

A photograph of a man and a woman dancing together. The man is on the left, wearing a light purple shirt and a dark tie, with his eyes closed and a smile. The woman is on the right, wearing a blue sleeveless dress and a necklace, also smiling broadly with her eyes closed. They are holding hands and appear to be in a social setting.

**PLAN DE GRUPO MÉDICO,  
HOSPITALARIO Y DENTAL  
PARA FUNCIONARIOS  
FUERA DE SUS SEDES**

Versión 01/07/2019













# CONTENIDO

El presente documento contiene una descripción general de la cobertura médica ofrecida por Las Naciones Unidas a sus funcionarios fuera de su sede. En caso de que Usted tenga alguna pregunta en referencia a cualquier otro asunto que no este incluido a continuación, o desee información adicional, por favor contacte Cigna o consulte sus páginas web personales las cuales son accesibles a través de [www.cignahealthbenefits.com](http://www.cignahealthbenefits.com).

**Nuestros servicios** ..... **3**

**Su cobertura** ..... **5**

1.	En general.....	5
2.	Porcentajes de reembolso: Plan de Beneficios Médicos Básicos (BMIP) y Mayores (MMBP) ...	9
2.1.	En países distintos de los Estados Unidos .....	9
2.2.	En los Estados Unidos.....	10
2.2.1.	Acuerdo previo.....	10
2.2.2.	¿Qué es el acuerdo previo y cómo funciona? .....	10
2.2.3.	Si puede concederse el acuerdo previo o si atañe a un tratamiento médico para el cual no se necesita el acuerdo previo, se aplicarán los siguientes beneficios:.....	10
3.	Resumen de cobertura.....	12
3.1.	 En el hospital.....	12
3.2.	 Gastos de ambulancia y transporte .....	18
3.3.	 En el médico de cabecera.....	18
3.4.	 En el especialista .....	19
3.5.	 En el profesional sanitario calificado y licenciado (que no sea un doctor) .....	20
3.6.	 En el oculista .....	24
3.7.	 En el dentista.....	25
3.8.	 En la farmacia.....	26
3.9.	 En la consulta del profesional sanitario especializado.....	29
3.10.	 En el laboratorio/departamento de imagenología.....	31
4.	Exclusiones .....	32
5.	Acceso a formularios.....	33

# NUESTROS SERVICIOS

## Disponibilidad 24/7

Usted nos puede contactar a cualquier hora, desde cualquier lugar, y en su idioma preferido. Si Usted desea información sobre cómo completar y enviar un reclamo, en caso de emergencia, o tiene alguna otra pregunta, nos puede contactar por teléfono, por correo electrónico, fax, o servicio postal. Nuestros datos de contacto están reflejados en su tarjeta de afiliación, así como en la sección personalizada de nuestra página web.

**Importante:** Mantenga su tarjeta de afiliación siempre consigo, de este modo, nuestra información de contacto estará accesible en caso de emergencia.

## Nuestros datos de contacto

Usted nos puede contactar las 24 horas del día, 7 días a la semana, los 365 días del año. En caso de emergencia, o si tiene simplemente alguna pregunta, puede contactar nuestro personal multilingüe de diferentes formas. Nuestros detalles de contacto aparecen en la sección personalizada de nuestra página web y en su tarjeta de afiliación.

	Oficina de Amberes	Oficina de Kuala Lumpur	Oficina de Sunrise
	<a href="http://www.cignahealthbenefits.com">www.cignahealthbenefits.com</a>		
	<a href="mailto:un.wwp@cigna.com">un.wwp@cigna.com</a>		
	+ 32 3 217 68 42	+ 60 3 2178 05 55	+ 1 305 908 91 01
	Cigna P.O. Box 69 2140 Antwerpen Bélgica	Cigna P.O. Box 10612 50718 Kuala Lumpur Malasia	Cigna P.O. Box 451989 Sunrise, Florida 33345 Estados Unidos

## Números gratuitos

Siempre que sea factible, Usted nos puede contactar gratuitamente a través de nuestro número telefónico. En caso que no sea posible efectuar una llamada telefónica usando números de llamada gratuita en el país en que se encuentre, Usted puede usar el número telefónico personalizado de UN, el cual aparece en su tarjeta de afiliación. La lista completa de números gratuitos por país, se puede consultada en la sección personalizada de nuestra página web.

## **Su sección personalizada de nuestra página web – Acceso a servicios e información en línea**

Toda la información referente a su plan, está recopilada en la sección personalizada de nuestra página web. Básicamente, todo lo que Usted necesita saber, está a su disposición de una manera fácil y accesible en cualquier momento y desde cualquier parte del mundo. Aquí, Usted también podrá acceder a nuestros servicios en línea: podrá buscar un proveedor específico en nuestra red de profesionales sanitarios a nivel mundial, descargar formularios, así como también consultar los detalles de las cuentas.

**Importante:** Nosotros dominamos los principales idiomas en nuestra compañía, por esta razón, no necesita traducir ninguno de los documentos que necesite enviarnos.

## **Acceso a atención médica de calidad a tarifas preferenciales**

En cualquier lugar del mundo en que se encuentre, Usted tendrá acceso a la red de profesionales sanitarios. Le aseguramos de que se beneficie de servicios médicos de alta calidad, a tarifas preferenciales. Para encontrar el proveedor médico de su conveniencia, busque en nuestra lista de proveedores por localidad, tipo de instalación, y/o especialidad, a través de la sección personalizada de nuestra página web.

## **Libre selección del profesional sanitario**

Usted puede seleccionar el profesional sanitario que desee en cualquier parte del mundo. Sin embargo, consultar un proveedor dentro de nuestra red, puede ser en beneficio de Usted, ya que hemos negociado tarifas ventajosas con la mayoría de nuestros proveedores. Así, los gastos que quedan a cuenta de Usted serán más bajos.

## **Permítanos pagar sus facturas médicas**

Con simplemente mostrar su tarjeta de afiliación al ser admitido en un hospital de nuestra red, no tendrá que cubrir sus gastos médicos por adelantado y enviarnos luego la solicitud de reembolso. Usted solamente deberá pagar los gastos no cubiertos que quedan a su responsabilidad.

## **Acuerdo previo: evite sorpresas al notificarnos por adelantado**

Para todas las hospitalizaciones que no sean de emergencia, Usted debe solicitar un acuerdo previo por parte de nuestro médico consejero. Al contactarnos antes de una admisión planificada, Usted se beneficiará de nuestros servicios de pago directo y precios prenegociados. Esto significa que reducirá los gastos que quedan a su responsabilidad y que evitará sorpresas no placenteras en cuanto reciba su factura médica.

## **Información sobre enfermedades crónicas y posibilidad de contactar nuestro médico consejero.**

Ayudamos a elevar la atención al riesgo de desarrollo de enfermedades serias y crónicas como diabetes, problemas cardiovasculares o cáncer. Si Usted desea un asesoramiento personal, no dude en contactar a nuestro médico consejero a través de la sección personalizada de nuestra página web.

## **Un rápido procesamiento de sus solicitudes de reembolso.**

Ya que contamos con oficinas de procesamiento de solicitudes en tres diferentes husos horarios, podemos procesar de forma rápida sus solicitudes y reclamos. Gracias a nuestros servicios de alta calidad, hemos alcanzado el 98% de satisfacción al cliente.

