamentos de marca, o 5 por ciento del costo total del medicamento, lo que sea más alto.

INSCRIPCIÓN

Puede inscribirse en Cigna-HealthSpring siguiendo 3 sencillos pasos:

1. Llenar la forma de inscripción adjunta.
2. Enviar la forma de inscripción llena a Cigna-HealthSpring usando el sobre adjunto con porte pagado.
3. Pase a la sección “Siguientes pasos” de su kit.

Una vez que se inscriba, recibirá por correo una tarjeta de identificación de Cigna-HealthSpring. Puede mostrar su tarjeta a sus médicos y profesionales de salud cuando necesite atención médica. Si necesita atención médica antes de que reciba su tarjeta de identificación, puede mostrar el “Recibo de solicitud” que se encuentra en la sección Inscripción de su kit.

1-866-625-2494 (TTY 711)
7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m.

CignaHealthSpring.com

Cigna HealthSpring®

Forma de solicitud de inscripción individual para el plan Medicare Advantage

☐ **Cliente nuevo** ☐ **Cambio de plan** ☐ **Seguimiento RFI**

Debe contar con la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Favor de marcar la opción de plan al que le gustaría inscribirse (elija sólo una en base a lugar en el que viva – los condados se encuentran al reverso de esta forma):

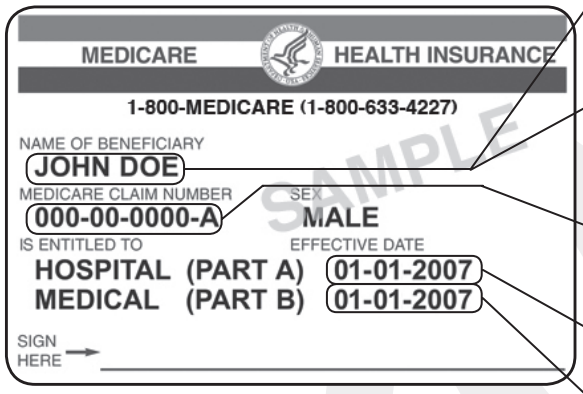
Plan Medicare Advantage (HMO) con un beneficio de medicamentos de la Parte D:

☐ Cigna-HealthSpring Preferred (HMO) H0439-001 $0.00 por mes

☐ Prima adicional Encore opción 1 $6.10 ☐ Prima adicional Encore opción 2 $29.40

Favor de darnos su información de seguro de Medicare

Por favor tenga a la mano su tarjeta Medicare roja, blanca y azul para llenar esta sección – **o** – adjunte una copia de su carta del Seguro Social o de la Junta de retiro ferroviario.



Apellido

Nombre **ISN** **Sufijo**

Número de reclamo de Medicare

tiene derecho a

Hospital (Parte A) **Fecha de entrada en vigencia**

Servicios médicos (Parte B)

Por favor ANOTE la siguiente información

Fecha de nacimiento

Sexo
☐ Masculino
☐ Femenino

Teléfono de casa - -

DOMICILIO PERMANENTE (no está permitido el P.O. Box):

Número de unidad

Ciudad **Estado** **Código postal** **Condado**

Elija correo electrónico en vez de correo postal para recibir información importante del plan como: Aviso anual de cambios, Directorio de proveedores, Lista de medicamentos, Evidencia de cobertura, Aviso de prácticas de privacidad y Boletín normativo.

Correo electrónico

Por favor elija una o ambas opciones.

☐ Sí, envíenme información importante sobre el plan.

☐ Sí, envíenme artículos y consejos útiles sobre cómo tener una vida saludable, la revista "Más de la vida", encuestas e información general.

Inscripción

NÚMERO DE RECLAMO DE MEDICARE DEL SOLICITANTE: _____

Por favor ANOTE la siguiente información (sólo si es diferente al domicilio permanente)

Domicilio postal
(Sólo puede poner un P.O. Box para el domicilio postal):

Ciudad **Estado** **Código postal**

Por favor envíenme información del plan y actualizaciones al siguiente correo electrónico:

Médico de cabecera (PCP), clínica o centro de salud

Consulte la página de internet del plan o el Directorio de proveedores para elegir.

Nombre completo del PCP

ID del proveedor/PCP: Anote 10 u 11 dígitos de la ID del PCP exactamente como aparece en la página de internet o el directorio. Incluya los ceros, pero no los guiones. (Para la ID de 10 dígitos, deje el último espacio en blanco).

ID del proveedor/PCP

¿Actualmente acude o acudió hace poco con este doctor? ☐ **Sí** ☐ **No**

Contacto en caso de emergencia

Nombre del contacto en caso de emergencia: _____

Teléfono: _____ Relación con usted: _____

Pago de la prima de su plan

Si usted paga una prima mensual por el plan (o si tiene una multa por inscripción tardía) necesitamos saber de qué manera prefiere pagarla. Puede pagar por correo o por transferencia electrónica de fondos (EFT) cada mes. Puede también elegir hacer su pago por deducción automática de su cheque del Seguro Social o de la Junta de retiro ferroviario (RRB) cada mes. En caso de que se le evalúe una cantidad de ajuste mensual (IRMAA) relacionada con el ingreso de la Parte D, recibirá una notificación de la Administración del Seguro Social. Tendrá la responsabilidad de pagar esa cantidad extra además de la prima del plan. Podrá elegir ya sea 1) que se lo deduzcan del cheque del Seguro Social o 2) que Medicare o la RRB se lo cobre directamente. **NO PAGUE la Parte D-IRMAA a Cigna-HealthSpring.**

Si usted tiene ingresos limitados, es posible que califique para recibir ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados. Si usted es elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluyendo las primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguros. Además, si califica, no estará sujeto al hueco en la cobertura o a la multa por inscripción tardía a Medicare. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y no lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina de Seguro Social local o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Puede también aplicar para ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

NÚMERO DE RECLAMO DE MEDICARE DEL SOLICITANTE: _____

Pago de la prima de su plan (continuación)

Si califica para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados, Medicare pagará todo o parte de su prima del plan. Si Medicare paga sólo una porción de esta prima, le enviaremos la cuenta por la cantidad que no cubra Medicare.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá la cuenta cada mes por la cantidad que Medicare no cubre.

Por favor seleccione una opción de pago de la prima

☐ **Deducción automática de su cheque de beneficio del Seguro Social** O **deducción automática de su cheque de beneficio de la Junta de retiro ferroviario**
La deducción del Seguro Social/Junta de retiro ferroviario tardará dos o más meses en aplicarse. Dependiendo de la fecha en la que se procese su inscripción, puede recibir una factura por la prima para el primer mes que se inscriba. Si el Seguro social o la Junta de retiro ferroviario acepta su solicitud para la deducción, la deducción de su cheque de beneficios puede tardar varios meses en aplicarse. Una vez aprobada, su prima mensual la deducirá el SSA. Por lo tanto, seguirá recibiendo una cuenta impresa por las primas de los meses anteriores que deba. En caso de que el Seguro Social/Junta de retiro ferroviario no apruebe su solicitud de deducción automática, le enviaremos una cuenta impresa para el pago de sus primas mensuales.

☐ **Transferencia electrónica de fondos (EFT) de una cuenta de cheques o ahorro**
Información de la cuenta de cheques o ahorro (Sólo llene esta sección si seleccionó Transferencia electrónica de fondos de una cuenta de cheques o ahorro como su opción de pago). Por favor consulte la página de instrucciones para ver el ejemplo del cheque.

Nombre del banco

Número de "routing"

Número de cuenta bancaria

☐ **Recibir una factura** Si no selecciona una opción de pago, recibirá la cuenta/pago/libro/cupón cada mes.

Favor de leer y responder las siguientes preguntas

1. ¿Sufre de una Enfermedad renal en fase terminal (ESRD)? ☐ **Sí** ☐ **No**

Favor de adjuntar una nota o los registros de su médico si:
-Se le practicó con éxito un trasplante de riñón -No necesita de diálisis regular
De lo contrario es posible que le llamemos si no adjunta esta información.

Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluyendo otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios de atención médica federal para el empleado, beneficios VA o programas de asistencia farmacéutica estatales.

2. ¿Contará usted con otra cobertura de medicamentos recetados además de la de este plan para el que está solicitando la inscripción? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si la respuesta es "Sí", por favor indique el nombre de la otra cobertura y su número de identificación para dicha cobertura, mismo que está en su tarjeta de identificación:

Nombre de la otra cobertura

Número de identificación para esta cobertura

Número de grupo para esta cobertura

Rx BIN

Rx PCN

Teléfono - -

Fecha de entrada en vigencia

NÚMERO DE RECLAMO DE MEDICARE DEL SOLICITANTE: _____

Favor de leer y responder las siguientes preguntas (continuación)

3. **Una vez inscrito (a), ¿tendrá otra cobertura de atención médica donde usted sea el subscriptor o tenga cobertura como cónyuge/dependiente?** ☐ **Sí** ☐ **No**

Número de identificación para esta cobertura

Teléfono de casa ___ - ___ - ____

Nombre de la aseguradora

Número de póliza

Dirección de la aseguradora

Ciudad

Estado **Código postal** ____ - ____

4. **¿Su otra cobertura incluye cobertura de medicamentos recetados?** ☐ **Sí** ☐ **No**

5. **¿Vive usted en un centro de atención médica de largo plazo, como un asilo?** ☐ **Sí** ☐ **No**

Si la respuesta fue "Sí", nombre del centro

Dirección

Ciudad

Estado **Código postal** ____ - ____

Teléfono de casa ___ - ___ - ____

Fecha de admisión al centro

6. **¿Está usted inscrito(a) en un programa estatal de Medicaid?** ☐ **Sí** ☐ **No**

Si la respuesta fue **Sí**, favor de dar su número de Medicaid

Otros idiomas o formatos

Por favor marque en las casillas de abajo si le gustaría que le enviáramos su información en:

☐ **Español**
☐ **Braille**
☐ **Impresión en letra grande**

Si necesita información en otro idioma o formato, favor de llamar a Cigna-HealthSpring al 1-800-668-3813 (TTY 711), 7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m.

