

**IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija,
NO un seguro médico.**

Es posible que esta póliza de indemnización fija le pague una cantidad limitada en dólares en caso de enfermedad u hospitalización. Usted igual será responsable de pagar el costo de su atención.

- El pago que recibirá no se basará en el monto de su factura médica.
- Puede haber un límite en la cantidad que esta póliza pagará cada año.
- Esta póliza no reemplaza un seguro de salud integral.
- Dado que esta póliza no constituye un seguro médico, no está obligada a incluir la mayoría de las protecciones federales para el consumidor que se aplican a los seguros médicos.

¿Está buscando un seguro médico integral?

- **Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)** o llame al **1-800-318-2596** (TTY: 1-855-889-4325) para buscar opciones de cobertura de salud.
- Para averiguar si puede recibir un seguro médico a través de su trabajo, o el trabajo de un miembro de su familia, comuníquese con el empleador.

¿Tiene preguntas acerca de esta póliza?

- Si tiene preguntas o quejas relacionadas con esta póliza, comuníquese con el Departamento de Seguros de su estado. Puede encontrar el número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (**[naic.org](https://www.naic.org)**) en la sección “Insurance Departments” (Departamentos de Seguros).
- Si tiene esta póliza a través de su trabajo, o el trabajo de un miembro de su familia, comuníquese con el empleador.



Pagado por el empleado

COBERTURA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

RESUMEN DE BENEFICIOS

Preparado para: Distrito Escolar Independiente de El Paso

La cobertura de Atención hospitalaria brinda un beneficio conforme al programa incluido a continuación cuando una Persona cubierta incurre en una estadía en el Hospital o recibe una amplia variedad de tratamientos o cuidados médicos como resultado de una Lesión cubierta o una Enfermedad cubierta. Vea a continuación las variaciones según el estado (marcadas con un *).

Quién puede elegir cobertura:

La elegibilidad para usted, su cónyuge y sus hijos será considerada por su empleador.

Usted: Todos los Empleados del Empleador, activos, a tiempo completo, que trabajen regularmente en los Estados Unidos un mínimo de 10 horas a la semana, que residan regularmente en los Estados Unidos y que sean ciudadanos o extranjeros residentes permanentes de los Estados Unidos, o no ciudadanos de los Estados Unidos que trabajen y vivan legalmente en los Estados Unidos (impatriados), y su Cónyuge e Hijos dependientes que sean ciudadanos o extranjeros residentes permanentes de los Estados Unidos, o un Cónyuge o Hijos dependientes impatriados y que residan legalmente en los Estados Unidos.

Usted podrá recibir cobertura el primer día del mes después de la fecha de contratación, no coincidente con el mes en curso.

Su cónyuge:* Hasta los 100 años, siempre que usted lo solicite y que la cobertura para usted sea aprobada.

Su(s) hijo(s): Desde el nacimiento hasta los 26 años, o más de 26 años si es un hijo discapacitado, siempre que usted lo solicite y que la cobertura para usted sea aprobada.

Cobertura disponible:

Las cantidades de beneficio indicadas en este resumen se pagarán independientemente de los gastos reales incurridos y se pagan por día a menos que se especifique lo contrario. Los beneficios se pagarán únicamente cuando se cumplan todos los términos y condiciones de la póliza. Lea toda la información incluida en este resumen para comprender los términos, las condiciones, las variaciones según el estado, las exclusiones y las limitaciones aplicables a estos beneficios. Consulte su Certificado del seguro para obtener más información.

Período de espera de beneficios:* Ninguno, a menos que se indique lo contrario. No se pagarán beneficios por una pérdida que se produzca durante el Período de espera de beneficios.

NOTA: Este seguro NO reemplaza la cobertura de un seguro de salud integral o para grandes gastos médicos.

Beneficios de hospitalización	Plan bajo	Plan alto
Admisión hospitalaria Sin período de espera. Límite de 1 día, 1 beneficio cada 180 días.	\$500	\$1,000
Estadía hospitalaria Sin período de espera. Límite de 30 días, 1 beneficio cada 365 días.	\$150	\$200
Estadía en la Unidad de cuidados intensivos (ICU) de un Hospital Sin período de espera. Límite de 30 días, 1 beneficio cada 365 días.	\$300	\$400
Estadía en el Hospital para observación Período de espera de 24 horas. Límite de 72 horas. 1 beneficio por cada período de 24 horas o período prorrateado de observación.	\$200 por período de 24 horas	\$400 por período de 24 horas
Admisión para atención en una sala de recién nacidos Límite de 1 día, 1 beneficio por hijo recién nacido. Este beneficio se paga al empleado aunque no se haya elegido la cobertura para hijos.	\$200	\$400