# SU COBERTURA

## 1. En general

Prestaciones	Descripción
Gasto Máximo	Máximo de 250.000 USD por persona por año calendario
Objetivo	<p>El plan cubre gastos razonables y usuales para tratamientos médicos, de hospital y dentales, como resultado de una enfermedad, accidente o maternidad.</p> <p>El plan sólo reembolsa tratamientos, suministros u otros servicios generalmente aceptados como médicamente necesarios y apropiados para la condición a tratar, cuando dicho tratamiento, suministro u otros servicios, son prescritos por un profesional médico calificado y licenciado. Cigna tiene, en representación de Las Naciones Unidas, la capacidad y autoridad legal para determinar lo que constituye un servicio o plan cubierto por el programa.</p> <p>Adicionalmente, el plan provee cobertura para ciertos aspectos de cuidado preventivo, véase <a href="#">Sumario de beneficios</a>.</p>
Razonables y usuales	<p>En este contexto ‘razonables y habituales’ significa: los honorarios y precios que se cobran habitualmente por el tratamiento o compra en cuestión, tomando en cuenta el área geográfica donde se administra el tratamiento o se compra el producto.</p> <p>En adición, el tratamiento o la compra debe ser razonable y usual desde un punto de vista médico. Esto significa por ejemplo, que el número de tratamientos/secciones/días de admisión/dosis de medicamento, deberá ser médicamente justificado.</p> <p>En base a lo anteriormente expresado, cualquier exceso, será limitado a un nivel razonable y usual.</p>
Elegibilidad	<p>El plan provee cobertura para miembros y antiguos miembros que residen en cualquier parte del mundo, excepto los Estados Unidos. Los miembros, antiguos miembros y sus dependientes residiendo en los Estados Unidos, no son elegibles para cobertura bajo este plan.</p> <p>La única excepción para esta exclusión se aplica para hijos dependientes que asisten a una universidad o escuela en los Estados Unidos, los cuales deben apuntarse para un seguro de salud ofrecido por la institución educacional. En este caso, el plan de seguro del estudiante en la escuela o Universidad, actuará como primario, y la cobertura de Cigna, actuará como secundaria.</p> <p>Los empleados y sus dependientes (incluidos los estudiantes no inscritos en el seguro escolar ofrecido por la</p>

	<p>escuela) que no reúnan los requisitos antes mencionados deberán cambiarse a un seguro para empleados que trabajen en los Estados Unidos.</p> <p>Si desea más información sobre los criterios de elegibilidad, consulte las circulares publicadas en el sitio web de la Sección de Seguro Médico y Seguros de Vida de la ONU (<a href="http://www.un.org/insurance/circulars">www.un.org/insurance/circulars</a>)</p>
Atención médica en los Estados Unidos	<p>Puede consultar el procedimiento para obtener un tratamiento médico en los Estados Unidos en sus páginas web personales, en Mi plan &gt; Atención médica en los Estados Unidos.</p> <p>Consulte esta página siempre antes de solicitar servicios médicos en Estados Unidos.</p>
Coordinación de beneficios	<p>El seguro no reembolsa el coste de los servicios que han sido reembolsados o se espera que lo sean bajo la cobertura de otro acuerdo de seguro, seguridad social o similar. Para los asegurados cubiertos por dos o más planes, el seguro médico coordina los beneficios con objeto de garantizar que reciban el máximo grado posible de cobertura, pero sin sobrepasar los gastos reales.</p> <p>Si una solicitud de reembolso también se puede presentar a otra compañía de seguros, los asegurados deberán notificárselo a Cigna.</p>
Moneda de reembolso	<p>Las solicitudes de reembolso se abonarán en USD si no se especifica otra moneda.</p> <p>Los asegurados que lo soliciten podrán recibir el reembolso en otras divisas en los casos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- si han debido pagar gastos en dicha divisa.</li> <li>- siempre y cuando el pago pueda efectuarse por transferencia bancaria.</li> </ul> <p>Lista ampliada de divisas: USD, EUR, AUD, CAD, CHF, CLP, DKK, EGP, GBP, HKD, IDR, JOD, MAD, MYR, NZD, PHP, SEK, SGD, TND, XAF y XOF.</p> <p>Cada solicitud de reembolso se pagará en una sola divisa.</p>
Moneda de reembolso	<p>Los reclamos serán reembolsados en USD. Si es solicitado, los costos incurridos en EUR, podrán ser reembolsados en EUR.</p>
Tiempo de validez de las prescripciones	<p>Un año (también para prescripciones que mencionen 'uso permanente').</p>
Plazo de sumisión de una solicitud	<p>Todas las solicitudes deben ser recibidas por Cigna dentro de un periodo de dos años después de la fecha en que los gastos fueron incurridos.</p>
Tratamiento ambulatorio/cirugía ambulatoria /caso de un día	<p>Tratamiento dado de modo ambulatorio, donde la fecha de admisión es la misma que la fecha de alta.</p>
Tratamiento hospitalario/hospitalización	<p>Tratamiento dado de modo hospitalario donde la fecha de admisión difiere de la fecha de alta.</p>

Año de seguro	Un año de seguro, es igual a un año calendario.
Acuerdo previo	<p>El acuerdo previo por parte de un médico consejero de Cigna se requiere <b>para todas las hospitalizaciones que no sean de emergencia.</b></p> <p>Acuerdo previo, significa que el reembolso está asegurado sólo en los casos donde nuestro médico consejero conceda su aprobación explícita para el tratamiento, en base a una justificación médica, así como también el costo estimado proveído por el beneficiario, al menos una semana antes de la admisión planificada. En caso de una emergencia médica, la aprobación puede ser obtenida <i>post factum</i>, en base al mismo criterio médico.</p> <p>Otros beneficios que requieren acuerdo previo por parte de un médico consejero de Cigna, incluyen: acupuntura, logopedia, asistencia domiciliaria, equipos médicos durables, dispositivos ortopédicos, vitaminas, minerales y suplementos alimenticios/nutricionales.</p> <p>De no cumplir los asegurados este requisito, la solicitud de reembolso podría ser denegada.</p>
Procedimiento de reclamación	<p><b>Primer nivel de reclamación</b></p> <p>La revisión de una determinación de prestaciones se debe solicitar a Cigna a través de los cauces habituales de comunicación (vea <a href="#">Nuestros datos de contacto</a>) en el plazo de los 60 días después de la recepción de la cuenta correspondiente. Se ruega a los asegurados que presenten cualquier información adicional que obre en su poder en apoyo de su reclamación.</p> <p>Cigna la revisará y tomará una decisión en un plazo de 30 días tras la recepción de la solicitud de reclamación, excepto donde se requiera una prórroga por circunstancias especiales. La revisión se basará en los siguientes parámetros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- idioma de contrato o diseño de seguro aplicable;</li> <li>- políticas y directrices de gestión de utilización y solicitudes de reembolso;</li> <li>- historia médica y dental relevante;</li> </ul> <p>Si la reclamación se rechaza, Cigna enviará al asegurado una notificación escrita especificando los motivos concretos de la denegación.</p> <p><b>Segundo nivel de reclamación: revisión externa</b></p> <p>Si el conflicto respecto a la solicitud de reembolso sigue abierto después del primer nivel de reclamación y el valor de la solicitud reembolso impugnada asciende a 500 USD como mínimo, se puede solicitar un arbitraje externo en un plazo de 60 días a partir de la recepción de la denegación del primer nivel de reclamación.</p>

La revisión externa será realizada por un experto médico independiente designado conjuntamente por el consultor médico de Cigna y el médico tratante del asegurado. La decisión que tome el árbitro se considerará definitiva y vinculante para las dos partes del conflicto.

Cada parte pagará los honorarios de su propio médico. El coste del arbitraje y los honorarios debidos al árbitro médico serán sufragados a partes iguales por el asegurado y el seguro, excepto donde el árbitro resuelva el conflicto a favor del asegurado, caso en el cual los honorarios correrán por cuenta exclusivamente del seguro.



## 2. Porcentajes de reembolso: Plan de Beneficios Médicos Básicos (BMIP) y Mayores (MMBP)

El plan de salud de UN provee 2 niveles de cobertura, BMIP (= Plan de Beneficios Médicos Básicos) y MMBP (= Plan de Beneficios Médicos Mayores) **en dos regiones geográficas diferentes: los Estados Unidos y el resto del mundo**. La cobertura de ambos el BMIP y el MMBP va del 1° de Enero hasta el 31 de Diciembre.

### 2.1. En países distintos de los Estados Unidos

En cuanto a los tratamientos recibidos en países distintos de los Estados Unidos, el componente médico mayor no se puede aplicar para gastos dentales, tratamiento por consumo de sustancias (alcohol y/o drogas), gastos para audífonos, o gastos de lentes, ni tampoco el MMBP se aplica a gastos que son reembolsados al 100% bajo BMIP (p. ej. otros gastos hospitalarios y estadía en el hospital), ya que no hay balance restante en estos gastos. Los gastos que están sujetos a un máximo de reembolso (p. ej. cuidado dental, cuidado óptico, etc.) están sujetos a un reembolso bajo el componente de MMBP. Además, los gastos que no sean razonables y habituales no cuentan para el copago.