ALTO **Favor de leer la siguiente información importante**

En caso de que cuente con un seguro de atención médica que le dé su empleador o de algún sindicato, el inscribirse en Cigna-HealthSpring podría afectar los beneficios que recibe de su empleador o sindicato. Si se inscribe en Cigna-HealthSpring, podría perder la cobertura de atención médica que le dé su empleador o sindicato. Lea todos los avisos que le envíe su empleador o sindicato. Si tiene alguna duda, visite su página de Internet, o póngase con contacto con la oficina que se mencione en dichos avisos. En caso de que no se presente información de contacto, puede pedir ayuda al administrador de los beneficios o a la oficina que responda a sus preguntas sobre cobertura. Para inscribirse en un Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad, debe ser elegible para el programa Medicaid de su estado. Para inscribirse en un Plan de necesidades especiales para condiciones crónicas, Medicare requiere que verifiquemos su condición crónica. Nos pondremos en contacto con el consultorio de su doctor para verificar su condición.

Favor de leer y firmar abajo

Al llenar esta solicitud de inscripción, acuerdo lo siguiente: Cigna-HealthSpring es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Deberé de conservar las Partes A y B de Medicare. Sólo puedo contar con un Plan Medicare Advantage a la vez. Entiendo que, al registrarme en este plan, se dará por terminado de manera automática mi registro en cualquier otro plan de atención médica o de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informarle a Cigna-HealthSpring sobre cualquier seguro de medicamentos recetados que tenga o pueda tener en el futuro. La inscripción a este plan tiene, por lo general, una vigencia de un año. Una vez que me registre, podré dejar el plan o hacer cambios sólo en ciertas fechas del año en que un período de inscripción esté disponible. (Por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales. Cigna-HealthSpring ofrece sus servicios en un área específica. Si me mudo fuera del área de servicio de Cigna-HealthSpring, debo notificar al plan para que me puedan dar de baja y encontrar un plan en el área a donde me mude. Una vez que sea miembro de Cigna-HealthSpring, tendré el derecho de apelar las decisiones del plan sobre los pagos y servicios, en caso de que no esté de acuerdo. Leeré la Evidencia de cobertura de Cigna-HealthSpring en cuanto la reciba con el fin de familiarizarme con las reglas que debo seguir para recibir la cobertura de este plan Medicare Advantage. Entiendo que los beneficiarios de Medicare, por lo general, no cuentan con cobertura de Medicare cuando se encuentran fuera del país, a excepción de una cobertura limitada cuando están cerca de la frontera con los EE.UU.
Para planes no PPO: Entiendo que a partir del día en que inicia mi cobertura con Cigna-HealthSpring, deberé recibir toda la atención médica de Cigna-HealthSpring, a menos que se trate de alguna emergencia o atención médica urgente y servicios de diálisis fuera del área de servicio. Los servicios aprobados por Cigna-HealthSpring y otros servicios que se mencionan en el documento de Evidencia de cobertura de Cigna-HealthSpring (también conocido como el contrato del miembro o el contrato del subscriptor) estarán en cobertura. Sin aprobación, NI MEDICARE NI CIGNA-HEALTHSPRING PAGARÁN POR LOS SERVICIOS. Entiendo que si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, un agente de seguros u otra persona que sea empleado(a) o esté contratado(a) por Cigna-HealthSpring, es posible que esa persona reciba un pago por inscribirme a Cigna-HealthSpring. Liberación de información: Al inscribirme en este plan de atención médica de Medicare, reconozco que Cigna-HealthSpring revelará mi información a Medicare y a otros planes, siempre que sea necesario, para las operaciones de tratamiento, pago y atención médica. También reconozco que Cigna-HealthSpring dará mi información, incluyendo la información sobre los medicamentos que se me receten (si es aplicable), a Medicare, la cual podrá revelarla para investigación y otros propósitos, respetando siempre todos los estatutos y reglamentos Federales que sean aplicables. Hasta donde tengo conocimiento, toda la información que he proporcionado en esta solicitud de inscripción es correcta. Entiendo que si doy información falsa intencionalmente, se me dará de baja del plan. Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi representación de conformidad con las leyes del estado en donde vivo) en esta solicitud, significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. En caso de que el documento lleve la firma de una persona autorizada (según lo que se definió antes), dicha firma certifica que: 1) la persona cuenta con la autorización de la Ley Estatal para realizar esta inscripción, y 2) los documentos que respaldan esta autorización están disponibles bajo solicitud de Medicare.

Firma del solicitante/cliente/representante autorizado	**Fecha de hoy**
_____	| | | | | | | | | |

Los beneficiarios de Medicare pueden inscribirse en Cigna-HealthSpring a través del Centro de inscripción en línea de los Centros para servicios de Medicare y Medicaid en www.medicare.gov. Para más información, llame a Cigna-HealthSpring al 1-800-668-3813 (TTY 711), 7 días de la semana, 8 a.m. - 8 p.m.

NÚMERO DE RECLAMO DE MEDICARE DEL SOLICITANTE: _____

NOTA PARA LOS AGENTES: Esta área se debe llenar completamente para evitar retrasos o negativas de la solicitud.

Si es usted el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información

Apellido **Nombre**

Dirección

Ciudad **Estado** **Código postal** -

Teléfono de casa - - **Relación con el solicitante**

Para uso exclusivo del agente

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura
- 01 - 2016
(Debe ser después de la fecha de la firma del solicitante que está en la página 3)

☐ **ICEP** MA o MAPD ☐ **IEP** PDP o MAPD ☐ **AEP** ☐ **OEPI** ☐ **SEP**

Código SEP (Requerido si se seleccion SEP)

Fecha de SEP

Número de ID del agente/representante de ventas autorizado **Fecha de la firma del agente** - -

Nombre del agente/representante de ventas autorizado

Teléfono del agente de ventas autorizado - - **Número de ID del alcance de cita**

Tipo de cita

NÚMERO DE RECLAMO DE MEDICARE DEL SOLICITANTE: _____

POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE

Generalmente, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage sólo durante el Periodo de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año). Hay condiciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage durante un Periodo de inscripción especial fuera del Periodo de inscripción anual.

Esta página no se requiere durante el Periodo de inscripción anual.

Código SEP		**Por favor, lea con atención las siguientes declaraciones.** Marque la casilla de la declaración que aplique en su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas usted estará afirmando, que hasta donde tiene conocimiento, es usted elegible para un Periodo de inscripción especial. Si después determinamos que esa información es incorrecta, se le podría dar de baja del programa.
☐	**NEW**	Soy nuevo en Medicare
☐	**HLP**	Recibo Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
☐	**MDE**	Cuento tanto con Medicare como con Medicaid; o el Estado me ayuda a pagar las primas de Medicare.
☐	**MOV**	Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual; o, recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (anotar fecha) _____.
☐	**LEC**	Estoy dejando la cobertura de un empleador o sindicato el (anotar fecha) _____.
☐	**SNP**	Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP) pero dejé de calificar para estar en ese plan. Me dieron de baja del plan SNP el (anotar fecha) _____.
☐	**LTC**	Me estoy mudando, vivo en, o recientemente me mudé de un Centro de atención médica a largo plazo (por ejemplo: un asilo). Me mudé/me mudaré a/del centro el (anotar fecha) _____.
☐	**LCC**	Recientemente perdí de manera involuntaria mi cobertura de medicamentos recetados acreditable (cobertura equivalente a la de Medicare) el (anotar fecha) _____.
☐	**PAP**	Pertenezco a un programa de ayuda farmacéutica que brinda mi estado.
☐	**NLS**	Ya no califico para recibir ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Dejé de recibir ayuda adicional el (anotar fecha) _____.
☐	**RUS**	Recientemente regresé a Estados Unidos después de haber vivido permanentemente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el (anotar fecha) _____.
☐	**PAC**	Recientemente dejé un programa PACE el (anotar fecha)_____.
☐	**TOP**	Mi plan está finalizando su contrato con Medicare; o, Medicare está finalizando su contrato con mi plan.

Si ninguna de estas declaraciones aplica en su caso, o no está seguro(a), favor de llamar a Cigna-HealthSpring al 1-800-668-3813 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si son elegibles para inscribirse. Atendemos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

Áreas de servicio del plan

Cada plan está disponible en los condados que se mencionan a continuación:

Cigna-HealthSpring Preferred (HMO) H0439-001	Baldwin, Banks, Barrow, Bartow, Butts, Chattooga, Cherokee, Clarke, Clayton, Cobb, Coweta, Dawson, DeKalb, Douglas, Elbert, Fayette, Floyd, Forsyth, Franklin, Fulton, Gordon, Greene, Gwinnett, Habersham, Hall, Hart, Henry, Jackson, Jasper, Lamar, Lumpkin, Madison, Morgan, Newton, Oconee, Oglethorpe, Paulding, Pickens, Pike, Polk, Putnam, Rabun, Rockdale, Spalding, Stephens, Walton, White, Wilkes

2016

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Cigna-HealthSpring tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato. © 2015 Cigna.