Beneficios de atención adicionales*	Plan bajo	Plan alto
Atención en un establecimiento para el abuso de sustancias Sin período de espera. Límite de 30 días, máximo de 30 días de por vida.	\$100 por día	\$200 por día

Beneficios de atención adicionales*	Plan bajo	Plan alto
Atención en un establecimiento para enfermedades mentales y trastornos nerviosos Sin período de espera. Límite de 30 días, máximo de 30 días de por vida.	\$100 por día	\$200 por día

Característica de portabilidad:* Usted, su cónyuge e hijo(s) pueden conservar el 100% de su cobertura cuando finalice la cobertura. Deben haber estado cubiertos por la póliza y deben tener menos de 100 años para poder conservar su cobertura. Las tarifas pueden cambiar y la totalidad de la cobertura finaliza a los 100 años. Solo disponible para los ciudadanos de los Estados Unidos, extranjeros residentes permanentes y no ciudadanos de los Estados Unidos que trabajen legalmente en los Estados Unidos (impatriados) mientras residan en los Estados Unidos.

Costo mensual de la cobertura del empleado:

Nivel	Plan bajo	Plan alto
Empleado únicamente	\$7.22	\$14.14
Empleado y cónyuge	\$16.56	\$32.56
Empleado e hijo(s)	\$11.28	\$22.00
Empleado y familia	\$19.10	\$37.36

Los costos están sujetos a cambio. Las primas que deban pagarse realmente por período de pago pueden diferir ligeramente debido al redondeo.

NOTA: A continuación, se detallan algunos de los términos, disposiciones y condiciones importantes de la póliza que se aplican a los beneficios descritos en la póliza. No es una lista completa. Consulte su Certificado del seguro para obtener más información.

Cantidades de beneficio pagaderas: Los beneficios para todas las Personas cubiertas son pagaderos al 100% de las Cantidades de beneficio detalladas, a menos que se indique lo contrario. Quienes soliciten la cobertura de forma tardía, si este plan lo permite, quizás deban proporcionar evidencia médica de asegurabilidad.

Condiciones, exclusiones y limitaciones específicas para determinados beneficios (atención hospitalaria):

Admisión hospitalaria: Debe ser admitido como Paciente internado debido a una Lesión cubierta o una Enfermedad cubierta. No incluye: el tratamiento en una sala de emergencias, proporcionado en consulta externa, o para la readmisión por la misma Lesión cubierta o Enfermedad cubierta (incluidas afecciones crónicas).

Estadía en el Hospital: Debe ser admitido como Paciente internado y confinado en el Hospital, debido a una Lesión cubierta o una Enfermedad cubierta, bajo la supervisión y atención de un médico. Si también cumple los requisitos para el Beneficio de estadía en la ICU, se pagará 1 solo beneficio por la misma Lesión cubierta o Enfermedad cubierta, el que sea mayor. Las estadías en el Hospital dentro de un período de 90 días por la misma Lesión cubierta o Enfermedad cubierta o una Lesión o Enfermedad relacionada se considerarán una sola estadía en el Hospital.

Estadía en la Unidad de cuidados intensivos (ICU): Debe ser admitido como Paciente internado y confinado en la ICU de un Hospital, debido a una Lesión cubierta o una Enfermedad cubierta, bajo la supervisión y atención de un médico. Si también cumple los requisitos para el Beneficio de estadía en el Hospital, se pagará 1 solo beneficio por la misma Lesión cubierta o Enfermedad cubierta, el que sea mayor. Las estadías en una ICU dentro de un período de 90 días por la misma Lesión cubierta o Enfermedad cubierta o una Lesión o Enfermedad relacionada se considerarán una sola estadía en la ICU.

Estadía en el Hospital para observación: Debe estar recibiendo tratamiento para una Lesión cubierta o Enfermedad cubierta en un Hospital, lo que incluye una sala de observación, o un centro quirúrgico ambulatorio, durante más de 24 horas, como paciente no internado y debe incurrir en un cargo. Este beneficio no es pagadero si se paga un beneficio en virtud del Beneficio de estadía en el Hospital o el Beneficio de estadía en la Unidad de cuidados intensivos de un Hospital.

Admisión para atención en una sala de recién nacidos: Debe ser admitido como Paciente internado y confinado en un Hospital inmediatamente después del nacimiento bajo la supervisión y atención de un médico.