El MMBP cubre 80% de la diferencia entre los gastos aceptados y la cantidad reembolsable bajo el BMIP. Con el objetivo de poderse beneficiar de un reembolso bajo el MMBP, se debe alcanzar un deducible de 200 USD por miembro del plan o 600 USD por familia. Todos los pagos bajo el MMBP son aplicados automáticamente y no necesitan ser aplicados por el miembro de UN.

Tenga en cuenta que el copago máximo por año natural a veces también se denomina saldo restante a su cargo máximo ('out-of-pocket maximum' en inglés).

**Ejemplo:** el ejemplo siguiente ilustra el reembolso de los planes BMIP y MMBP **en países distintos de los Estados Unidos:**

<b>Honorarios médicos</b>	<b>5.600 USD</b>
<b>Reembolso bajo el BMIP (al 80%) (1)</b>	<b>4.480 USD</b>
Saldo restante (20%) = Base del MMBP	1.120 USD
Copago máximo por año natural	-200 USD
Base del MMBP después de la aplicación del copago	920 USD
<b>Reembolso bajo el MMBP (al 80%)</b>	<b>736 USD</b>
<b>Total reembolsado (1)+(2)</b>	<b>5.216 USD</b>
<b>Gastos por los cuales el paciente es responsable</b>	<b>384 USD</b>

## 2.2. En los Estados Unidos

### 2.2.1. Acuerdo previo

Será obligatorio el acuerdo previo para todos tratamientos programados (no de urgencia) administrados en Estados Unidos.

### 2.2.2. ¿Qué es el acuerdo previo y cómo funciona?

Acuerdo previo significa que debe ponerse en contacto con Cigna antes de recibir el tratamiento médico que necesita. Su solicitud será evaluada por el consultor médico de Cigna. En los Estados Unidos solamente se otorgará el acuerdo previo si el consultor médico acepta que el tratamiento médico necesario solo puede administrarse en dicho país. En los demás casos, Cigna otorgará el acuerdo previo para la administración del tratamiento en el destino del empleado o en un lugar alternativo adecuado fuera de los Estados Unidos.

Nota:

- El acuerdo previo también se aplica a los asegurados que ya se encuentren en Estados Unidos, después de viajar desde su lugar de destino o país de residencia.
- El acuerdo previo no será obligatorio únicamente en el caso de tratamientos y hospitalizaciones de urgencia ocurridos en Estados Unidos u otro país. El consultor médico de Cigna considerará una “urgencia médica” como una hospitalización o un tratamiento médico, incluidas las visitas de seguimiento, realizados a causa de una lesión o enfermedad súbita y aguda imprevista que, por motivos médicos, no se pueda demorar ni posponer. Si una mujer entra en parto después de la semana 32 de embarazo, el parto y los cuidados administrados al recién nacido en EE.UU. no se considerarán una urgencia médica, ya que está relacionado con los requisitos de acuerdo previo para la atención médica en Estados Unidos.

### 2.2.3. Si puede concederse el acuerdo previo o si atañe a un tratamiento médico para el cual no se necesita el acuerdo previo, se aplicarán los siguientes beneficios:

Se debe pagar una franquicia anual de 5.000 USD por asegurado o de 15.000 USD por familia antes de obtener un reembolso según el programa. El seguro reembolsará un 80% de todo el tratamiento médico necesario según el BMIP y el participante abonará el 20% restante de los gastos que superen el importe de la franquicia. El MMBP reembolsará un 80% adicional sobre el 20% del saldo del paciente solamente si el tratamiento es consecuencia de una urgencia médica en los Estados Unidos. En los casos de urgencia médica no se aplica una franquicia. No obstante, el gasto total por cuenta propia del asegurado (el saldo del 20%) asciende a 2.200 USD, o 6.600 USD para la familia, antes de que comience a aplicarse MMBP.

**Ejemplo 1:** el ejemplo siguiente ilustra cómo se calcula el reembolso de un asegurado individual con respecto a la cobertura médica básica), con la condición de que el tratamiento no se deba a una urgencia médica en los Estados Unidos (Cantidades expresadas en dólares estadounidenses).

<b>Honorarios médicos</b>	<b>9,600 USD</b>
Deducible anual	- 5,000 USD
Base para MMBP	= 4,600 USD
<b>Total reembolsado</b>	<b>3,680 USD</b>
<b>Gastos por los cuales el paciente es responsable</b>	<b>5.920 USD</b>

El deducible de 5,000 USD por persona (o 15.000 USD por familia) **NO** se aplicará en los casos siguientes:

- consulta de psiquiatría a distancia por un profesional de la salud en EE.UU.: véase 2.1.;
- tratamientos ambulatorios que cuentan con un importe de reembolso máximo: cuidados ópticos, cuidados dentales, audífonos y exámenes físicos de rutina;
- en caso de urgencia en EE. UU.

**Ejemplo 2:** el ejemplo siguiente ilustra cómo se calcula el reembolso de un asegurado individual con respecto a la cobertura médica básica y mayor (cantidades expresadas en dólares estadounidenses), con la condición de que se trate de una urgencia médica en los Estados Unidos.

<b>Honorarios médicos</b>	<b>15,600 USD</b>
Base para MMBP	= 15,600 USD
<b>Reembolso bajo el BMIP (al 80%) (1)</b>	<b>12,480 USD</b>
Residual (20%) = Base para MMBP	3,120 USD
A cargo del asegurado hasta la fecha	2.200 USD
Base del MMBP después de la aplicación del saldo restante a su cargo	= 920 USD
<b>Reembolso bajo el MMBP (al 80%) (2)</b>	<b>736 USD</b>
<b>Total reembolsado (1)+(2)</b>	<b>13,216 USD</b>
<b>Gastos por los cuales el paciente es responsable</b>	<b>2.384 USD</b>

#### Nota

La atención médica de urgencias administrada a un recién nacido, después de un parto no de urgencias en los Estados Unidos, estará condicionada a todas las restricciones y limitaciones de la atención programada.

### 3. Resumen de cobertura

#### 3.1. En el hospital

##### REGLA GENERAL

Todos los tratamientos y medicamentos deben ser prescritos por un Doctor médico registrado y calificado. Los artículos a continuación son reembolsados al 80%+ Plan de Beneficios Médicos Mayores (Major Medical Benefits Plan MMBP), a menos que sea indicado de otra forma en los comentarios.

Concepto	Observaciones
<b>Se requiere el acuerdo del médico consejero de Cigna para las hospitalizaciones que no sean de emergencia. Dichas hospitalizaciones, deberán ser notificadas al menos una semana antes de la fecha de admisión.</b>	
Gastos de estancia (Europa Occidental, incluso Chipre)	<ul style="list-style-type: none"><li>Habitación semiprivada normal: 100% hasta 900 USD por día</li><li>Habitación privada: 100% del valor de la habitación semiprivada hasta 900 USD por día</li></ul> <p>Nota: con carácter excepcional, puede reembolsarse el 100% de una habitación privada hasta 900 USD:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>si el hospital no dispone de habitaciones semiprivada (solo habitaciones privadas y salas comunes);</li><li>si existe la necesidad médica de una habitación privada;</li><li>en caso de urgencia médica y si no está disponible una habitación semiprivada;</li><li>si el paciente está obligado a permanecer en una sala privada por ser extranjero.</li></ul> <p>• Nota: Los países de Europa Occidental incluyen Andorra, Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Islandia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Noruega, Portugal, España, Suecia, Suiza, y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.</p> <p>Nota: Los gastos de estancia incluyen los gastos siguientes (lista no exhaustiva): habitación, servicios generales de enfermería prestados en el hospital (coste de enfermeros, impuestos, otros), comidas, limpieza, etc.</p>
Gastos de estancia ! (Turquía occidental)	Habitación privada, semiprivada o sala: 100% hasta <b>450 USD</b> por día
	Nota: Los gastos de estancia incluyen los gastos siguientes (lista no exhaustiva): habitación, servicios generales