Cigna HealthSpring®

Forma de solicitud de inscripción individual para el plan Medicare Advantage

☐ **Cliente nuevo** ☐ **Cambio de plan** ☐ **Seguimiento RFI**

Debe contar con la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Favor de marcar la opción de plan al que le gustaría inscribirse (elija sólo una en base a lugar en el que viva – los condados se encuentran al reverso de esta forma):

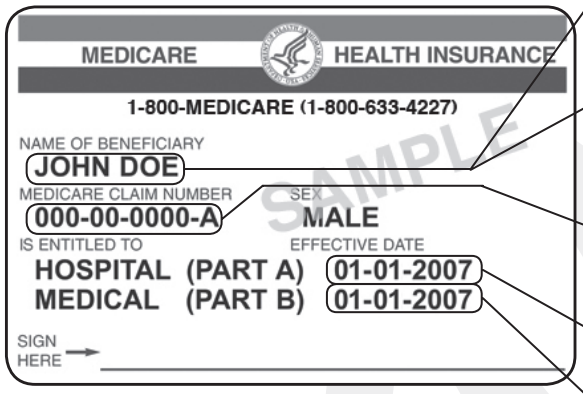
Plan Medicare Advantage (HMO) con un beneficio de medicamentos de la Parte D:

☐ Cigna-HealthSpring Preferred (HMO) H0439-001 $0.00 por mes

☐ Prima adicional Encore opción 1 $6.10 ☐ Prima adicional Encore opción 2 $29.40

Favor de darnos su información de seguro de Medicare

Por favor tenga a la mano su tarjeta Medicare roja, blanca y azul para llenar esta sección – **o** – adjunte una copia de su carta del Seguro Social o de la Junta de retiro ferroviario.



Apellido

Nombre **ISN** **Sufijo**

Número de reclamo de Medicare

tiene derecho a

Hospital (Parte A) **Fecha de entrada en vigencia**

Servicios médicos (Parte B)

Por favor ANOTE la siguiente información

Fecha de nacimiento

Sexo
☐ Masculino
☐ Femenino

Teléfono de casa

DOMICILIO PERMANENTE (no está permitido el P.O. Box):

Número de unidad

Ciudad **Estado** **Código postal** **Condado**

Elija correo electrónico en vez de correo postal para recibir información importante del plan como: Aviso anual de cambios, Directorio de proveedores, Lista de medicamentos, Evidencia de cobertura, Aviso de prácticas de privacidad y Boletín normativo.

Correo electrónico

Por favor elija una o ambas opciones.

☐ Sí, envíenme información importante sobre el plan.

☐ Sí, envíenme artículos y consejos útiles sobre cómo tener una vida saludable, la revista "Más de la vida", encuestas e información general.

Inscripción

NÚMERO DE RECLAMO DE MEDICARE DEL SOLICITANTE: _____

Por favor ANOTE la siguiente información (sólo si es diferente al domicilio permanente)

Domicilio postal
(Sólo puede poner un P.O. Box para el domicilio postal):

Ciudad **Estado** **Código postal**

Por favor envíenme información del plan y actualizaciones al siguiente correo electrónico:

Médico de cabecera (PCP), clínica o centro de salud

Consulte la página de internet del plan o el Directorio de proveedores para elegir.

Nombre completo del PCP

ID del proveedor/PCP: Anote 10 u 11 dígitos de la ID del PCP exactamente como aparece en la página de internet o el directorio. Incluya los ceros, pero no los guiones. (Para la ID de 10 dígitos, deje el último espacio en blanco).

ID del proveedor/PCP

¿Actualmente acude o acudió hace poco con este doctor? ☐ **Sí** ☐ **No**

Contacto en caso de emergencia

Nombre del contacto en caso de emergencia: _____

Teléfono: _____ Relación con usted: _____

Pago de la prima de su plan

Si usted paga una prima mensual por el plan (o si tiene una multa por inscripción tardía) necesitamos saber de qué manera prefiere pagarla. Puede pagar por correo o por transferencia electrónica de fondos (EFT) cada mes. Puede también elegir hacer su pago por deducción automática de su cheque del Seguro Social o de la Junta de retiro ferroviario (RRB) cada mes. En caso de que se le evalúe una cantidad de ajuste mensual (IRMAA) relacionada con el ingreso de la Parte D, recibirá una notificación de la Administración del Seguro Social. Tendrá la responsabilidad de pagar esa cantidad extra además de la prima del plan. Podrá elegir ya sea 1) que se lo deduzcan del cheque del Seguro Social o 2) que Medicare o la RRB se lo cobre directamente. **NO PAGUE la Parte D-IRMAA a Cigna-HealthSpring.**

Si usted tiene ingresos limitados, es posible que califique para recibir ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados. Si usted es elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluyendo las primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguros. Además, si califica, no estará sujeto al hueco en la cobertura o a la multa por inscripción tardía a Medicare. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y no lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina de Seguro Social local o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Puede también aplicar para ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

NÚMERO DE RECLAMO DE MEDICARE DEL SOLICITANTE: _____

Pago de la prima de su plan (continuación)

Si califica para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados, Medicare pagará todo o parte de su prima del plan. Si Medicare paga sólo una porción de esta prima, le enviaremos la cuenta por la cantidad que no cubra Medicare.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá la cuenta cada mes por la cantidad que Medicare no cubre.

Por favor seleccione una opción de pago de la prima

☐ **Deducción automática de su cheque de beneficio del Seguro Social** O **deducción automática de su cheque de beneficio de la Junta de retiro ferroviario**
La deducción del Seguro Social/Junta de retiro ferroviario tardará dos o más meses en aplicarse. Dependiendo de la fecha en la que se procese su inscripción, puede recibir una factura por la prima para el primer mes que se inscriba. Si el Seguro social o la Junta de retiro ferroviario acepta su solicitud para la deducción, la deducción de su cheque de beneficios puede tardar varios meses en aplicarse. Una vez aprobada, su prima mensual la deducirá el SSA. Por lo tanto, seguirá recibiendo una cuenta impresa por las primas de los meses anteriores que deba. En caso de que el Seguro Social/Junta de retiro ferroviario no apruebe su solicitud de deducción automática, le enviaremos una cuenta impresa para el pago de sus primas mensuales.

☐ **Transferencia electrónica de fondos (EFT) de una cuenta de cheques o ahorro**
Información de la cuenta de cheques o ahorro (Sólo llene esta sección si seleccionó Transferencia electrónica de fondos de una cuenta de cheques o ahorro como su opción de pago). Por favor consulte la página de instrucciones para ver el ejemplo del cheque.

Nombre del banco

Número de "routing"

Número de cuenta bancaria

☐ **Recibir una factura** Si no selecciona una opción de pago, recibirá la cuenta/pago/libro/cupón cada mes.

Favor de leer y responder las siguientes preguntas

1. ¿Sufre de una Enfermedad renal en fase terminal (ESRD)? ☐ **Sí** ☐ **No**

Favor de adjuntar una nota o los registros de su médico si:
-Se le practicó con éxito un trasplante de riñón -No necesita de diálisis regular
De lo contrario es posible que le llamemos si no adjunta esta información.

Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluyendo otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios de atención médica federal para el empleado, beneficios VA o programas de asistencia farmacéutica estatales.

2. ¿Contará usted con otra cobertura de medicamentos recetados además de la de este plan para el que está solicitando la inscripción? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si la respuesta es "Sí", por favor indique el nombre de la otra cobertura y su número de identificación para dicha cobertura, mismo que está en su tarjeta de identificación:

Nombre de la otra cobertura

Número de identificación para esta cobertura

Número de grupo para esta cobertura

Rx BIN

Rx PCN

Teléfono - -

Fecha de entrada en vigencia

Favor de leer y responder las siguientes preguntas (continuación)

3. **Una vez inscrito (a), ¿tendrá otra cobertura de atención médica donde usted sea el subscriptor o tenga cobertura como cónyuge/dependiente?** ☐ **Sí** ☐ **No**

Número de identificación para esta cobertura

Teléfono de casa ___ - ___ - ____

Nombre de la aseguradora

Número de póliza

Dirección de la aseguradora

Ciudad

Estado **Código postal** ____ - ____

4. **¿Su otra cobertura incluye cobertura de medicamentos recetados?** ☐ **Sí** ☐ **No**

5. **¿Vive usted en un centro de atención médica de largo plazo, como un asilo?** ☐ **Sí** ☐ **No**

Si la respuesta fue "Sí", nombre del centro

Dirección

Ciudad

Estado **Código postal** ____ - ____

Teléfono de casa ___ - ___ - ____

Fecha de admisión al centro

6. **¿Está usted inscrito(a) en un programa estatal de Medicaid?** ☐ **Sí** ☐ **No**

Si la respuesta fue **Sí**, favor de dar su número de Medicaid

Otros idiomas o formatos

Por favor marque en las casillas de abajo si le gustaría que le enviáramos su información en:

☐ **Español**
☐ **Braille**
☐ **Impresión en letra grande**

Si necesita información en otro idioma o formato, favor de llamar a Cigna-HealthSpring al 1-800-668-3813 (TTY 711), 7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m.

ALTO **Favor de leer la siguiente información importante**

En caso de que cuente con un seguro de atención médica que le dé su empleador o de algún sindicato, el inscribirse en Cigna-HealthSpring podría afectar los beneficios que recibe de su empleador o sindicato. Si se inscribe en Cigna-HealthSpring, podría perder la cobertura de atención médica que le dé su empleador o sindicato. Lea todos los avisos que le envíe su empleador o sindicato. Si tiene alguna duda, visite su página de Internet, o póngase con contacto con la oficina que se mencione en dichos avisos. En caso de que no se presente información de contacto, puede pedir ayuda al administrador de los beneficios o a la oficina que responda a sus preguntas sobre cobertura. Para inscribirse en un Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad, debe ser elegible para el programa Medicaid de su estado. Para inscribirse en un Plan de necesidades especiales para condiciones crónicas, Medicare requiere que verifiquemos su condición crónica. Nos pondremos en contacto con el consultorio de su doctor para verificar su condición.