Condiciones, exclusiones y limitaciones específicas para determinados beneficios (beneficios de atención adicionales):

- No incluye inmunizaciones o exámenes médicos de rutina ni visitas de un Médico u otro profesional de atención médica con licencia mientras esté confinado en un Hospital.
- Algunos beneficios requieren que los servicios sean proporcionados, recetados o recomendados por un Médico.
- **Atención en un establecimiento para el abuso de sustancias:** Debe estar confinado en dicho establecimiento debido a una Lesión cubierta o Enfermedad cubierta bajo la supervisión y atención de un médico o un profesional de atención médica con licencia. No se pagarán beneficios durante el mismo período que una estadía en un Hospital, una ICU o en otro establecimiento. La atención o las estadías en un establecimiento proporcionadas dentro de los 90 días por la misma Lesión cubierta o Enfermedad cubierta o una Lesión o Enfermedad relacionada se considerarán una sola estadía o un solo período de atención. Los beneficios por la atención que comience durante el Período de espera de beneficios se pagarán después de dicho período. Para un establecimiento para el abuso de sustancias, el establecimiento debe cobrar la habitación y la comida para

los servicios de tratamiento. Las exclusiones que se aplican a este beneficio se encuentran en la sección Exclusiones comunes, excepto: (5) El consumo voluntario de cualquier narcótico, droga, veneno o gases, a menos que sea recetado por un Médico o que se tome según sus instrucciones y de acuerdo con la dosis indicada; (6) la operación de cualquier tipo de vehículo bajo los efectos del alcohol o de cualquier droga, narcótico u otro estupefaciente, incluido cualquier medicamento recetado por el cual la Persona cubierta ha recibido una advertencia por escrito en cuanto a la restricción de operar un vehículo mientras toma dicho medicamento. A efectos de esta exclusión, "bajo los efectos del alcohol" significa en estado de embriaguez, según lo definido por la ley del estado en el que ocurrió la Lesión cubierta o Enfermedad cubierta.

- **Atención en un establecimiento para enfermedades mentales y trastornos nerviosos:** Debe estar confinado en dicho establecimiento debido a una Lesión cubierta o Enfermedad cubierta bajo la supervisión y atención de un médico o un profesional de atención médica con licencia. No se pagarán beneficios durante el mismo período que una estadía en un Hospital, una ICU o en otro establecimiento. La atención o las estadías en un establecimiento proporcionadas dentro de los 90 días por la misma Lesión cubierta o Enfermedad cubierta o una Lesión o Enfermedad relacionada se considerarán una sola estadía o un solo período de atención. Los beneficios por la atención que comience durante el Período de espera de beneficios se pagarán después de dicho período. Las exclusiones que se aplican a este beneficio se encuentran en la sección Exclusiones comunes, excepto: (1) Lesión autoinfligida intencionalmente, suicidio o cualquier intento de ambos, estando o no en sano juicio.

Exclusiones y limitaciones comunes:

Exclusiones:* Además de cualquier exclusión específica para determinados beneficios, no se pagarán beneficios por ninguna Lesión cubierta o Enfermedad cubierta causada por cualquiera de los siguientes supuestos (a menos que se indique lo contrario en la póliza): • lesión autoinfligida intencionalmente, suicidio o cualquier intento de ambos, estando o no en sano juicio; • comisión o intento de comisión de un delito grave o una agresión; • guerra o acto bélico, declarado o no; • una Lesión cubierta o Enfermedad cubierta que se produzca durante la participación en las actividades de servicio activo en el ejército, la marina o la fuerza aérea de cualquier país u organización internacional. Cuando recibamos un comprobante de servicio, reembolsaremos cualquier prima pagada por este período. El entrenamiento en servicio activo de la Reserva o Guardia Nacional no está excluido, a menos que se extienda por más de 31 días; • operar cualquier tipo de vehículo bajo los efectos del alcohol o de cualquier droga, narcótico u otro estupefaciente, incluido cualquier medicamento recetado por el cual la Persona cubierta ha recibido una advertencia por escrito en cuanto a la restricción de operar un vehículo mientras toma dicho medicamento. A efectos de esta exclusión, "bajo los efectos del alcohol" significa en estado de embriaguez, según lo definido por la ley del estado en el que ocurrió la Lesión cubierta o Enfermedad cubierta (no incluye a los residentes de WA); • cirugía estética u opcional. Esto no incluye la cirugía estética reconstructiva: a) relacionada con una cirugía por traumatismo, infección u otra enfermedad de la parte del cuerpo involucrada; o b) a causa de una enfermedad o anomalía congénita de un Hijo dependiente cubierto que ha dado origen a un defecto funcional; • cirugía dental, a menos que la cirugía sea resultado de una lesión accidental. Además, no se pagarán beneficios por servicios o tratamientos proporcionados por un Médico, un Enfermero o cualquier persona que: esté empleada o contratada por el Suscriptor o que esté prestando servicios homeopáticos, de aromaterapia o de terapia a base de hierbas, o que viva en el hogar de la Persona cubierta o sea uno de los padres, hermanos o hijos de la Persona cubierta, o su cónyuge.