Concepto	Observaciones
	de enfermería prestados en el hospital (coste de enfermeros, impuestos, otros), comidas, limpieza, etc
Gastos de estancia ! (en el resto de Turquía)	Habitación privada, semi-privada o sala: 100% hasta <b>450 USD</b> por día  Nota: Los gastos de estancia incluyen los gastos siguientes (lista no exhaustiva): habitación, servicios generales de enfermería prestados en el hospital (coste de enfermeros, impuestos, otros), comidas, limpieza, etc.
Gastos de estancia (Argentina, Sudáfrica y Emiratos Árabes Unidos)	Habitación privada, semi-privada normal o sala: 100% hasta <b>450 USD</b> por día  Nota: Los gastos de estancia incluyen los gastos siguientes (lista no exhaustiva): habitación, servicios generales de enfermería prestados en el hospital (coste de enfermeros, impuestos, otros), comidas, limpieza, etc.
Gastos de estancia (Chile y México)	Habitación privada, semi-privada normal o sala: 100% hasta 450 USD por día  Nota: Los gastos de estancia incluyen los gastos siguientes (lista no exhaustiva): habitación, servicios generales de enfermería prestados en el hospital (coste de enfermeros, impuestos, otros), comidas, limpieza, etc.
Gastos de estancia (Australia)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Habitación semiprivada normal o sala: 100% hasta <b>900 USD</b> por día</li> <li>Habitación privada: 100% de la tarifa de la habitación semiprivada hasta <b>900 USD</b> por día</li> </ul> Nota: con carácter excepcional, puede reembolsarse el 100% de una habitación privada hasta 900 USD: <ul style="list-style-type: none"> <li>si el hospital no dispone de habitaciones semiprivadas (solo habitaciones privadas y salas comunes);</li> <li>si existe la necesidad médica de una habitación privada;</li> <li>en caso de urgencia médica y si no está disponible una habitación semiprivada;</li> <li>si el paciente está obligado a permanecer en una sala privada por ser extranjero.</li> </ul> Nota: Los gastos de estancia incluyen los gastos siguientes (lista no exhaustiva): Gastos de estancia, servicios

Concepto	Observaciones
	<p>generales de enfermería prestados en el hospital (coste de enfermeros, impuestos, otros), comidas, limpieza, etc.</p>
<p>Gastos de estancia (Canadá e Israel)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada normal o sala: 100% hasta 750 USD por día</li> <li>• Habitación privada: 100% del valor de la habitación semiprivada hasta 750 USD por día</li> </ul> <p>Nota: con carácter excepcional, puede reembolsarse el 100% de una habitación privada hasta 750 USD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• si el hospital no dispone de habitaciones semiprivadas (solo habitaciones privadas y salas comunes);</li> <li>• si existe la necesidad médica de una habitación privada;</li> <li>• en caso de urgencia médica y si no está disponible una habitación semiprivada;</li> <li>• si el paciente está obligado a permanecer en una sala privada por ser extranjero.</li> </ul> <p>Nota: Los gastos de estancia incluyen los gastos siguientes (lista no exhaustiva): habitación, servicios generales de enfermería prestados en el hospital (coste de enfermeros, impuestos, otros), comidas, limpieza, etc.</p>
<p>Gastos de estancia (Nueva Zelanda)</p>	<p><b>Antes del 1 de julio de 2014:</b> Habitación privada, semiprivada normal o sala: 100% hasta 330 USD por día</p> <p><b>A partir del 1 de julio de 2014:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada normal o sala: 100% hasta <b>750 USD</b> por día</li> <li>• Habitación privada: 100% de la tarifa de la habitación semiprivada hasta <b>750 USD</b> por día</li> </ul> <p>Nota: con carácter excepcional, puede reembolsarse el 100% de una habitación privada hasta 750 USD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• si el hospital no dispone de habitaciones semiprivadas (solo habitaciones privadas y salas comunes);</li> <li>• si existe la necesidad médica de una habitación privada;</li> <li>• en caso de urgencia médica y si no está disponible una habitación semiprivada;</li> <li>• si el paciente está obligado a permanecer en una sala privada por ser extranjero.</li> </ul> <p>Nota:</p>

Concepto	Observaciones
	<p>Los gastos de estancia incluyen los gastos siguientes (lista no exhaustiva): habitación, servicios generales de enfermería prestados en el hospital (coste de enfermeros, impuestos, otros), comidas, limpieza, etc.</p>
<p>Gastos de estancia (Estados Unidos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semi-privada normal o sala: 100% hasta 600 USD por día</li> <li>• Habitación privada: 100% del precio de una habitación semiprivada hasta 600 USD por día Nota: con carácter excepcional, puede reembolsarse el 100% de una habitación privada hasta 600 USD: <ul style="list-style-type: none"> <li>• si el hospital no dispone de habitaciones semiprivadas (solo habitaciones privadas y salas comunes);</li> <li>• si existe la necesidad médica de una habitación privada;</li> <li>• en caso de urgencia médica y si no está disponible una habitación semiprivada;</li> <li>• si el paciente está obligado a permanecer en una sala privada por ser extranjero.</li> </ul> </li> </ul> <p>Nota: Para admisiones en los Estados Unidos, el límite de 600 USD no es aplicable a las siguientes tres circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• evacuación médica aprobada por el director médico de la UN;</li> <li>• una necesidad médica que surja en los Estados Unidos;</li> <li>• el tratamiento necesario solamente puede ser brindado en un hospital en el cual el precio diario de una habitación semiprivada, exceda los 600 USD. (se requiere acuerdo previo).</li> </ul> <p>Nota: Los gastos de estancia incluyen los gastos siguientes (lista no exhaustiva): habitación, servicios generales de enfermería prestados en el hospital (coste de enfermeros, impuestos, otros), comidas, limpieza, etc.</p>
<p>Gastos de estancia (en el resto del mundo)</p>	<p>Habitación privada, semiprivada normal o sala: 100% hasta 330 USD por día</p> <p>Nota: Los gastos de estancia incluyen los gastos siguientes (lista no exhaustiva): habitación, servicios generales de enfermería prestados en el hospital (coste de enfermeros, impuestos, otros), comidas, limpieza, etc.</p>
<p>Estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)</p>	<p>100%</p>

Concepto	Observaciones
Honorarios médicos (cirujano, médico tratante, asistente, anestesista, enfermera)	80% + MMBP
Otros gastos hospitalarios (p. ej. uso de sala de operación y equipos, laboratorios de rayos-X, medicamentos para uso durante la admisión en el hospital)	100%
Precio con todo incluido o por paquetes	Si el hospital no puede proporcionar una factura pormenorizada que especifique por separado los gastos de estancia, los honorarios de los médicos y otros gastos del hospital, la factura se desglosará en: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 40% por gastos de estancia (reembolsables en un 100% y sin límite máximo)</li> <li>- 40% por otros gastos hospitalarios (reembolsables en un 100%)</li> <li>- 20% por los honorarios del médico (reembolsables en un 80% + MMBP)</li> </ul>
Persona acompañante	No cubierto, excepto cuando el paciente es menor de 12 años, o cuando sea requerido por la legislación local.
Cirugía ambulatoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• honorarios médicos: 80% + <a href="#">MMBP</a></li> <li>• otros gastos hospitalarios: 100%</li> </ul>
Quimioterapia, radioterapia, hemodiálisis, etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• honorarios médicos: 80% + <a href="#">MMBP</a></li> <li>• otros gastos hospitalarios: 100%</li> </ul>
Admisiones específicas/cirugías	
Admisión relacionada al consumo de alcohol o drogas	Cubierto si es médicamente necesario y pre-aprobado. Detalles de las prestaciones: consulte <a href="#">Gastos de estancia</a> , <a href="#">Otros gastos hospitalarios</a> y <a href="#">Honorarios de los médicos</a> .
Tratamiento de fertilidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inseminación Artificial (AI);</li> <li>• Inseminación Intra-Uterina (IUI);</li> <li>• Aspiración Micro-epididimal del espermatozoide (MESA);</li> <li>• Aspiración percutánea epididimal del espermatozoide (PESA);</li> <li>• Aspiración de espermatozoide Testicular (TESA);</li> <li>• Extracción de espermatozoide Testicular (TESE);</li> </ul>	Se necesita acuerdo previo. Si es médicamente necesario, está cubierto un total de 3 intentos durante toda la vida del asegurado <b>y solo para mujeres de hasta 45 años (menores de 45 años al inicio del tratamiento)</b> .