Favor de leer y firmar abajo

Al llenar esta solicitud de inscripción, acuerdo lo siguiente: Cigna-HealthSpring es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Deberé de conservar las Partes A y B de Medicare. Sólo puedo contar con un Plan Medicare Advantage a la vez. Entiendo que, al registrarme en este plan, se dará por terminado de manera automática mi registro en cualquier otro plan de atención médica o de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informarle a Cigna-HealthSpring sobre cualquier seguro de medicamentos recetados que tenga o pueda tener en el futuro. La inscripción a este plan tiene, por lo general, una vigencia de un año. Una vez que me registre, podré dejar el plan o hacer cambios sólo en ciertas fechas del año en que un período de inscripción esté disponible. (Por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales. Cigna-HealthSpring ofrece sus servicios en un área específica. Si me mudo fuera del área de servicio de Cigna-HealthSpring, debo notificar al plan para que me puedan dar de baja y encontrar un plan en el área a donde me mude. Una vez que sea miembro de Cigna-HealthSpring, tendré el derecho de apelar las decisiones del plan sobre los pagos y servicios, en caso de que no esté de acuerdo. Leeré la Evidencia de cobertura de Cigna-HealthSpring en cuanto la reciba con el fin de familiarizarme con las reglas que debo seguir para recibir la cobertura de este plan Medicare Advantage. Entiendo que los beneficiarios de Medicare, por lo general, no cuentan con cobertura de Medicare cuando se encuentran fuera del país, a excepción de una cobertura limitada cuando están cerca de la frontera con los EE.UU.
Para planes no PPO: Entiendo que a partir del día en que inicia mi cobertura con Cigna-HealthSpring, deberé recibir toda la atención médica de Cigna-HealthSpring, a menos que se trate de alguna emergencia o atención médica urgente y servicios de diálisis fuera del área de servicio. Los servicios aprobados por Cigna-HealthSpring y otros servicios que se mencionan en el documento de Evidencia de cobertura de Cigna-HealthSpring (también conocido como el contrato del miembro o el contrato del subscriptor) estarán en cobertura. Sin aprobación, NI MEDICARE NI CIGNA-HEALTHSPRING PAGARÁN POR LOS SERVICIOS. Entiendo que si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, un agente de seguros u otra persona que sea empleado(a) o esté contratado(a) por Cigna-HealthSpring, es posible que esa persona reciba un pago por inscribirme a Cigna-HealthSpring. Liberación de información: Al inscribirme en este plan de atención médica de Medicare, reconozco que Cigna-HealthSpring revelará mi información a Medicare y a otros planes, siempre que sea necesario, para las operaciones de tratamiento, pago y atención médica. También reconozco que Cigna-HealthSpring dará mi información, incluyendo la información sobre los medicamentos que se me receten (si es aplicable), a Medicare, la cual podrá revelarla para investigación y otros propósitos, respetando siempre todos los estatutos y reglamentos Federales que sean aplicables. Hasta donde tengo conocimiento, toda la información que he proporcionado en esta solicitud de inscripción es correcta. Entiendo que si doy información falsa intencionalmente, se me dará de baja del plan. Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi representación de conformidad con las leyes del estado en donde vivo) en esta solicitud, significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. En caso de que el documento lleve la firma de una persona autorizada (según lo que se definió antes), dicha firma certifica que: 1) la persona cuenta con la autorización de la Ley Estatal para realizar esta inscripción, y 2) los documentos que respaldan esta autorización están disponibles bajo solicitud de Medicare.

Firma del solicitante/cliente/representante autorizado	**Fecha de hoy**
_____	| | | | | | | | | |

NÚMERO DE RECLAMO DE MEDICARE DEL SOLICITANTE: _____

NOTA PARA LOS AGENTES: Esta área se debe llenar completamente para evitar retrasos o negativas de la solicitud.

Si es usted el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información

Apellido **Nombre**

Dirección

Ciudad **Estado** **Código postal**

Teléfono de casa **Relación con el solicitante**

Para uso exclusivo del agente

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura

- 01 - 2016

(Debe ser después de la fecha de la firma del solicitante que está en la página 3)

☐ **ICEP** MA o MAPD ☐ **IEP** PDP o MAPD ☐ **AEP** ☐ **OEPI** ☐ **SEP**

Código SEP (Requerido si se seleccion SEP)

Fecha de SEP

Número de ID del agente/representante de ventas autorizado

Fecha de la firma del agente - -

Nombre del agente/representante de ventas autorizado

Teléfono del agente de ventas autorizado - -

Número de ID del alcance de cita

Tipo de cita

NÚMERO DE RECLAMO DE MEDICARE DEL SOLICITANTE: _____

POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE

Generalmente, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage sólo durante el Periodo de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año). Hay condiciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage durante un Periodo de inscripción especial fuera del Periodo de inscripción anual.

Esta página no se requiere durante el Periodo de inscripción anual.

Código SEP		**Por favor, lea con atención las siguientes declaraciones.** Marque la casilla de la declaración que aplique en su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas usted estará afirmando, que hasta donde tiene conocimiento, es usted elegible para un Periodo de inscripción especial. Si después determinamos que esa información es incorrecta, se le podría dar de baja del programa.
☐	**NEW**	Soy nuevo en Medicare
☐	**HLP**	Recibo Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
☐	**MDE**	Cuento tanto con Medicare como con Medicaid; o el Estado me ayuda a pagar las primas de Medicare.
☐	**MOV**	Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual; o, recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (anotar fecha) _____.
☐	**LEC**	Estoy dejando la cobertura de un empleador o sindicato el (anotar fecha) _____.
☐	**SNP**	Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP) pero dejé de calificar para estar en ese plan. Me dieron de baja del plan SNP el (anotar fecha) _____.
☐	**LTC**	Me estoy mudando, vivo en, o recientemente me mudé de un Centro de atención médica a largo plazo (por ejemplo: un asilo). Me mudé/me mudaré a/del centro el (anotar fecha) _____.
☐	**LCC**	Recientemente perdí de manera involuntaria mi cobertura de medicamentos recetados acreditable (cobertura equivalente a la de Medicare) el (anotar fecha) _____.
☐	**PAP**	Pertenezco a un programa de ayuda farmacéutica que brinda mi estado.
☐	**NLS**	Ya no califico para recibir ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Dejé de recibir ayuda adicional el (anotar fecha) _____.
☐	**RUS**	Recientemente regresé a Estados Unidos después de haber vivido permanentemente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el (anotar fecha) _____.
☐	**PAC**	Recientemente dejé un programa PACE el (anotar fecha)_____.
☐	**TOP**	Mi plan está finalizando su contrato con Medicare; o, Medicare está finalizando su contrato con mi plan.

Si ninguna de estas declaraciones aplica en su caso, o no está seguro(a), favor de llamar a Cigna-HealthSpring al 1-800-668-3813 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si son elegibles para inscribirse. Atendemos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

Áreas de servicio del plan

Cada plan está disponible en los condados que se mencionan a continuación:

Cigna-HealthSpring Preferred (HMO) H0439-001	Baldwin, Banks, Barrow, Bartow, Butts, Chattooga, Cherokee, Clarke, Clayton, Cobb, Coweta, Dawson, DeKalb, Douglas, Elbert, Fayette, Floyd, Forsyth, Franklin, Fulton, Gordon, Greene, Gwinnett, Habersham, Hall, Hart, Henry, Jackson, Jasper, Lamar, Lumpkin, Madison, Morgan, Newton, Oconee, Oglethorpe, Paulding, Pickens, Pike, Polk, Putnam, Rabun, Rockdale, Spalding, Stephens, Walton, White, Wilkes

2016

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Cigna-HealthSpring tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato. © 2015 Cigna.

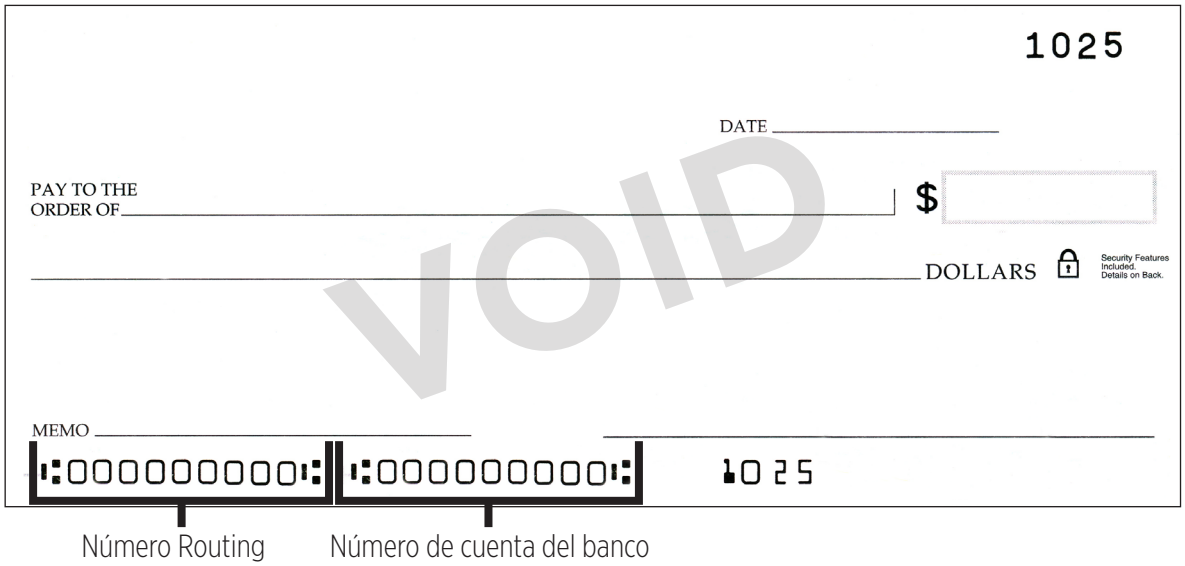
Forma de autorización de transferencia electrónica continua de Cigna-HealthSpring

Cigna HealthSpring®

SÓLO llene esta forma si desea que el pago de su prima se le deduzca automáticamente de su cuenta bancaria.