Definiciones importantes:

Enfermedad cubierta: Una enfermedad o trastorno físico o mental, lo que incluye el embarazo y las complicaciones del embarazo, que provoca una pérdida cubierta. Una Enfermedad cubierta incluye la cuarentena médicamente necesaria en un Hospital junto con el tratamiento preventivo médicamente necesario debido a una exposición identificable a una enfermedad contagiosa e infecciosa que pone en peligro la vida.

Lesión cubierta: Cualquier daño físico que provoque una pérdida cubierta.

Persona cubierta: Una persona que cumple con los requisitos, según lo definido en el Programa de beneficios, que está inscrita y para quien hemos aceptado una Evidencia de asegurabilidad, cuando corresponda, y se ha pagado la prima requerida a su vencimiento, y para quien la cobertura en virtud de esta Póliza continúa en vigor.

Período de espera: El período continuo de tiempo que debe esperarse antes de que sea pagadero un beneficio detallado en el Programa de beneficios. Es posible que deba respetarse un Período de espera durante el Período de espera de beneficios de la póliza.

Hospital:* Una institución que tiene licencia para funcionar como hospital conforme a la ley aplicable; que tiene como actividad principal y continua la prestación de atención y tratamiento médico a las personas enfermas y lesionadas; administrada bajo la supervisión de un equipo de médicos; que proporciona servicios de enfermería las 24 horas a cargo de un enfermero titulado (R.N., por sus siglas en inglés) o bajo su supervisión; y que cuenta con instalaciones médicas, de diagnóstico y tratamiento, con importantes instalaciones quirúrgicas en su edificio, o disponibles mediante la realización de arreglos previos. El término Hospital no incluye una clínica ni un establecimiento para: (1) rehabilitación, convalecencia, cuidado de pacientes reclusos, educación, cuidado de enfermos terminales o cuidados de enfermería especializada; (2) ancianos, drogadicción o alcoholismo; o (3) un establecimiento destinado principal o exclusivamente a la prestación de servicios psiquiátricos a pacientes con enfermedades mentales. El término Hospital tampoco incluye una unidad de un Hospital para rehabilitación, convalecencia, cuidado de pacientes reclusos, educación, cuidado de enfermos terminales o cuidados de enfermería especializada.

Establecimiento para el abuso de sustancias: Un establecimiento de tratamiento residencial que: (1) ofrezca habitación y comida; (2) proporcione tratamiento especializado o servicios de rehabilitación o habilitación para personas con

dependencias químicas o problemas o trastornos emocionales, psicológicos, del desarrollo o del comportamiento. En los programas de tratamiento residencial, los pacientes son asistidos para adquirir las habilidades sociales y conductuales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad.

Enfermedad mental y trastorno nervioso: Neurosis, psiconeurosis, psicopatía, psicosis, o enfermedad o trastorno mental o emocional de cualquier tipo, independientemente de la causa, sin una enfermedad orgánica demostrable, que se pueda prever razonablemente que mejorará con la terapia.

Disposiciones de la póliza:

Cuándo comienza su cobertura: La cobertura comienza en la fecha de entrada en vigor del programa, la fecha en que cumpla los requisitos o el primer día del mes después de la fecha en que recibamos su formulario de inscripción llenado, lo que ocurra en último lugar; o si se requiere evidencia de asegurabilidad, el primer día del mes después de que hayamos aprobado por escrito su cobertura (o la de sus dependientes), a menos que Cigna acuerde lo contrario. Su cobertura no comenzará a menos que usted se encuentre trabajando en forma activa en la fecha de entrada en vigor. La cobertura para las Personas cubiertas no comenzará en la fecha de entrada en vigor si la persona cubierta está internada en un hospital o confinada en el hogar o en un establecimiento, está incapacitada o recibiendo beneficios por incapacidad, o no puede realizar las actividades de la vida diaria. El diferimiento de la fecha de entrada en vigor no se aplicará al Beneficio de admisión para atención en una sala de recién nacidos.