Concepto	Observaciones
• Fertilización In Vitro (FIV)	
Crío preservación de la placenta/cordón umbilical (= preservación por enfriamiento a temperaturas bajo cero)	Se requiere acuerdo previo. Por favor envíenos un reporte médico que incluya: <ul style="list-style-type: none"> <li>• el diagnóstico y descripción de tratamiento recibido con pronóstico;</li> <li>• la motivación para conservar la placenta/cordón umbilical.</li> </ul>
Aborto	Véase <a href="#">Cirugía ambulatoria</a>
Esterilización/Vasectomía/embarazo ectópico	Véase <a href="#">Cirugía ambulatoria</a>
Revocación de esterilización/Vasovasectomía	No cubierto
Blefaroplastia (= cirugía de párpado)	Se requiere acuerdo previo. Por favor enviarnos un reporte médico que incluya: <ul style="list-style-type: none"> <li>• los resultados de un examen de campo visual con la medida del campo de visión por un oftalmólogo;</li> <li>• fotografías pre-operatorias.</li> </ul>
Cirugía correctiva del ojo para cambiar la dioptría/LASIK	Cubierto bajo el máximo disponible para <a href="#">anteojos/lentes</a>
Rehabilitación / convalecencia post-operatoria	Se requiere acuerdo previo.
Hogar de ancianos/institución para la tercera edad	No cubierto
Institución para deshabilitados	No cubierto
Curas	No cubierto
Cirugía cosmética	No cubierto
Cirugía reconstructiva	Se requiere acuerdo previo.
Reducción de seno	Se requiere acuerdo previo. Por favor enviarnos un reporte médico detallado que incluya: <ul style="list-style-type: none"> <li>• un estimado de la cantidad de tejido corporal extraído;</li> <li>• altura y peso del paciente;</li> <li>• descripción de molestias funcionales;</li> <li>• fotografías pre-operatorias.</li> </ul>
Circuncisión masculina	Cubierta por razones médicas y religiosas; debe ser llevada a cabo por una persona con título de médico. La circuncisión femenina no está cubierta.

Concepto	Observaciones
Rinoplastia (= cirugía plástica de la nariz) /Septoplastia (= procedimiento quirúrgico para corregir la forma del tabique nasal, la separación entre las dos fosas nasales)	Se requiere acuerdo previo. Por favor enviarnos un reporte médico que incluya: <ul style="list-style-type: none"> <li>el resultado de una endoscopia nasal;</li> <li>una tomografía u otra imagen que documente el nivel de obstrucción nasal.</li> </ul>

### 3.2. Gastos de ambulancia y transporte

#### REGLA GENERAL

Todos los tratamientos y medicamentos deben ser prescritos por un Doctor médico registrado y calificado. Los artículos a continuación son reembolsados al 80%+ Plan de Beneficios Médicos Mayores (Major Medical Benefits Plan MMBP), a menos que sea indicado de otra forma en los comentarios.

Concepto	Observaciones
Costos de transporte general	No cubierto
Ambulancia	Transporte entre el lugar donde fue lesionado por un accidente o afectado por una enfermedad y el primer hospital donde se pueda ofrecer el tratamiento médico adecuado.
Repatriación	No cubierto
Evacuación	No cubierto

### 3.3. En el médico de cabecera

#### REGLA GENERAL

Todos los tratamientos y medicamentos deben ser prescritos por un Doctor médico registrado y calificado. Los artículos a continuación son reembolsados al 80%+ Plan de Beneficios Médicos Mayores (Major Medical Benefits Plan MMBP) a menos que sea indicado de otra forma en los comentarios.

Concepto	Observaciones
Consulta	80% + MMBP
Gastos de suscripción anual	No cubierto
Intervención quirúrgica menor	<ul style="list-style-type: none"> <li>honorarios médicos: 80% + MMBP</li> <li>otros gastos hospitalarios: 100%</li> </ul>
Vacunas	No cubierto, a excepción de las siguientes vacunas: Influenza, Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis A+B, Fiebre amarilla, Tetanus (difteria) y Pneumococcus e

Concepto	Observaciones
	inmunizaciones para menores de 19 años (véase cuidados de la salud infantil).
Examen físico de rutina	100% hasta 1.050 USD Incluye rayos-x, laboratorio y cualquier otro cargo, exámenes urológicos y análisis de antígeno prostático específico (PSA), exámenes ginecológicos, mamografías y Papanicolau.
Cuidado de la salud infantil/inmunizaciones	Cubierto hasta la edad de 19 años en adición a los <a href="#">exámenes físicos de rutina</a> a la tasa del 80% + MMBP en concordancia con el siguiente calendario: <ul style="list-style-type: none"> <li>cuidado de la salud infantil hasta los 7 años: <ul style="list-style-type: none"> <li>6 visitas por año calendario entre 0 a 1 año de edad;</li> <li>2 visitas por año entre 1 a 2 años de edad;</li> <li>1 visita por año entre 2 a 7 años de edad;</li> </ul> </li> <li>1 visita cada 24 meses desde la edad de 7 a 19.</li> </ul> El costo de vacunas administradas en el marco del cuidado de la salud infantil estará reembolsado hasta la medianoche precedente al 19º cumpleaños.
Examen del virus VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>100%</li> <li>número ilimitado de exámenes de sangre por año</li> </ul>

### 3.4. En el especialista

#### REGLA GENERAL

**Todos los tratamientos y medicamentos deben ser prescritos por un Doctor médico registrado y calificado. Los artículos a continuación son reembolsados al 80% + Plan de Beneficios Médicos Mayores ([Major Medical Benefits Plan MMBP](#)) a menos que sea indicado de otra forma en los comentarios.**

Concepto	Observaciones
Consulta	80% + MMBP
Tratamiento	80% + MMBP
Segunda opinión quirúrgica	100%
Cuidado de salud mental ambulatoria	Covered at 80% + <a href="#">MMBP</a>
Inmunoterapia	Se requiere acuerdo previo. Por favor envíenos los resultados de un examen de alergia.

Concepto	Observaciones
IUD (dispositivo intrauterino)	Cubierto en un 80% + MMBP si lo prescribe un médico.
Control (mamografía, Papanicolaou, etc.)	Si es preventivo: cubierto al 100% bajo el máximo de un <a href="#">Examen físico de rutina</a> . Si es diagnóstico (en caso de una enfermedad o sospecha de una enfermedad): cubierto al 80% + MMBP
Audiometría	Cubierto bajo el máximo disponible para audífonos
Examen de la vista para determinar la dioptría por un oftalmólogo, optometrista u oculista	Máximo de un examen por un periodo de 12 meses
Examen de la vista debido a una condición médica (p. ej. no de rutina o para determinar la dioptría)	80 % + MMBP

### 3.5. En el profesional sanitario calificado y licenciado (que no sea un doctor)

#### REGLA GENERAL

**Todos los tratamientos y medicamentos deben ser prescritos por un Doctor médico registrado y calificado. Los artículos a continuación son reembolsados al 80%+ Plan de Beneficios Médicos Mayores (Major Medical Benefits Plan MMBP) a menos que sea indicado de otra forma en los comentarios.**

Concepto	Observaciones
<b>Se requiere una prescripción de un Doctor para tratamientos dados por una persona que posea un certificado paramédico (p. ej. enfermera, fisioterapeuta).</b>	
Atención médica (p. ej. aplicación de vendas, inyecciones) y supervisión por una enfermera.	Se requiere acuerdo previo. Por favor envíe un reporte médico que incluya: <ul style="list-style-type: none"> <li>la condición médica del paciente por la cual se requiere atención domiciliaria por una enfermera;</li> <li>el periodo durante el cual se requiere la atención domiciliaria por una enfermera;</li> <li>el plan de tratamiento, incluyendo una lista de labores que la enfermera domiciliaria realizara y un aproximado del tiempo requerido para cada labor individualmente.</li> </ul>
Asistencia de enfermera para actividades del diario vivir (p. ej. vestir, alimentar, supervisión)	No cubierto