Nombre del cliente:		
Dirección		
Ciudad:	**Estado:**	**Código postal:**
Número "Routing":	**Número de cuenta del banco:**	

Adjuntar cheque anulado aquí:



Número Routing Número de cuenta del banco

Por este medio autorizo a Cigna Health and Life Insurance Company (mi patrocinador de plan de Cigna-HealthSpring) a que deduzca de la cuenta bancaria mencionada arriba el costo de mi prima mensual de Cigna-HealthSpring y/o el costo de mi prima mensual de plan suplementario opcional, y, si aplica, cualquier cantidad de multa por inscripción tardía que adeude. En caso de que la prima mensual que adeude sea menor que la cantidad de prima esperada, debido a que se haya hecho un pago de más, o algún otro ajuste, autorizo a Cigna Health and Life Insurance Company a deducir automáticamente de mi cuenta bancaria esa cantidad menor que adeude. Esta deducción automática debe pasar por el proceso de aprobación de mi banco; por lo tanto, entiendo que la primera deducción podría tomar varias semanas para procesarse. Una vez aprobada, esta deducción se hará aproximadamente el día 15 de cada mes y seguirá haciéndose por el tiempo que yo esté inscrito(a) en el plan de Cigna-HealthSpring o hasta que yo elija otro método de pago. Sin embargo, una vez que se empiecen a hacer las deducciones, es posible que se haga más de una deducción: La deducción será 1) Una deducción de la prima mensual actual; y 2) Una o más deducciones de las primas de meses anteriores en que estaba recibiendo cobertura de atención médica, pero no se hizo ningún retiro automático, ni ningún otro pago. Entiendo que esta autorización seguirá siendo válida sin importar si mi prima anual cambia en cualquier momento mientras esté inscrito, a menos que yo revoque de forma verbal o por escrito esta autorización.

Firma del titular de la cuenta:	**Fecha de hoy:**

Continúa en el reverso

INT_ 16_32954S 08052015

ENVÍE POR CORREO ESTA FORMA YA LLENA Y FIRMADA A:

Cigna-HealthSpring
Attn: MAS – Premium Billing
P.O. Box 20012
Nashville, TN 37202-9919

ASK FOR HELP IF NEEDED:

Llame al 1-866-952-7564
(Los usuarios de TTY/TDD llaman al: 711)
El Departamento de servicio al cliente está disponible del 1 de octubre al 14 de febrero, 8 a.m. – 8 p.m. hora local, 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre, de lunes a viernes, 8 a.m. – 8 p.m. hora local, sábado 8 a.m. – 6 p.m. hora local. Si llama los fines de semana, fuera del horario de servicio o un día festivo federal, entrará el servicio de contestadora automática).

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. This information is available for free in other languages. Please call our customer service number at 1-800-668-3813 (TTY 711), 7 days a week, 8 a.m. – 8 p.m. Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Por favor, llame a nuestro servicio al cliente al 1-800-668-3813 (TTY 711), 7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m. Cigna-HealthSpring tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato. © 2015 Cigna

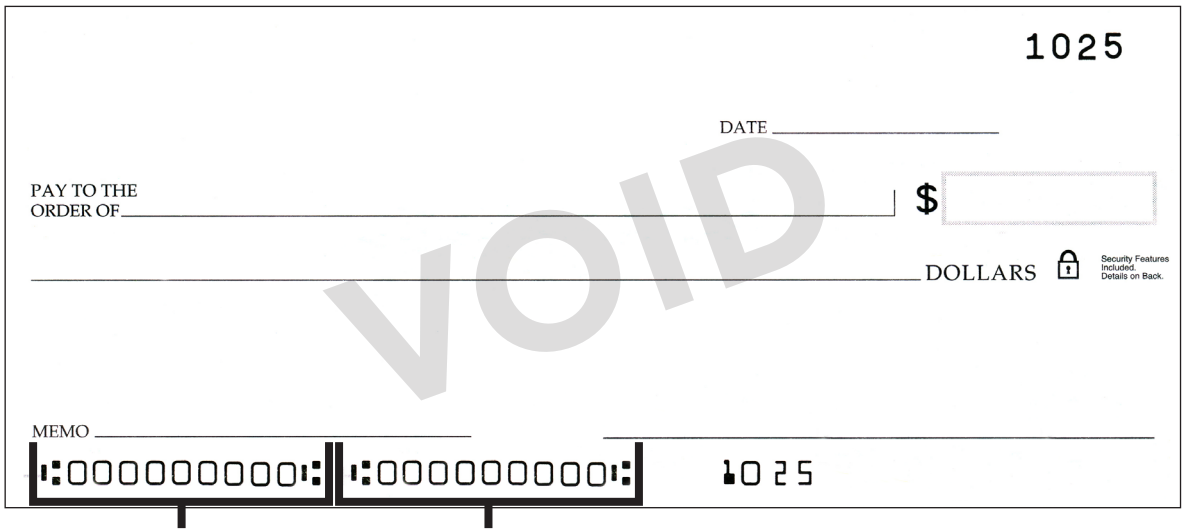
Forma de autorización de transferencia electrónica continua de Cigna-HealthSpring

Cigna HealthSpring®

SÓLO llene esta forma si desea que el pago de su prima se le deduzca automáticamente de su cuenta bancaria.

Nombre del cliente:		
Dirección		
Ciudad:	**Estado:**	**Código postal:**
Número "Routing":	**Número de cuenta del banco:**	

Adjuntar cheque anulado aquí:



Número Routing Número de cuenta del banco

Por este medio autorizo a Cigna Health and Life Insurance Company (mi patrocinador de plan de Cigna-HealthSpring) a que deduzca de la cuenta bancaria mencionada arriba el costo de mi prima mensual de Cigna-HealthSpring y/o el costo de mi prima mensual de plan suplementario opcional, y, si aplica, cualquier cantidad de multa por inscripción tardía que adeude. En caso de que la prima mensual que adeude sea menor que la cantidad de prima esperada, debido a que se haya hecho un pago de más, o algún otro ajuste, autorizo a Cigna Health and Life Insurance Company a deducir automáticamente de mi cuenta bancaria esa cantidad menor que adeude. Esta deducción automática debe pasar por el proceso de aprobación de mi banco; por lo tanto, entiendo que la primera deducción podría tomar varias semanas para procesarse. Una vez aprobada, esta deducción se hará aproximadamente el día 15 de cada mes y seguirá haciéndose por el tiempo que yo esté inscrito(a) en el plan de Cigna-HealthSpring o hasta que yo elija otro método de pago. Sin embargo, una vez que se empiecen a hacer las deducciones, es posible que se haga más de una deducción: La deducción será 1) Una deducción de la prima mensual actual; y 2) Una o más deducciones de las primas de meses anteriores en que estaba recibiendo cobertura de atención médica, pero no se hizo ningún retiro automático, ni ningún otro pago. Entiendo que esta autorización seguirá siendo válida sin importar si mi prima anual cambia en cualquier momento mientras esté inscrito, a menos que yo revoque de forma verbal o por escrito esta autorización.

Firma del titular de la cuenta:	**Fecha de hoy:**

Continúa en el reverso

INT_ 16_32954S 08052015

ENVÍE POR CORREO ESTA FORMA YA LLENA Y FIRMADA A:

Cigna-HealthSpring
Attn: MAS – Premium Billing
P.O. Box 20012
Nashville, TN 37202-9919

ASK FOR HELP IF NEEDED:

Llame al 1-866-952-7564
(Los usuarios de TTY/TDD llaman al: 711)
El Departamento de servicio al cliente está disponible del 1 de octubre al 14 de febrero, 8 a.m. – 8 p.m. hora local, 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre, de lunes a viernes, 8 a.m. – 8 p.m. hora local, sábado 8 a.m. – 6 p.m. hora local. Si llama los fines de semana, fuera del horario de servicio o un día festivo federal, entrará el servicio de contestadora automática).

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. This information is available for free in other languages. Please call our customer service number at 1-800-668-3813 (TTY 711), 7 days a week, 8 a.m. – 8 p.m. Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Por favor, llame a nuestro servicio al cliente al 1-800-668-3813 (TTY 711), 7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m. Cigna-HealthSpring tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato. © 2015 Cigna

RECIBO DE SOLICITUD

Cigna HealthSpring®

Éste es un recibo de solicitud para el plan de Cigna-HealthSpring. Si debe acudir con su doctor, después de su fecha de entrada en vigencia, pero aún no ha recibido su material de inscripción en Cigna-HealthSpring, favor de presentar esta confirmación y pedir que se llame a Cigna-HealthSpring para verificar la cobertura del cliente. Favor de dejar pasar cinco (5) días hábiles para el proceso de la solicitud.

Información del solicitante

Apellido **Nombre** **IN**

Fecha de nacimiento **Sexo** **Título**

☐ Masc. ☐ Fem. ☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta.

