

Cuidado de la salud preventivo.

Comprenda qué servicios están cubiertos.



¿Qué es el cuidado preventivo?

El cuidado preventivo es un grupo específico de servicios recomendados cuando una persona no tiene síntomas y no se le ha diagnosticado un problema de salud relacionado. Incluye el examen (chequeo) de bienestar periódico y pruebas específicas, determinados exámenes médicos y la mayoría de las vacunas. Por lo general, la mayoría de estos servicios pueden brindarse durante la misma visita. Usted y su proveedor de cuidado de la salud decidirán qué servicios preventivos son adecuados para usted, teniendo en cuenta su:

- Edad
- Sexo
- Historia clínica personal
- Estado de salud actual

¿Por qué necesito el cuidado preventivo?

El cuidado preventivo puede ayudarle a detectar los problemas en las primeras etapas, cuando pueden ser más fáciles de tratar. Además, puede ayudarle a prevenir determinadas enfermedades y condiciones médicas. Aunque se sienta bien, recibir cuidado preventivo en el momento adecuado puede ayudarle a tomar el control de su salud.

Planifique el cuidado preventivo.

Use este espacio para escribir los detalles para su próximo examen de bienestar periódico.

Fecha: _____

Hora: _____

Preguntas para mi proveedor: _____

¿Qué no se considera cuidado preventivo?

Una vez que tenga un síntoma o que su proveedor de cuidado de la salud diagnostique un problema de salud, las pruebas adicionales que se realicen no se consideran cuidado preventivo. Además, es posible que durante un examen de bienestar periódico reciba otros servicios médicamente apropiados que no se consideren preventivos. Estos servicios pueden estar cubiertos en virtud de los beneficios médicos de su plan, no de sus beneficios de cuidado preventivo. Esto significa que es posible que usted deba pagar una parte o la totalidad del costo, según cuál sea el deducible, el copago y el coseguro de su plan.

¿Qué servicios preventivos están cubiertos?

Muchos planes cubren el cuidado preventivo sin costo adicional para usted si usa un proveedor de cuidado de la salud de la red de su plan. Use el directorio de proveedores de myCigna.com® para ver una lista de proveedores y centros de cuidado de la salud pertenecientes a la red.

Consulte las páginas siguientes para conocer los servicios y suministros que se consideran cuidado preventivo en la mayoría de los planes de salud. La cobertura de servicios recomendados específicamente para “hombres” o “mujeres” se proporciona según las características anatómicas de la persona, y no necesariamente por el sexo de la persona que se indique en el reclamo y/o en un formulario de inscripción.



¿Tiene preguntas?

Consulte los materiales de su plan, hable con su proveedor de cuidado de la salud o llame al número que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de ID.



Exámenes de bienestar





| SERVICIO | GRUPO | CRITERIOS Y FRECUENCIA |
|--|---|--|
| Exámenes preventivos para bebés/niños/adultos, incluido el examen preventivo femenino anual (incluye evaluación de la estatura, el peso, la circunferencia de la cabeza, el índice de masa corporal, la presión arterial, antecedentes, orientación anticipada, educación relativa a la reducción de riesgos, evaluación psicosocial/del comportamiento) |  | <ul style="list-style-type: none"> Al nacimiento y en los meses 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 Visita adicional a los 2 a 4 días para los bebés dados de alta menos de 48 horas después del parto Desde los 3 hasta los 21 años, una vez por año A partir de los 22 años, visitas periódicas, según lo recomendado por el médico |

Vacunas de rutina cubiertas como cuidado preventivo

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> COVID-19 Difteria, toxoides tetánicos y tos ferina acelular (DTaP, Tdap, Td) <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b conjugada (Hib) Hepatitis A (Hep A) Hepatitis B (Hep B) Virus del papiloma humano (VPH) Vacuna antigripal Sarampión, paperas y rubéola (MMR) | <ul style="list-style-type: none"> Antimeningocócica (meningitis) Antineumocócica (neumonía) Antipoliomielítica (IPV) Virus respiratorio sincitial (VRS) Rotavirus (RV) Varicela Herpes zóster |
|---|---|

Puede ver los calendarios de vacunación en el sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés): cdc.gov/vaccines/schedules/.