Concepto	Observaciones
Cuidado domiciliario de salud	<p>100% si es suministrado como una alternativa igual en costo, o más económico, que un ingreso hospitalario médicamente requerido.</p> <p>Se requiere acuerdo previo. La aprobación será dada por periodos de tiempo solamente.</p> <p>El máximo siguiente se aplica por enfermedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• en Canadá: 10.000 USD;</li> <li>• en Europa: 7.500 USD;</li> <li>• en el resto del mundo: 5.000 USD.</li> </ul> <p>Nota: La atención de custodia o asistencia con actividades del diario vivir (por ejemplo, alimentar, asear, vestir, dar compañía) no está cubierta.</p>
Asesoramiento dietético y nutricional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 80% + MMBP por una consulta por año calendario, orientada a una dieta;</li> <li>• hasta diez sesiones por vida para pacientes con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• una enfermedad crónica (específicamente: enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensión, enfermedades del riñón, trastorno alimenticio y gastrointestinal);</li> <li>• un BMI (Índice de Masa Corporal) mayor que 30.</li> </ul> </li> </ul> <p>Para estos pacientes, el ajuste dietético es médicamente necesario y asume un rol terapéutico.</p> <p>El asesoramiento nutricional, debe ser prescrito por un médico y brindado por un profesional sanitario (p. ej. dietista registrado, nutricionista licenciado u otro profesional de la salud licenciado y calificado).</p>
Programas de educación para diabetes /asma/pacientes con un asma severa, etc.	Cubiertas
Orientación de ejercicios prenatales y postnatales	Cubierta

Concepto	Observaciones
Fisioterapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 80% + MMBP</li> <li>• Hasta sesenta sesiones por año civil</li> <li>• El tratamiento debe ser administrado por un médico titulado o un fisioterapeuta con la debida licencia para ejercer su profesión. En la prescripción del médico que le atiende se debe precisar lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) Diagnóstico</li> <li>(b) Tipo de tratamiento</li> <li>(c) Número de sesiones</li> <li>(d) Duración real del tratamiento.</li> </ul> </li> </ul> <p>La factura deberá mencionar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el grado médico (título) del proveedor de servicios médicos;</li> <li>• la(s) fecha(s) de tratamiento;</li> <li>• el tipo de tratamiento dado.</li> </ul>
Sesión de tratamiento paramédico	Incluido en el máximo por fisioterapia si hay suficientes pruebas científicas de su eficacia terapéutica. .
Podoterapia	Cubierto si es médicamente necesario. La prescripción del doctor deberá indicar claramente el diagnóstico y el número de sesiones prescrito.
Terapias combinadas (p.ej. terapia ocupacional, logopedia)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 80% + MMBP</li> <li>• Hasta sesenta sesiones por año civil</li> <li>• El tratamiento debe ser administrado por un terapeuta con la debida licencia para ejercer su profesión. En la prescripción se debe precisar lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) Diagnóstico</li> <li>(b) Tipo de tratamiento</li> <li>(c) Número de sesiones</li> <li>(d) Duración real del tratamiento.</li> </ul> </li> </ul> <p>La factura deberá mencionar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el grado médico (título) del proveedor de servicios médicos;</li> <li>• la(s) fecha(s) de tratamiento;</li> <li>• el tipo de tratamiento dado.</li> </ul>

Concepto	Observaciones
Logopedia	<p>Cubierto si es suministrado para remediar estrictamente una condición médica.</p> <p>No cubierto si es suministrado para remediar disfunciones producidas por un ambiente multilingüe. Razones sociales o educacionales tampoco no son aplicables para un reembolso.</p> <p>Se requiere acuerdo previo.</p> <p>Por favor envíenos un reporte de evaluación por un terapeuta logopeda y un reporte médico que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la causa del trastorno del habla;</li> <li>• la razón para el tratamiento;</li> <li>• la naturaleza del tratamiento incluyendo el número requerido de sesiones.</li> </ul>
Tratamiento psicológico dado por un: <ul style="list-style-type: none"> <li>• psiquiatra;</li> <li>• psicólogo licenciado;</li> <li>• psicoanalista licenciado;</li> <li>• trabajador social psiquiatra licenciado;</li> <li>• neurólogo.</li> </ul>	<p>Cubierto al 80% + MMBP</p> <p>El acuerdo previo de nuestro médico consejero se requiere a partir de la 11ª sesión en el mismo año calendario</p>
Cuidado custodial	No cubierto
Cuidado Hospice	No cubierto
Terapia de parejas	No cubierto
Tratamiento ambulatorio por uso de alcohol y drogas	<p>Reembolsado al 80%. Se requiere acuerdo previo del médico consejero de Cigna.</p> <p>40% de las visitas admisibles pueden ser dirigidas a miembros cubiertos de la familia del participante al tratamiento por uso de alcohol y drogas.</p>

### 3.6. En el oculista

#### REGLA GENERAL

Todos los tratamientos y medicamentos deben ser prescritos por un Doctor médico registrado y calificado. Los artículos a continuación son reembolsados al 80%+ Plan de Beneficios Médicos Mayores (Major Medical Benefits Plan MMBP) a menos que sea indicado de otra forma en los comentarios.

Concepto	Observaciones
Examen de la vista para determinar la dioptría por un oftalmólogo, optometrista u oculista	Máximo de un examen por un periodo de 12 meses
Anteojos correctivos y lentes de contacto	<p>Se requiere de una participación de 12 meses en el sistema de Cigna.</p> <p>80% hasta 250 USD por 24 meses, incluyendo el costo para armaduras. El periodo de 24 meses comienza el día donde se adquiere el dispositivo óptico.</p> <p>Está permitido el reemplazo en caso de un cambio de dioptría.</p> <p>Para propósitos de solicitud de reembolso, por favor envíe la siguiente información y documentación:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• la dioptría de los dispositivos ópticos;</li><li>• una factura oficial que refleje los precios por separado por artículo adquirido.</li></ul>
Armadura	Incluido en la cobertura general para dispositivos ópticos.
Fluido para lentes de contacto	No cubierto



### 3.7. En el dentista

#### REGLA GENERAL

Todos los tratamientos y medicamentos deben ser prescritos por un Doctor médico registrado y calificado. Los artículos a continuación son reembolsados al 80% a menos que sea indicado de otra forma en los comentarios.

Concepto	Observaciones
Cobertura general para cuidado dental	80% hasta 1,000 USD El saldo no reembolsado de un año calendario se trasladará al próximo año siguiente. Prácticamente, si el importe reembolsado para tratamiento dental hasta el 31/12/2011 es inferior al máximo reembolsable, este balance se trasladará y se usará en 2012.
Examen dental cada 6 meses	Incluido en la <a href="#">Cobertura general para cuidado dental</a>
Rayos-x dental	Incluido en la <a href="#">Cobertura general para cuidado dental</a>
Prótesis (incluyendo puentes, implantes, dentaduras)	Incluido en la <a href="#">Cobertura general para cuidado dental</a>
Tratamiento de ortodoncia (incluyendo el dispositivo ortodóntico)	El tratamiento se debe iniciar antes de que el paciente cumple los 15 años de edad; El periodo de tratamiento máximo es de 4 años consecutivos. Nunca reembolsable para adultos de más de 18 años de edad, a menos que el tratamiento sea médicamente necesario como resultado de un accidente; Incluido en la <a href="#">Cobertura general para cuidado dental</a>
Tratamiento de ortodoncia ambulatorio como resultado de un accidente	80% + MMBP y no sujeto al límite de reembolso para cuidado dental. Se requiere acuerdo previo.
Cirugía ortodóntica ambulatoria como resultado de un accidente	Incluido en la cobertura para <a href="#">cirugía ambulatoria</a> . Este tipo de cirugía no está incluido en el límite de reembolso para cuidado dental. Se requiere acuerdo previo.
Cirugía ortodóntica hospitalaria como resultado de un accidente	Véase <a href="#">En el hospital</a> . Se requiere acuerdo previo.
Cirugía dental realizada en un hospital donde se requiera una sala de operaciones (p. ej. extracción quirúrgica de una muela)	Los honorarios médicos y el costo de los artículos dentales, están incluidos en la <a href="#">Cobertura general para cuidado dental</a> . Para otros gastos (p. ej. uso de una sala de operaciones, habitación en caso de admisión hospitalaria): véase <a href="#">En el hospital</a>

Concepto	Observaciones
Cepillo dental, pasta dental, lavado bucal	No cubierto
Blanqueamiento dental	No cubierto

### 3.8. En la farmacia

#### REGLA GENERAL

Todos los tratamientos y medicamentos deben ser prescritos por un Doctor médico registrado y calificado. Los artículos a continuación son reembolsados al 80%+ Plan de Beneficios Médicos Mayores (Major Medical Benefits Plan MMBP), a menos que sea indicado de otra forma en los comentarios.