Número de teléfono de casa **Número de teléfono alterno**

Domicilio permanente (no está permitido el P.O. Box):

Número de departamento **Condado**

Ciudad **Estado** **Código postal**

Domicilio postal
(sólo si es diferente al domicilio permanente; sólo puede poner P.O. Box para el domicilio postal):

Ciudad **Estado** **Código postal**

Información del plan

Fecha de la solicitud **Fecha de entrada en vigencia** **Número de plan**

Nombre del plan

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Departamento de servicio al cliente al **1-800-668-3813 (TTY 711)**. Del 1 de octubre al 14 de febrero, 8:00 a.m. – 8:00 p.m. hora local, 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre, de lunes a viernes, 8:00 a.m. – 8:00 p.m. hora local, sábado 8:00 a.m. – 6:00 p.m. hora local. Si llama los fines de semana, fuera del horario de servicio o un día festivo federal, entrará el servicio de contestadora automática.

Certificado del agente (si es aplicable) _____

Cigna-HealthSpring tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato. © 2015 Cigna
INT_16_31928S 08052015

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc., HealthSpring of Tennessee, Inc., HealthSpring of Alabama, Inc., HealthSpring of Florida, Inc., Bravo Health Mid-Atlantic, Inc., y Bravo Health Pennsylvania, Inc. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number at 1-800-668-3813 (TTY 711), 7 days a week, 8 a.m. - 8 p.m. Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Por favor, llame a nuestro servicio al cliente al 1-800-668-3813 (TTY 711), 7 días de la semana, 8 a.m. - 8 p.m.

RECIBO DE SOLICITUD

Cigna HealthSpring®

Éste es un recibo de solicitud para el plan de Cigna-HealthSpring. Si debe acudir con su doctor, después de su fecha de entrada en vigencia, pero aún no ha recibido su material de inscripción en Cigna-HealthSpring, favor de presentar esta confirmación y pedir que se llame a Cigna-HealthSpring para verificar la cobertura del cliente. Favor de dejar pasar cinco (5) días hábiles para el proceso de la solicitud.

Información del solicitante

Apellido **Nombre** **IN**

Fecha de nacimiento **Sexo** **Título**

☐ Masc. ☐ Fem. ☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta.

Número de teléfono de casa **Número de teléfono alterno**

Domicilio permanente (no está permitido el P.O. Box):

Número de departamento **Condado**

Ciudad **Estado** **Código postal**

Domicilio postal
(sólo si es diferente al domicilio permanente; sólo puede poner P.O. Box para el domicilio postal):

Ciudad **Estado** **Código postal**

Información del plan

Fecha de la solicitud **Fecha de entrada en vigencia** **Número de plan**

Nombre del plan

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Departamento de servicio al cliente al **1-800-668-3813 (TTY 711)**. Del 1 de octubre al 14 de febrero, 8:00 a.m. – 8:00 p.m. hora local, 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre, de lunes a viernes, 8:00 a.m. – 8:00 p.m. hora local, sábado 8:00 a.m. – 6:00 p.m. hora local. Si llama los fines de semana, fuera del horario de servicio o un día festivo federal, entrará el servicio de contestadora automática.

Certificado del agente (si es aplicable) _____

Cigna-HealthSpring tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato. © 2015 Cigna
INT_16_31928S 08052015

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc., HealthSpring of Tennessee, Inc., HealthSpring of Alabama, Inc., HealthSpring of Florida, Inc., Bravo Health Mid-Atlantic, Inc., y Bravo Health Pennsylvania, Inc. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number at 1-800-668-3813 (TTY 711), 7 days a week, 8 a.m. - 8 p.m. Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Por favor, llame a nuestro servicio al cliente al 1-800-668-3813 (TTY 711), 7 días de la semana, 8 a.m. - 8 p.m.

SIGUIENTES PASOS

Después de llenar la forma de inscripción, la siguiente información le hará saber qué sucede a continuación.

Contigo paso a paso.®

Cigna HealthSpring®

1-866-625-2494 (TTY 711)
7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m.

CignaHealthSpring.com

¿QUÉ SUCEDE DESPUÉS?

CARTA DE CONFIRMACIÓN DE INSCRIPCIÓN

Se enviará de 2 a 3 semanas después de haber firmado su solicitud
Ésta es una carta para confirmar su solicitud de inscripción. Puede usar esta carta como prueba del seguro o de la cobertura de medicamentos recetados que puede mostrar a su doctor o farmacia hasta que reciba su tarjeta de identificación.

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

Se enviará de 2 a 3 semanas después de haber firmado su solicitud
Lleve esta tarjeta consigo cada vez que visite a su doctor, un especialista, su farmacia o el hospital. No necesitará su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare (guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro). **No puede usar su tarjeta de identificación hasta su fecha de entrada en vigencia. Por favor conserve su tarjeta de identificación en donde pueda encontrarla fácilmente cuando la necesite.**

KIT DE BIENVENIDA

Se enviará de 3 a 4 semanas después de haber firmado su solicitud
Este kit incluirá varios documentos que le darán más información sobre su nuevo plan de Cigna-HealthSpring. Estos documentos, como la *Evidencia de cobertura y el Directorio de proveedores y farmacias*, le darán detalles importantes sobre sus beneficios específicos del plan de Cigna-HealthSpring.

LLAMADA DE BIENVENIDA

Ésta es una llamada telefónica de Cigna-HealthSpring para explicarle sus beneficios. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de servicio al cliente al **1-800-668-3813**, del 1 de octubre al 14 de febrero, 8 a.m. – 8 p.m. hora local, 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre, de lunes a viernes, 8 a.m. – 8 p.m. hora local, sábado 8 a.m. – 6 p.m. hora local. Si llama los fines de semana, fuera del horario de servicio o un día festivo federal, entrará el servicio de contestadora automática.

DERECHOS Y PROTECCIONES

1-866-625-2494 (TTY 711)
7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m.

CignaHealthSpring.com

DERECHOS Y PROTECCIONES

No importa qué tipo de cobertura de Medicare tenga, usted tiene derechos y protecciones garantizados. Como persona con Medicare, usted tiene el derecho a:

- Ser tratado siempre con dignidad y respeto
- Ser protegido de la discriminación
- Tener acceso a médicos, especialistas y hospitales
- Recibir respuesta a sus preguntas sobre Medicare y Medicare Advantage
- Aprender sobre todas sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones del tratamiento
- Obtener información fácil de entender de Medicare, los proveedores de atención médica y contratistas
- Obtener atención médica de emergencia cuándo y dónde la necesite
- Recibir una decisión sobre el pago o los servicios de atención médica, o la cobertura de medicamentos recetados
- Obtener una revisión (apelación) de ciertas decisiones sobre el pago de la atención médica, la cobertura de servicios o la cobertura de medicamentos recetados
- Presentar quejas (en ocasiones llamadas reclamaciones), incluyendo quejas sobre la calidad de su atención médica
- Hacer que su información personal y de salud se mantenga en privado

También tiene protecciones incluidas en el programa Medicare Advantage:

- Todos los planes de atención médica en el programa Medicare están de acuerdo con permanecer con el programa por un año completo a la vez
- Si un plan decide continuar, el 30 de septiembre usted recibirá una carta para explicar los cambios del próximo año en el plan
- Incluso si un plan de atención médica administrada deja el programa, usted no perderá la cobertura de Medicare
- Si un plan decide no continuar, debe enviarle una carta al menos 90 días antes de que su cobertura termine
- La carta explicará sus opciones para la cobertura de atención médica en su área y le dará información sobre su derecho para obtener la cobertura de seguro suplementario de Medicare
- Puede elegir otro plan de atención médica, si está disponible uno, o puede recibir atención médica del plan Medicare Original

Apelaciones y quejas

- Tiene el derecho a una explicación de Cigna-HealthSpring sobre cualquier factura que reciba por los servicios no cubiertos por nuestro plan. Debemos informarle por escrito por qué no pagaremos o no aprobaremos un servicio y cómo puede presentar una apelación para pedirnos que cambiemos una decisión.

- Puede solicitar una apelación rápida (expedita) de Cigna-HealthSpring en caso de que un retraso pueda poner seriamente en peligro su salud. Cigna-HealthSpring debe tomar una decisión en las siguientes 72 horas.
- En relación con la Parte D, si su apelación está relacionada con una decisión nuestra para negar un medicamento que no esté en nuestra lista de medicamentos, su médico debe indicar que todos los medicamentos en cualquier nivel de nuestro formulario no serían tan efectivos para tratar su condición como el medicamento solicitado fuera del formulario, o que perjudicarían su salud. Toda esta información puede encontrarse en su *Evidencia de cobertura*.
- Las quejas son reclamaciones que no están relacionadas con las decisiones de cobertura o las reclamaciones de pagos.
- Las quejas a menudo están relacionadas con asuntos sobre la calidad de la atención médica o a los servicios del proveedor.
- Cigna-HealthSpring debe decirle por escrito cómo presentar una queja si tiene algún un problema.
- En relación con la Parte D, cualquier queja o disputa, que no involucre una determinación de cobertura, y que exprese insatisfacción con cualquier aspecto de las operaciones, actividades o comportamiento de un patrocinador del plan de la Parte D, sin importar si se solicitó la acción correctiva. Una queja también puede incluir una reclamación de que un patrocinador del plan de la Parte D rechazó acelerar una determinación de cobertura o una redeterminación.

Ejemplo de quejas incluyen:

- Calidad de la atención médica, tiempos de espera para las citas, limpieza del consultorio o condición del consultorio médico.
- Toda esta información puede encontrarse en su Evidencia de cobertura.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CON ATENCIÓN.

