El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Este es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite www.cigna.com/sp. Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos delineados, consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.pdf o llamar al 1-866-494-2111 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	Para proveedores dentro de la red: $5,000/persona o $10,000/familia. Para proveedores fuera de la red: $10,000/persona o $20,000/familia.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros miembros de la familia en el plan, cada uno deberá alcanzar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos de deducible que hayan pagado todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	Sí. La atención preventiva y las vacunas dentro de la red, las visitas al consultorio, los medicamentos que requieren receta médica y las visitas a instalaciones de atención de urgencia dentro de la red.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el límite a los gastos directos del bolsillo de este plan?	Para proveedores dentro de la red: $7,000/persona o $14,000/familia. Para proveedores fuera de la red: $14,000/persona o $28,000/familia. Límite a los gastos directos del bolsillo médico/de salud del comportamiento y de farmacia combinado.	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de la familia en este plan, ellos tienen que alcanzar sus propios límites a los gastos directos del bolsillo hasta que se alcance el límite a los gastos directos del bolsillo general familiar.
¿Qué no incluye el límite a los gastos directos del bolsillo?	Las multas por falta de autorización previa de los servicios, algunos cupones de medicamentos, las primas, los cargos por facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite a los gastos directos del bolsillo.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica?	Sí. Vea www.cigna.com o llame al 1-866-494-2111 para una lista de proveedores dentro de la red.	Este plan usa una lista de proveedores dentro de la red. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido.

Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el **deducible**, si aplica un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de $25/visita No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%	Ninguna
	Visita al especialista	Copago de $75/visita No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%	Ninguna
	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	Sin cargo No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su plan.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Coseguro del 20% en instalaciones para pacientes en consulta externa Coseguro del 20% en el consultorio	Coseguro del 50% en instalaciones para pacientes en consulta externa Coseguro del 50% en el consultorio	Multa de $250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.cigna.com.	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Copago de $25/receta (farmacia minorista, 30 días), copago de $63/receta (farmacia minorista, 90 días); copago de $63/receta (entrega a domicilio, 90 días) No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	La cobertura se limita a un suministro para un máximo de 90 días (farmacia minorista y entrega a domicilio) y a un suministro para un máximo de 30 días (farmacia minorista y entrega a domicilio) para los medicamentos especializados. Es posible que se apliquen algunas limitaciones, como por ejemplo, autorización previa, tratamiento escalonado y límites de cantidad. Para los medicamentos del programa Patient Assurance Program de Cigna, es posible que pague menos que los montos de costos compartidos indicados para las farmacias minoristas o para la entrega a domicilio. Los medicamentos preventivos requeridos por el gobierno federal dentro de la red se proporcionarán sin cargo.
	Medicamentos de marcas preferidas (nivel 2)	Copago de $50/receta (farmacia minorista, 30 días), copago de $125/receta (farmacia minorista, 90 días); copago de $125/receta (entrega a domicilio, 90 días) No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	
	Medicamentos de marcas no preferidas (nivel 3)	Copago de $75/receta (farmacia minorista, 30 días), copago de $188/receta (farmacia minorista, 90 días); copago de $188/receta (entrega a domicilio, 90 días) No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	
	Medicamentos especializados (nivel 4)	Copago de $250/receta (farmacia minorista); copago de $250/receta (entrega a domicilio, 30 días) No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa de $250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa de $250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de $300/visita, más un coseguro del 20%	Copago de $300/visita, más un coseguro del 20%	El copago por visita no se aplica si es admitido. Los servicios fuera de la red se pagan al costo compartido y el deducible dentro de la red.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Los servicios de ambulancia aérea fuera de la red se pagan al costo compartido y el deducible dentro de la red.
	Atención de urgencia	Copago de $50/visita No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%	Ninguna
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa de $250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa de $250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Copago de $75/visita al consultorio** Coseguro del 20%/todos los demás servicios **No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%/visita al consultorio Coseguro del 50%/todos los demás servicios	Multa de $250 si no se precertifican los servicios fuera de la red que no son de rutina. Incluye servicios médicos para diagnósticos de salud mental/toxicomanías.
	Servicios internos	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa de $250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red. Incluye servicios médicos para diagnósticos de salud mental/toxicomanías.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Se aplican los niveles de beneficios de la atención primaria o de especialistas a la visita inicial para confirmar el embarazo. El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos. Según el tipo de servicio, es posible que se aplique un copago, coseguro o deducible. La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios que están descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, sonogramas).
	Servicios de parto profesionales	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención de la salud en el hogar	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa de $250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 60 visitas por año. (El límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Servicios de rehabilitación	Coseguro del 20%/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición Copago de $75/visita para atención quiropráctica** **No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición Coseguro del 50%/visita para atención quiropráctica	La cobertura tiene un límite máximo de 30 visitas por año para fisioterapia, de 30 visitas por año para terapia del habla, de la audición y ocupacional, y de 30 visitas por año para servicios de atención quiropráctica. No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.
	Servicios de habilitación	Coseguro del 20%/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición **No se aplica ningún deducible	Coseguro del 50%/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición	Los servicios están cubiertos cuando son médicamente necesarios para tratar una afección mental (p. ej., autismo) o una anomalía congénita. No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.
	Cuidado de enfermería especializada	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa de $250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 60 días por año.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Multa de $250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Coseguro del 20%/servicios para pacientes internados Coseguro del 20%/servicios para pacientes en consulta externa	Coseguro del 50%/servicios para pacientes internados Coseguro del 50%/servicios para pacientes en consulta externa	Multa de $250 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Atención dental (niños)
- Aparatos auditivos
- Tratamiento para la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos
- Enfermería de práctica privada
- Atención de la vista de rutina (adultos)
- Atención de la vista de rutina (niños)
- Atención de los pies de rutina
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- Atención quiropráctica (30 visitas)