Concepto	Observaciones
<p>Cobertura general de productos farmacéuticos prescritos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• que contenga componentes médicos activos; y</li> <li>• generalmente medicamento reconocidos y aprobados por la legislación vigente; y</li> <li>• requerido como resultado de una enfermedad, accidente o maternidad.</li> </ul>	<p>Para propósitos de solicitud de reembolso, por favor envíenos los siguientes documentos junto con el formulario de solicitud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una prescripción del doctor reflejando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• el nombre del paciente;</li> <li>• el diagnóstico;</li> <li>• el nombre del medicamento;</li> <li>• la dosis;</li> </ul> </li> <li>• la factura oficial claramente indicando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• la fecha de compra;</li> <li>• el nombre (s) del medicamento;</li> <li>• el precio pagado por cada producto.</li> </ul> </li> </ul>
<p>Medicamentos de venta libre</p>	<p>Los medicamentos de venta libre solamente están cubiertos si constituyen una parte esencial del tratamiento y se cumplen las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la medicación está compuesta por fármacos generalmente aceptados en el sector médico (que contienen suficientes ingredientes farmacéuticos activos). Esto significa que existen suficientes pruebas científicas de su efectividad en las publicaciones médicas revisadas por expertos.</li> <li>• la medicación debe ser prescrita por un médico para un diagnóstico específicamente definido, debiendo mencionarse dicho diagnóstico en la receta.</li> </ul> <p>Los productos siguientes no se reembolsarán en ningún caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• productos cosméticos, como cremas o lociones antiarrugas, productos Retin A (salvo para casos diagnosticados de acné grave), jabones</li> </ul>

Concepto	Observaciones
	corporales, cremas hidratantes o protectoras, productos de limpieza cutánea. <ul style="list-style-type: none"> <li>• colirio no mediado, colirio Hypo Tears, lubricantes oculares.</li> </ul>
Suplementos nutricionales/alimenticios	No cubierto
Vitaminas y minerales	No cubierto, a menos que la vitamina/el mineral en cuestión, es tomada/o para curar un déficit existente. Por favor envíenos los resultados del laboratorio para que nuestro médico consejero pueda decidir si este es el caso.
Vitamina D	Cobertura aplicable únicamente a aquellos pacientes con osteoporosis u osteopenia documentadas.
Multivitaminas	No cubierto
Calcio	Cobertura aplicable únicamente a aquellos pacientes con osteoporosis u osteopenia documentadas.
Homeopatía	Cubierta
Fitoterapia, productos naturales	No cubierto
Medicamentos de medicina china (MCT) /medicina alternativa	Los gastos en MCT o una medicina alternativa son reembolsables si hay una dolencia médica que precisa de este tratamiento; si el tratamiento lo administra un doctor en medicina con licencia para ejercer la medicina en el país donde se aplica el tratamiento; y si el tratamiento está reconocido como modalidad de tratamiento válida por las autoridades sanitarias competentes del país de tratamiento.
Tratamiento ayurvédico	Ver más arriba. Un tratamiento ayurvédico se reembolsará si: <ul style="list-style-type: none"> <li>- hay una dolencia médica que precisa de este tratamiento.</li> <li>- el tratamiento lo administra un doctor en medicina con licencia para ejercer la medicina en el país donde se aplica el tratamiento.</li> </ul> El tratamiento se administra en Bangladesh, India, Nepal, Pakistán o Sri Lanka.
Inhibidor del apetito dirigido a la pérdida de peso / productos dietéticos	No cubierto
Medicina para el tratamiento de la obesidad (Xenical, Meridia y Reductil)	Para pacientes con un Índice de Masa Corporal (BMI) mayor o igual que 30, en conjunción con cualquiera de los siguientes enfermedades severas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• enfermedad coronaria del corazón;</li> <li>• diabetes mellitus tipo II;</li> </ul>

Concepto	Observaciones
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• apnea del sueño obstructiva clínicamente significativa;</li> <li>• hipertensión médicamente refractaria;</li> <li>• serios problemas ortopédicos bien documentados.</li> </ul> <p>Se requiere acuerdo previo.</p> <p>Por favor envíenos un reporte médico detallado confirmando su BMI (Índice de Masa Corporal) y cualquier otro trastorno médico relevante.</p> <p>Se puede aprobar un periodo máximo de 6 meses, que puede ser prolongado excepcionalmente a base de un informe de evaluación actualizado documentando la efectividad del tratamiento (porcentaje de pérdida de peso).</p>
Productos dirigidos para dejar de fumar	No cubierto
Bifosfonatos/Medicamento para tratar osteoporosis (Fosamax, Evista, etc.)	<p>Se requiere acuerdo previo.</p> <p>Por favor envíenos el resultado de un BMM (densimetría ósea) tomado antes de que fuese iniciado el tratamiento, incluyendo los valores T- y Z.</p> <p>Este tipo de medicamento, solo será cubierto si el resultado del BMM muestra que el paciente sufre de osteoporosis (p. ej. si el resultado del valor T es -2.5 o menor y el resultado del valor Z es -1.0 o menor). El reembolso de estos productos, esta limitado a cinco años.</p>
Medicamento VIH/AIDS	Cubiertos
Productos del cuidado diario (jabón, shampoo, etc.)	No cubierto
Anticonceptivos	<p>Cubiertos al 80% + MMBP todos los anticonceptivos que requieren una prescripción médica.</p> <p>Los medicamentos y dispositivos sin receta no están cubiertos.</p>
Glucosamina, sulfato de condroitina	No cubierto
Productos de crecimiento y estimulación del cabello	No cubierto
Medicamentos para (temporalmente) tratar la impotencia (p. ej. Viagra, Levitra)	<p>Sólo cubierto si el producto es prescrito por un doctor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• después de una prostatectomía (= extracción quirúrgica de todo o parte de la glándula prostática);</li> <li>• en caso de neuropatía diabética (= daño al nervio como resultado de altos niveles de azúcar en la sangre).</li> </ul>

Concepto	Observaciones
	La prescripción debe incluir el diagnóstico del paciente.  Máximo reembolsable de 6 tabletas por mes.  Disfunción eréctil como resultado de la edad e impotencia psicógena, no son condiciones validas.
Malaria profilaxis (= prevención de la malaria)	No cubierto
Substitutos de nicotina	No cubierto
Vacunas preventivas para niños (cuidado de la salud infantil)	Ver <a href="#">Cuidado de la salud infantil</a>
Vacunas	No cubierto, a excepción de las siguientes vacunas: Influenza, Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis A+B, Fiebre amarilla, Tetanus (difteria) y Pneumococcus e inmunizaciones para menores de 19 años (véase cuidados de la salud infantil).
Tamiflu	No cubierto si es usado por razones preventivas. Cubierto si el paciente ha sido diagnosticado con gripe o cuando haya una amenaza real.
Vacuna HPV (p. ej. Gardasil, Cervarix)	80% + <a href="#">MMBP</a> para niñas hasta la edad de 19
Insulina, jeringuillas para diabéticos	Cubiertas
Glucómetro, pompa de insulina, tiras para examen de sangre	Se requiere acuerdo previo.
Tiras para examen de orina para diabéticos	Cubiertas
Tratamiento hormonal para estimular la fertilidad	Véase Tratamiento de fertilidad

### 3.9. En la consulta del profesional sanitario especializado

#### REGLA GENERAL

El plan cubre la renta de equipos médicos al 80%+ Plan de Beneficios Médicos Mayor ([Major Medical Benefits Plan MMBP](#)) o la compra dado el caso que la compra del equipo sea mas económica que la renta, o cuando es imposible rentar el equipo en cuestión), si es considerado médicamente necesario por el médico consejero de Cigna.

Concepto	Observaciones
Dispositivos ortopédicos en general	Se requiere acuerdo previo.