Cuándo termina su cobertura: La cobertura para cualquier Persona cubierta finalizará en la primera de las siguientes fechas: la fecha en la que ya no reúnan los requisitos para recibir cobertura, la fecha en que la póliza colectiva ya no esté en vigor o la fecha del último período para el cual se hayan pagado las primas requeridas. Para su Cónyuge e Hijos dependientes, si corresponde, la cobertura también terminará cuando termine la cobertura para usted, cuando no se paguen las primas o cuando ellos dejen de cumplir los requisitos. (En determinadas circunstancias, su cobertura podrá continuar si usted deja de trabajar. Asegúrese de leer las disposiciones sobre *Continuación del seguro* en su Certificado).

Derecho a examinar el Certificado por 30 días: Si una Persona cubierta no está conforme con el Certificado por el motivo que fuera, podrá devolvérselo dentro de los 30 días siguientes a su recepción. Reembolsaremos cualquier prima que se haya pagado, y el Certificado será nulo, como si nunca se hubiera emitido.

* Variaciones según el estado

Para fines de este folleto, cada vez que aparezca el término Cónyuge también incluirá a la Pareja de hecho registrada en cualquier estado cuyas leyes reconozcan las Parejas de hecho o las Uniones civiles. La definición de cónyuge incluye a las parejas de uniones civiles en Vermont. La cantidad de días de beneficios pagaderos por **Estadía hospitalaria, estadía en la Unidad de cuidados intensivos (ICU) de un Hospital y estadía para atención en una sala de recién nacidos** puede diferir para los residentes de ID. Los beneficios de **Estadía hospitalaria y estadía en la Unidad de cuidados intensivos (ICU) de un Hospital** siempre estarán incluidos para los residentes de ND. Los beneficios de **Estadía hospitalaria** siempre estarán incluidos para los residentes de AK. El beneficio de Admisión adicional en una ICU para una **Estadía en la Unidad de cuidados intensivos (ICU) de un Hospital** no está disponible para los residentes de TX y NH. El Período de espera para una **Estadía para observación** se denomina Período de observación para los residentes de ID y ND. El **Período de espera** no se aplicará para los residentes de ID y NH. Las **Exclusiones** pueden variar para los residentes de MN, MO, NH, SC, SD y WA. Los **Beneficios de admisión para atención en una sala de recién nacidos** no están disponibles para los residentes de ID, NH, OR y WA. En TX y VT, la **Portabilidad** se denomina Continuación debido a la pérdida de la elegibilidad. Los residentes de VT no están sujetos al límite de edad para continuar la cobertura. Es posible que los beneficios no estén disponibles para los residentes de NM.

Serie 1.0

ESTAS PÓLIZAS PAGAN SOLAMENTE BENEFICIOS LIMITADOS. NO CONSTITUYEN UNA COBERTURA DE SEGURO MÉDICO INTEGRAL Y NO CUBREN TODOS LOS GASTOS MÉDICOS. ESTA COBERTURA NO SATISFACE EL REQUISITO DE "COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA" NI EL REQUISITO DEL MANDATO INDIVIDUAL DE LA LEY DEL CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO (ACA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS). ESTA COBERTURA NO ES UN SEGURO COMPLEMENTARIO DE MEDICAID NI DE MEDICARE.

La disponibilidad de los productos puede variar según el lugar y el tipo de plan, y está sujeta a cambios. Todas las pólizas colectivas de seguro pueden incluir exclusiones, limitaciones, reducciones de beneficios y términos en virtud de los cuales la póliza puede continuar en vigor o interrumpirse. Para conocer los costos y los detalles de la cobertura, comuníquese con un representante de Cigna Healthcare. Los planes o las pólizas de seguro por lesión accidental, por enfermedad crítica y de atención hospitalaria son distribuidos exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, incluida Cigna Health and Life Insurance Company (Bloomfield, CT). Los nombres, los logos y las marcas de Cigna Healthcare son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

Los términos y las condiciones de la cobertura se establecen en la Póliza colectiva N.º HC112430. Este documento no tiene por objeto brindar una descripción completa de la cobertura del seguro que se ofrece. Esto no es un contrato. Diríjase al Patrocinador de su plan para obtener una copia de la Póliza colectiva. En caso de discrepancia entre este resumen y la Póliza colectiva, la información incluida en la Póliza colectiva tendrá precedencia. La disponibilidad de los productos, los beneficios, las cláusulas, las afecciones cubiertas, las disposiciones de la póliza o las características pueden variar según el estado. Guarde este material como referencia.