Cigna-HealthSpring crea registros sobre usted y el tratamiento y los servicios que le brindamos. La información que reunimos se llama Información de salud protegida (PHI). Tomamos muy en serio nuestra obligación de conservar su PHI segura y confidencial. Estamos obligados por la ley estatal y federal a proteger la privacidad de su PHI, entregarle esta Notificación sobre cómo la usamos y protegemos, y notificarle si existe un incumplimiento a PHI. Cuando usamos o revelamos su PHI, estamos obligados por los términos de esta Notificación. Esta Notificación es aplicable a todos los registros electrónicos o físicos que generemos, obtengamos, y conservemos que contengan su PHI.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Esta notificación será válida a partir del 23 de septiembre de 2013, y seguirá vigente hasta que la reemplacemos. Estamos obligados a seguir las prácticas de privacidad que se describen en esta notificación, mientras esté vigente. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de esta Notificación en cualquier momento, y podemos, a nuestro criterio, hacer válidos los nuevos términos para toda la PHI en nuestro poder, incluyendo cualquier PHI que hayamos creado o recibido antes de la expedición de la nueva Notificación. En caso de que cambiemos esta Notificación, la actualizaremos en nuestra página de internet y, si usted está inscrito en algunos de nuestros planes en ese momento, le haremos llegar la nueva Notificación, bajo solicitud.

CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (PHI)

Podemos usar y revelar su información protegida de salud, sin su autorización por escrito, para los siguientes propósitos:

Para el tratamiento

- Podemos compartirla con enfermeras, médicos, farmacéuticos, y otros profesionales del cuidado de la salud para que puedan determinar su plan de atención.
- Para ayudarle a recibir los servicios y el tratamiento que pueda necesitar, por ejemplo, ordenar pruebas de laboratorio e interpretar los resultados.
- Para coordinar su atención médica y servicios relacionados, por ejemplo, recordarle alguna cita o invitarlo a recibir las vacunas o pruebas gratuitas.

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number at 1-800-668-3813 (TTY 711), 7 days a week, 8 a.m. – 8 p.m. Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Por favor, llame a nuestro servicio al cliente al 1-800-668-3813 (TTY 711), 7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m. Cigna-HealthSpring tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato.
© 2015 Cigna
INT_16_30823S 07012015

Para el pago

- Para cobrar primas, si aplica, y para administrar los reclamos.
- Para hacer determinaciones de cobertura, por ejemplo, para hablar con un profesional del cuidado de la salud sobre el pago de los servicios que le brindaron.
- Para coordinar beneficios con otra cobertura que pueda tener, por ejemplo, para hablar con otro plan de atención médica o aseguradora con quien tenga cobertura, para determinar la cobertura.
- Para cobrar a un tercero que pueda ser responsable de un pago, por ejemplo, los programas estatales de asistencia farmacéutica.

Para operaciones de atención médica

- Para brindar servicio al cliente y otras actividades comerciales, incluyendo detección del fraude y mal uso, y los programas de cumplimiento.
- Para apoyar y mejorar los programas o servicios que podamos ofrecerle.
- Para ayudarle a manejar su salud, por ejemplo, para bridarle información sobre alternativas de tratamiento a las que puede tener derecho.
- Para ayudar a otro plan de atención médica, aseguradora, u otro profesional del cuidado de la salud con quien tenga relación, para que pueda mejorar los programas que le ofrece, como el manejo de casos.
- **Revelaciones a terceros involucrados en su atención médica.**
  - Si usted está presente o de otra manera disponible para decirnos que así lo hagamos, podemos revelar su PHI a terceros por ejemplo, un familiar, un(a) amigo(a) cercano(a), o a su cuidador.
  - Si usted está en una situación de emergencia, no está presente, o está incapacitado, usaremos nuestro juicio personal para decidir si revelar su PHI a terceros es lo mejor para usted. En caso de que revelemos su PHI en una situación donde usted no está disponible, revelaríamos únicamente la información que es directamente relevante para la participación de la persona con su tratamiento o para el pago relacionado con su tratamiento. Además podemos revelar su PHI para notificar (o ayudar a notificar) a dichas personas su ubicación, su condición médica general o su muerte.
- **Revelaciones a proveedores y organizaciones de acreditación.** Podemos revelar su PHI a:
  - Compañías que realicen ciertos servicios que hayamos solicitado. Por ejemplo, podemos involucrar a proveedores para que nos ayuden a brindar información y asesoría a los c que padezcan enfermedades crónicas como diabetes y asma.
  - Organizaciones de acreditación como el Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés) para propósitos de medición de la calidad.

    Por favor tenga en cuenta que antes de que compartamos su PHI, obtenemos el acuerdo por escrito del proveedor o de la organización de acreditación de proteger la privacidad de su PHI.

- **Salud o seguridad.** Podemos revelar su PHI para evitar o reducir una amenaza seria e inminente a su salud o seguridad, o la salud o seguridad del público en general.
- **Salud pública o actividades de supervisión de salud.** Podemos revelar su PHI para reportar a las autoridades de salud pública, para reportar abuso, negligencia o violencia doméstica, y para las agencias gubernamentales responsables de la supervisión del sistema del cuidado de la salud.
- **Investigación.** Podemos revelar su PHI para propósitos de investigación, pero solamente bajo lo permitido por la ley.
- **Cuando se requiera por ley.** Podemos revelar su PHI:
  - A agencias estatales o federales para garantizar que estamos en conformidad con la ley.
  - En respuesta a una orden judicial o citación, siempre que se cumplan ciertos requisitos.
  - A las agencias u oficiales que hacen cumplir la ley, cuando se requiera bajo una orden judicial.
  - Para procedimientos judiciales y administrativos cuando así se solicite bajo una orden judicial, citación u otra solicitud.
  - Para ciertas funciones gubernamentales como revelaciones a la milicia de los Estados Unidos.
  - Cuando sea necesario para cumplir las leyes de Compensación de trabajadores relacionadas con enfermedades o lesiones de trabajo.

USOS Y REVELACIONES DE LA PHI QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Obtendremos su permiso o autorización por escrito, antes de usar o revelar su PHI para cualquier otro propósito no establecido en esta Notificación. Por ejemplo, se necesita su permiso para:

- Usar y revelar su PHI para las comunicaciones de mercadotecnia cuando recibamos un pago directo o indirecto para promocionar un producto o servicio de un tercero;
- Revelar su PHI para propósitos de venta de PHI; o
- Usar y revelar su información genética o la de sus dependientes para propósitos suscritos.

Para algunos tipos de PHI, la ley estatal y federal puede requerir protección mejorada de la privacidad y podemos revelar únicamente dicha información con su autorización por escrito a menos de que la ley lo requiera o permita específicamente. Esto incluye la PHI que:

- Se guarda en notas de psicoterapia.
- Sobre prevención del abuso de drogas y alcohol, tratamiento y referencia.
- Sobre pruebas, diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA.
- Sobre transmisión de enfermedades venéreas.
- Sobre pruebas genéticas.

Usted puede revocar este permiso por escrito en cualquier momento. Si es éste el caso, dejaremos de usar su información protegida de salud para ese propósito, pero no podemos deshacer acción alguna que hayamos realizado antes de su revocación.

SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Para ejercer los siguientes derechos, es posible que se le solicite llenar y enviar la forma aplicable, que está disponible llamando al número del Departamento de servicio al cliente que está en su tarjeta de identificación. Usted tiene derecho a:

- **Solicitar restricciones** sobre cómo se usa o comparte su PHI respecto al tratamiento, pago y operaciones de atención médica. No estamos obligados legalmente a aceptar su solicitud, pero si lo hacemos, ese acuerdo será válido. Sin embargo, si usted es paciente de alguna de nuestras clínicas, respetarán su solicitud, en la medida que lo permita la ley, de no revelar información a nosotros ni a cualquier otra aseguradora sobre la visita médica, el servicio o las recetas por lo que usted paga la cantidad total al momento del servicio.
- **Inspeccionar y obtener una copia** de su información protegida de salud personal que esté incluida en ciertos registros electrónicos o físicos que conservemos. Las copias se proporcionarán en una forma y formato que sea "rápidamente producible", lo que significa que somos suficientemente capaces de producir los registros de forma legible.
- **Solicitar comunicaciones confidenciales** por medio de las cuales las comunicaciones de PHI se envíen a una ubicación alterna por otros medios. Cumpliremos las solicitudes siempre que sea posible.
- **Solicitar una enmienda** de su información de salud personal protegida creada y guardada por nosotros si usted considera que es incorrecta. Si no aceptamos su solicitud, guardaremos en su archivo su solicitud y nuestra razón de la negativa.
- **Solicitar una cuenta de las revelaciones** que hayamos hecho de su PHI de seis años anteriores a partir de la fecha de su solicitud.
- **Solicitar una copia impresa de esta Notificación** poniéndose en contacto con nosotros a la dirección que aparece más adelante.

Si tiene preguntas sobre sus derechos de privacidad, considera que hemos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre su PHI, puede ponerse en contacto con nosotros a la siguiente dirección o número telefónico:

Privacy Officer
530 Great Circle Road
Nashville, TN 37228
1-800-668-3813 (TTY 711)
Del 1 de octubre al 14 de febrero, 8 a.m. – 8 p.m. hora local, 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre, de lunes a viernes, 8 a.m. – 8 p.m. hora local, sábado 8 a.m. – 6 p.m. hora local. Si llama los fines de semana, fuera del horario de servicio o un día festivo federal, entrará el servicio de contestadora automática.

Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados también puede ponerse en contacto con el Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Puede enviar su queja por correo electrónico, fax o correo postal a la Oficina de derechos civiles a: **http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.**
No se tomará ninguna acción contra usted por presentar una queja.

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc., HealthSpring of Tennessee, Inc., HealthSpring of Alabama, Inc., HealthSpring of Florida, Inc., Bravo Health Mid-Atlantic, Inc., y Bravo Health Pennsylvania, Inc. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

PALABRAS DE QUE DEBE CONOCER

Coseguro o copago

La parte que le corresponde (ya sea un porcentaje o una tarifa fija) por un servicio de atención médica o un medicamento recetado. No todas las coberturas requieren un coseguro o un copago. Por favor consulte su *Evidencia de cobertura* para la información sobre el coseguro o el copago.