Concepto	Observaciones
	Por favor envíenos una prescripción médica indicando el diagnóstico y el costo estimado del dispositivo prescrito.
Zapatos ortopédicos	Se requiere acuerdo previo.
Plantillas	Por favor envíenos un reporte médico detallado justificando que el dispositivo es necesario y un estimado de costo.
Audífonos	<p>Se requiere una participación en el plan de salud de 12 meses.</p> <p>Se requiere acuerdo previo.</p> <p>Por favor envíenos un reporte médico detallado y audiograma.</p> <p>Cubiertos al 80% hasta 750 USD por aparato de oído (incluyendo el costo del examen de audición y de la reparación) y con un máximo de un audífono por oído por periodo de 36 meses (no MMBP).</p> <p>La fecha del examen de audición o la fecha de compra, la que se cumpla primero, es considerada para determinar la elegibilidad de reembolso de los gastos en cuestión.</p>
Renta de un aerosol/nebulizador	<p>Se requiere acuerdo previo.</p> <p>Por favor envíenos un reporte médico detallado justificando su necesidad.</p>
Renta de un dispositivo (CPAP)	<p>Se requiere acuerdo previo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por favor envíenos un reporte médico detallado incluyendo los resultados de un estudio del sueño que confirme la existencia de apnea del sueño y un estimado de costo.</li> </ul>
Renta de esfigmomanómetro (= medidor de la presión de la sangre)	<p>No cubierto, excepto para las siguientes personas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• diabéticos (ambos tipos I y II, suministrado ya que el paciente esta tomando medicinas para controlar la enfermedad, ya sea insulina y/o antidiabéticos orales);</li> <li>• mujeres embarazadas quienes presentan un riesgo clínico de desarrollar toxicosis ir pre-eclampsia;</li> <li>• personas de la tercera edad que sufran de una enfermedad severa;</li> <li>• pacientes bajo diálisis domiciliaria;</li> <li>• pacientes con malformaciones cerebro vasculares.</li> </ul> <p>Se requiere acuerdo previo.</p> <p>Por favor envíenos un reporte médico detallado y un estimado de costo.</p>
Silla de ruedas	Se requiere acuerdo previo.

Concepto	Observaciones
	Por favor envíenos un reporte médico detallado justificando su necesidad y estimado de costo.
Muletas	Se requiere acuerdo previo.
Andaderas	Por favor envíenos un reporte médico detallado justificando la necesidad y el estimado de costo.
Equipos para postura de pie	
Medias de compresión para venas varicosas	Se requiere acuerdo previo y confirmación del número de pares reembolsable.
Edredón anti-alérgico, forro de colchón, funda/forro de almohada	No cubierto

### 3.10. En el laboratorio/departamento de imagenología

#### REGLA GENERAL

Todos los tratamientos y medicamentos deben ser prescritos por un Doctor médico registrado y calificado. Los artículos a continuación son reembolsados al 80%+ Plan de Beneficios Médicos Mayores (Major Medical Benefits Plan MMBP), a menos que sea indicado de otra forma en los comentarios.

Concepto	Observaciones
Rayos X	Cubiertos
Imagen de Resonancia Magnética (IRM)	Cubierta
Ultrasonido	Cubierto
Electrocardiograma (ECG)	Cubierto
Mamografía preventiva de rutina	Véase Examen físico de rutina
Mamografía de rutina preventiva para personas con antecedentes de cáncer de seno o cuya madre o hermana haya tenido un historial de cáncer de seno	Cubierta
Mamografía con propósitos diagnósticos	Cubierta
Exámenes de laboratorio	Cubiertos
Amniocentesis	Cubierta
Examen del VIH	100%
Examen de PSA (antígeno Prostático)	Ver <a href="#">Examen físico de rutina</a>
Papanicolaou	Ver <a href="#">Examen físico de rutina</a>

## 4. Exclusiones

- Miembros del plan quienes han sido movilizados o se han prestado voluntariamente al servicio militar en tiempo de guerra;
- Lesiones como resultado de carrera de vehículos o competencias peligrosas donde se permiten las apuestas (las competencias de deportes normales están cubiertas);
- Las consecuencias de insurrecciones de motines si, con tomar parte, el miembro del plan ha cometido una infracción de la ley aplicable; y las consecuencias de camorras, excepto en casos de defensa propia;
- Curas medicinales en un "Spa", así como las curas cosméticas y de rejuvenecimiento (cirugía reconstructiva está cubierta cuando es una necesidad resultando de un accidente de que los gastos están cubiertos);
- El resultado directo o indirecto de explosiones, destape de calor, o irradiación producida por transmutación de núcleos atómicos o radioactividad, o como resultado de radiación producida por la aceleración artificial de partículas nucleares;
- Gastos para o en relación con el viaje o transporte, que sea por ambulancia o de otra manera, salvo los gastos de un servicio de ambulancia profesional para transportar al beneficiario entre el lugar donde es herido por un accidente o afectado por una enfermedad y el primer hospital donde es tratado;
- Gastos que no se consideran como razonables y usuales. El gasto razonable y usual para cada tipo de servicio es determinado por Cigna a base de los gastos corrientes para dicho servicio en el lugar donde el tratamiento se administra y tomando en consideración la complejidad del tratamiento, incluido servicios y equipos relacionados. Si Cigna considera que los honorarios para tratamientos, equipos o servicios son excesivos en comparación con los gastos corrientes, aquellos honorarios se reembolsarán hasta el límite razonable y usual para el área geográfica en que se recibe el servicio médico.
- Servicios médicos no considerados como médicamente necesarios y servicios médicos no reconocidos como tratamiento médico para el diagnóstico relacionado;
- El plan no cubre los gastos para productos cuya eficacia no ha sido demostrada suficientemente en el mundo científico y que no se reconocen generalmente en el mundo médico. Un ejemplo de esta exclusión son los productos conteniendo glucosamina o condroitina sulfato;
- Cirugía facultativa que no resulta de una enfermedad, un accidente o maternidad.



## 5. Acceso a formularios

En la sección personalizada de nuestra página web, podrá descargar el formulario de Solicitud y el formulario de Presupuesto de gastos mencionado en el presente documento.

Usted podrá acceder la sección personalizada de nuestra página web de forma siguiente:

- Vaya a [www.cignahealthbenefits.com](http://www.cignahealthbenefits.com) y haga clic en 'Asegurados'.
- Escriba su número de referencia personal y su contraseña. Puede encontrar el número de referencia personal en la tarjeta de afiliación (001/xxxx).

Editor responsable: Cigna International Health Services BVBA • Plantin en Moretuslei 299 • 2140 Antwerpen • Bélgica  
RPR Antwerpen VAT BE 0414783183

'Cigna' designa Cigna Corporation y/o sus compañías filiales y afiliadas. Cigna International y Cigna Global Health Benefits designan estas filiales y afiliadas. Nuestros productos y servicios son suministrados por dichas filiales y afiliadas, a demás de otras empresas contratadas, no por Cigna Corporation. 'Cigna' es una marca de servicio registrada.

Este documento se ofrece únicamente con carácter informativo. Su información se considera fidedigna en la fecha de publicación y está sujeta a cambios. Este documento no debe considerarse como asesoramiento de índole jurídica, médica ni fiscal. Se recomienda consultar siempre a un asesor jurídico, médico y/o fiscal independiente. Nuestros productos y servicios podrían no estar disponibles en algunas jurisdicciones y están excluidos expresamente donde los prohíba la ley vigente.

Copyright 2019 Cigna Corporation

En Europa, la cobertura de seguro se proporciona mediante las compañías siguientes:

Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., registrada en Bélgica como una sociedad con responsabilidad limitada, Avenue de Cortenbergh 52, 1000 Bruselas, Bélgica. Compañía de seguros autorizada en Bélgica con el número de licencia 938.

Cigna Europe Insurance Company SA-NV., registrada en Bélgica como una sociedad con responsabilidad limitada, Avenue de Cortenbergh 52, 1000 Bruselas, Bélgica. Compañía de seguros autorizada en Bélgica con el número de licencia 2176.

Cigna Life Insurance Company of Europe SA-NV y Cigna Europe Insurance Company SA-NV., están sujetas a la supervisión cautelar del Banco Nacional de Bélgica, Boulevard de Berlaimont 14, 1000 Brussels (Bélgica), y a la supervisión de la Autoridad de Mercados y Servicios Financieros (FSMA), Rue du Congrès 12-14, 1000 Bruselas (Bélgica), en el ámbito de la protección del consumidor.