Sus derechos a continuar con su cobertura:

Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Cigna al 1-866-494-2111 y Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:

Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle un reclamo. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, una apelación o una queja formal a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Servicio al Cliente de Cigna al 1-866-494-2111. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o ingresando en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado u otras políticas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otra cierta cobertura. Si califica para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no califique para el crédito fiscal para las primas.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios lingüísticos:
Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-494-2111.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-494-2111.
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助 ， 请拨打这个号码 1-866-494-2111.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-866-494-2111.

*Para ver ejemplos de cómo este **plan** podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.*

Acerca de los ejemplos de cobertura:

Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y los servicios excluidos dentro del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

El deducible general del plan	**$5,000**
Copago de especialista	**$75**
Coseguro de hospital (instalaciones)	**20%**
Otro coseguro	**20%**

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al especialista *(atención prenatal)*
Servicios de parto profesionales
Servicios de instalaciones de partos profesionales
Pruebas diagnósticas *(sonogramas y análisis de sangre)*
Visita al especialista *(anestesia)*

Costo total hipotético	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$5,000
Copagos	$40
Coseguro	$1,500
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Peg pagaría es	$6,560

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

El deducible general del plan	**$5,000**
Copago de especialista	**$75**
Coseguro de hospital (instalaciones)	**20%**
Otro coseguro	**20%**

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico primario
(incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
Pruebas diagnósticas *(análisis de sangre)*
Medicamentos por recetas
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

Costo total hipotético	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$120
Copagos	$1,100
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$40
El total que Joe pagaría es	$1,260

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

El deducible general del plan	**$5,000**
Copago de especialista	**$75**
Coseguro de hospital (instalaciones)	**20%**
Otro coseguro	**20%**

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Sala de emergencias
(incluye materiales médicos)
Prueba diagnóstica *(radiografía)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(terapia física)*

Costo total hipotético	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$2,000
Copagos	$500
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	$2,500

El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Nombre del Plan: LocalPlus Bronze Plan **Ben Ver:** 34 **Plan ID:** 38070482

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO DE MANERA INTENCIONAL.

La discriminación es ilegal.

Cobertura médica

Cigna Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Cigna Healthcare no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Cigna Healthcare:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros; por ejemplo:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de asistencia lingüística gratuita a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al número gratuito que aparece en su tarjeta de ID y pídale a un asociado de Servicio al Cliente que le ayude.