Cliente

La persona que está inscrita en un plan de Cigna-HealthSpring. Usted es un cliente de Cigna-HealthSpring.

Deducible

La cantidad que usted paga por los servicios en cobertura antes de que su plan comience a pagar. Es posible que no tenga que pagar un deducible antes de poder recibir cobertura bajo el plan. Por favor consulte su *Evidencia de cobertura* para la información sobre el deducible.

Lista de medicamentos

Lista parcial de los medicamentos recetados que cubre Cigna-HealthSpring. Para una lista completa de los medicamentos recetados que cubre Cigna-HealthSpring, por favor visite nuestra página **CignaHealthSpring.com**.

Evidencia de cobertura

El documento que le explica su cobertura, derechos y protecciones bajo el plan. Por favor lea detalladamente este documento.

Tarjeta de identificación

La tarjeta de Cigna-HealthSpring que verifica que usted es cliente de Cigna-HealthSpring y es elegible para recibir la cobertura. Esta tarjeta tiene impreso el nombre y el número telefónico de su médico de cabecera. En caso de que pierda esta tarjeta, por favor llame al Departamento de servicio al cliente.

Multa por inscripción tardía

La multa por inscripción tardía (también llamada la "LEP") es una cantidad que se agrega a la prima mensual de su Parte D de Medicare (plan de medicamentos recetados). Es posible que deba una multa por inscripción tardía si se queda sin la Parte D o sin la cobertura de medicamentos recetados acreditable por un periodo continuo de 63 días o más después de que se termine su Periodo de inscripción inicial.

La multa por inscripción tardía se agrega a su prima mensual de la Parte D mientras usted tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. El monto de su LEP puede cambiar cada año ya que el CMS recalcula las tarifas anualmente. Usted deberá pagarla cada mes mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare, incluso si cambia su plan de medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable.

PALABRAS DE QUE DEBE CONOCER

Subsidio por bajos ingresos (LIS o Ayuda adicional)

Un programa de Medicare diseñado para ayudar a personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de la prima de los medicamentos recetados de Medicare.

Parte D de Medicare

El beneficio de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare es la Parte D de Medicare. Para recibir el beneficio de la Parte D de Medicare, debe inscribirse en un plan a través de una compañía de seguros aprobada por Medicare. Cigna ofrece cobertura de la Parte D con muchos de nuestros planes. Cada plan puede variar en costos y cobertura de medicamentos.

Plan Medicare Advantage

También llamado plan de la Parte C de Medicare. Un plan Medicare Advantage brinda cobertura a las personas que cuentan con la Parte A de Medicare (cobertura de hospital) y la Parte B (cobertura médica). Cigna-HealthSpring, es un plan Medicare Advantage.

Farmacia de la red

Una farmacia que es parte de la red de Cigna-HealthSpring. Este tipo de farmacia se puede mencionar como una “farmacia de la red” ó “farmacia participante”. En caso de emergencia, puede acudir a una farmacia que no pertenezca a la red. Por favor consulte su *Evidencia de cobertura* para más información.

Proveedor de la red

Un proveedor es un profesional de atención médica o un centro de atención médica contratado que es parte de la red de Cigna-HealthSpring. Este tipo de proveedor se puede mencionar como un “proveedor de la red” o “proveedor participante”.

Kit de bienvenida para clientes nuevos

Es un paquete de información que le enviamos cuando se inscribe por primera vez en Cigna-HealthSpring y contiene información importante sobre su plan de Cigna-HealthSpring, incluyendo su Evidencia de cobertura.

Proveedor que no pertenece a la red

Es un profesional de atención médica o un centro de atención médica contratado que no tiene contrato con la red de Cigna-HealthSpring. Este tipo de proveedor se puede mencionar como un “proveedor fuera la red” o “proveedor no participante”.

Dependiendo de su plan, usted puede tener la opción de acudir con proveedores que no pertenezcan a la red. Por favor consulte su *Evidencia de cobertura* para más información.

Medicare Original

Es el plan Medicare que le permite acudir con cualquier doctor, profesional de atención médica o un centro de atención médica aprobado por Medicare. Muchas personas tienen este plan y es con el plan que la mayoría está familiarizado. Usted

tiene que pagar un deducible anual, un coseguro, y algunos copagos. Medicare Original consta de dos partes: la Parte A (cobertura de hospital) y la Parte B (cobertura médica).

Excepción a la farmacia

Un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el formulario del plan o recibir un medicamento no preferido a una cantidad baja de costo compartido. También puede solicitar una excepción si el plan requiere que pruebe cierto medicamento antes de recibir el que está solicitando o el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando.

Médico de cabecera

Su médico de cabecera es el líder del equipo para todas sus necesidades de atención médica, por lo tanto él conoce todo el panorama de su salud. Su médico de cabecera lo enviará con los especialistas y hospitales adecuados, y trabajará con ellos para mantenerlo sano.

Autorización previa

Algunos servicios ó medicamentos pueden necesitar de una autorización previa antes de que los reciba. Por favor hable con su doctor ó llame al Departamento de servicio al cliente para más información.

Proveedor

Es un doctor, hospital u otro profesional de atención médica o un centro del cuidado de la salud.

Directorio de proveedores y farmacias

Este directorio menciona todos los doctores, farmacias, hospitales, y otros profesionales de atención médica y centros de atención médica que pertenecen a la red de Cigna-HealthSpring.

Referencia

Es una aprobación de su médico de cabecera que le permite acudir con un especialista. Las referencias son muy importantes porque ayudan a su médico de cabecera a llevar un seguimiento de su salud. Su médico de cabecera podría hacerle pruebas o tratamientos en su consultorio y ayudarle así a que no tenga que pagar un coseguro o un copago por un especialista.

Área de servicio

Es el área geográfica que cubre Cigna-HealthSpring y en donde tiene planes disponibles.

Resumen de beneficios

Este documento es una breve lista de la cobertura de su plan y los costos compartidos que deberá pagar cuando reciba los servicios.

Por favor consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para la lista completa de las palabras que debe conocer.

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-668-3813. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-668-3813. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-668-3813。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-668-3813。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-668-3813. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-668-3813. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-668-3813. sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-668-3813. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-668-3813. 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-668-3813. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

© 2015 Cigna

Arabic:
إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-668-3813. سيقوم شخص ما يتحدث بمساعدتك. هذه خدمة مجانية العربية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-668-3813. पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-668-3813. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-668-3813. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-668-3813. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-668-3813. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-800-668-3813. にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

All Cigna products and services are provided exclusively by or through operating subsidiaries of Cigna Corporation, including Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc., HealthSpring of Tennessee, Inc., HealthSpring of Alabama, Inc., HealthSpring of Florida, Inc., Bravo Health Mid-Atlantic, Inc., and Bravo Health Pennsylvania, Inc. The Cigna name, logos, and other Cigna marks are owned by Cigna Intellectual Property, Inc. Cigna-HealthSpring is contracted with Medicare for PDP plans, HMO and PPO plans in select states, and with select State Medicaid programs. Enrollment in Cigna-HealthSpring depends on contract renewal.

¡GRACIAS!

Use este imán para referencia fácil y rápida.

Cigna HealthSpring®

1-800-668-3813 (TTY 711)
Del 1 de octubre al 14 de febrero, 8:00 a.m. – 8:00 p.m. hora local, 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre, de lunes a viernes, 8:00 a.m. – 8:00 p.m. hora local, sábado 8:00 a.m. – 6:00 p.m. hora local. Si llama los fines de semana, fuera del horario de servicio o un día festivo federal, entrará el servicio de contestadora automática.

Médico de cabecera
Número de teléfono del médico cabecera
Nombre de la farmacia
Número de teléfono de la farmacia
Nombre del asesor de beneficios
Número de teléfono del asesor de beneficios

RxBIN: 017010 RxPCN: CIHSCARE

Contigo paso a paso.®

Cigna HealthSpring®

15_W_01_M_01

NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 7892 NASHVILLE, TN

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

MEMBER ADMINISTRATIVE SERVICES
CIGNA-HEALTHSPRING
PO BOX 20012
NASHVILLE TN 37202-9919

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc., HealthSpring of Tennessee, Inc., HealthSpring of Alabama, Inc., HealthSpring of Florida, Inc., Bravo Health Mid-Atlantic, Inc., y Bravo Health Pennsylvania, Inc. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

Los descargos de responsabilidad en esta página se aplican para los beneficios resumidos en todo este documento. La información del beneficio aquí proporcionada no una descripción completa de los beneficios. Para más información póngase en contacto con el plan. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Las personas pueden inscribirse en un plan sólo durante ciertas épocas del año y deben contar con las Partes A y B de Medicare. Para más información póngase en contacto con Cigna-HealthSpring. Las personas deben vivir dentro del área de servicio del plan. Se requiere autorización previa y/o referencia para ciertos servicios. Los beneficios varían de plan en plan. Si llama al número que se indica en este folleto, un representante autorizado puede ayudarle con cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestros planes. El formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. This information is available for free in other languages. Please call our customer service number at 1-800-668-3813 (TTY 711), 7 days a week, 8 a.m. – 8 p.m. Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Por favor, llame a nuestro servicio al cliente al 1-800-668-3813 (TTY 711), 7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m. Cigna-HealthSpring is contracted with Medicare for PDP plans, HMO and PPO plans in select states, and with select State Medicaid programs. Enrollment in Cigna-HealthSpring depends on contract renewal. © 2015 Cigna

Cigna HealthSpring®

PO Box 20001
Nashville, TN 37202

Este material es publicidad.

1-866-625-2494 (TTY 711)
7 días de la semana, 8 a.m. – 8 p.m.

CignaHealthSpring.com