Si considera que Cigna Healthcare no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja escribiendo un mensaje de correo electrónico a **ACAGrievance@Cigna.com** o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna Healthcare
Nondiscrimination Complaint Coordinator
P.O. Box 188016
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar un reclamo escrito, llame al número que figura en la parte posterior de su tarjeta de identificación o envíe un correo electrónico a **ACAGrievance@Cigna.com.** También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo postal o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Los formularios para presentar un reclamo están disponibles en **https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html**

Todos los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Behavioral Health, Inc., Evernorth Care Solutions, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation, incluidas Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of California, Inc., Cigna HealthCare of Colorado, Inc., Cigna HealthCare of Connecticut, Inc., Cigna HealthCare of Florida, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Illinois, Inc., Cigna HealthCare of Indiana, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of New Jersey, Inc., Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Tennessee, Inc. y Cigna HealthCare of Texas, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

896375SPf 3/24 © 2024 Cigna Healthcare.

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. For current Cigna Healthcare customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711).

Spanish – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Si es un cliente actual de Cigna Healthcare, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Chinese – 注意：我們可爲您免費提供語言協助服務。對於 Cigna Healthcare 的現有客戶，請致電您的 ID 卡背面的號碼。其他客戶請致電 1.800.244.6224 （聽障專線：請撥 711）。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna Healthcare, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên. Các trường hợp khác xin gọi số 1.800.244.6224 (TTY: Quay số 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 현재 Cigna Healthcare 가입자님들께서는 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락해주십시오. 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주십시오.

Tagalog – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna Healthcare, tawagan ang numero sa likuran ng iyong ID card. O kaya, tumawag sa 1.800.244.6224 (TTY: I-dial ang 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Если вы уже участвуете в плане Cigna Healthcare, позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки участника плана. Если вы не являетесь участником одного из наших планов, позвоните по номеру 1.800.244.6224 (TTY: 711).

Arabic – برجاء الانتباة خدمات الترجمة المجانية متاحة لكم. لعملاء Cigna Healthcare الحاليين برجاء الاتصال بالرقم المدون علي ظهر بطاقتكم الشخصية. او اتصل ب 1.800.244.6224 (TTY: اتصل ب 711).

French Creole – ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Pou kliyan Cigna Healthcare yo, rele nimewo ki dèyè kat ID ou. Sinon, rele nimewo 1.800.244.6224 (TTY: Rele 711).

French – ATTENTION: Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Si vous êtes un client actuel de Cigna Healthcare, veuillez appeler le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité. Sinon, veuillez appeler le numéro 1.800.244.6224 (ATS : composez le numéro 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Tem ao seu dispor serviços de assistência linguística, totalmente gratuitos. Para clientes Cigna Healthcare atuais, ligue para o número que se encontra no verso do seu cartão de identificação. Caso contrário, ligue para 1.800.244.6224 (Dispositivos TTY: marque 711).

Polish – UWAGA: w celu skorzystania z dostępnej, bezpłatnej pomocy językowej, obecni klienci firmy Cigna Healthcare mogą dzwonić pod numer podany na odwrocie karty identyfikacyjnej. Wszystkie inne osoby prosimy o skorzystanie z numeru 1 800 244 6224 (TTY: wybierz 711).

Japanese – 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。現在のCigna Healthcareのお客様は、IDカード裏面の電話番号まで、お電話にてご連絡ください。その他の方は、1.800.244.6224（TTY: 711）まで、お電話にてご連絡ください。

Italian – ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per i clienti Cigna Healthcare attuali, chiamare il numero sul retro della tessera di identificazione. In caso contrario, chiamare il numero 1.800.244.6224 (utenti TTY: chiamare il numero 711).

German – ACHTUNG: Die Leistungen der Sprachunterstützung stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie gegenwärtiger Cigna Healthcare-Kunde sind, rufen Sie bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Krankenversicherungskarte an. Andernfalls rufen Sie 1.800.244.6224 an (TTY: Wählen Sie 711).

Persian (Farsi) – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می شود. برای مشتریان فعلی Cigna Healthcare، لطفاً با شماره‌ای که در پشت کارت شناسایی شماست تماس بگیرید. در غیر اینصورت با شماره 1.800.244.6224 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنوایان: شماره 711 را شمار ه‌گیری کنید).