Exámenes médicos e intervenciones

| SERVICIO | GRUPO | CRITERIOS Y FRECUENCIA |
|---|---|--|
| Examen de detección y asesoría sobre nivel anormal de glucosa en sangre y diabetes tipo 2 |  | Adultos de entre 40 y 70 años que tienen sobrepeso o son obesos; mujeres con antecedentes de diabetes mellitus gestacional |
| Examen de detección de ansiedad |  | Adultos; niños y adolescentes, de 8 a 18 años, incluidas las personas embarazadas y en período posparto |
| Aspirina para reducir el riesgo de preeclampsia ¹ |  | Adultos de 50 a 59 años con factores de riesgo; mujeres embarazadas con riesgo de preeclampsia |
| Examen de detección de autismo |  | 18, 24 meses |
| Examen de detección de bacteriuria |  | Mujeres embarazadas |
| Examen de detección de bilirrubina |  | Recién nacidos antes del alta del hospital |
| Examen de detección del cáncer de seno (mamografía) |  | Mujeres a partir de los 40 años, cada 1 a 2 años |
| Cáncer de seno: análisis sobre beneficios/riesgos de la medicación preventiva |  | Mujeres a partir de los 35 años en riesgo |
| Apoyo/asesoría sobre lactancia materna, suministros ² |  | Durante el embarazo y después del parto |
| Examen de detección del cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) Prueba de ADN para la detección de VPH sola o con examen de Papanicolaou |  | Mujeres entre los 21 y los 65 años, cada 3 años Mujeres entre los 30 y los 65 años, cada 3 años |
| Examen de detección de clamidia |  | Mujeres sexualmente activas en riesgo |
| Exámenes de detección de colesterol/trastornos lipídicos ¹ |  | <ul style="list-style-type: none"> Exámenes de detección de niños y adolescentes de 9 a 11 años y de 17 a 21 años; niños y adolescentes con factores de riesgo de 2 a 8 años y de 12 a 16 años Todos los adultos de 40 a 75 años |

 = Hombres  = Mujeres  = Niños/adolescentes

Exámenes médicos e intervenciones (continuación)

| SERVICIO | GRUPO | CRITERIOS Y FRECUENCIA |
|---|-------|---|
| Examen de detección del cáncer de colon ¹ | ● ● | Las siguientes pruebas estarán cubiertas para la detección del cáncer colorrectal, entre los 45 y los 75 años: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de sangre oculta en las heces (FOBT, por sus siglas en inglés) o prueba inmunoquímica fecal (FIT, por sus siglas en inglés) anualmente • Sigmoidoscopia flexible cada 5 años • Sigmoidoscopia flexible cada 10 años + FIT anual • Enema de bario de doble contraste (DCBE, por sus siglas en inglés) cada 5 años • Colonoscopia cada 10 años, incluida una colonoscopia de seguimiento, cuando las pruebas de heces revelen resultados anormales • Colonografía tomográfica computarizada (CTC)/colonoscopia virtual cada 5 años – Requiere autorización previa • Prueba de ácido desoxirribonucleico (ADN) en las heces (por ejemplo, Cologuard) cada 1 a 3 años |
| Examen de detección de hipotiroidismo congénito | ● | Recién nacidos |
| Examen de detección de enfermedad cardíaca congénita crítica | ● | Recién nacidos antes del alta del hospital |
| Asesoría/educación sobre anticoncepción (incluidos los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad); productos y servicios anticonceptivos ^{1,3,4} | ● | Mujeres en edad reproductiva |
| Aplicación de barniz de flúor en dientes primarios al momento de su erupción (en el entorno de cuidado primario) | ● | Niños hasta los 6 años |
| Prevención de caries dentales Evaluación de la fuente de agua para determinar si tiene suficiente flúor; si es deficiente, recetar flúor por vía oral ¹ | ● | Niños mayores de 6 meses |
| Examen de detección de depresión/depresión materna | ● ● ● | Adultos; adolescentes de 12 a 18 años, incluidas las mujeres embarazadas y en período posparto |
| Examen del desarrollo | ● | 9, 18, 30 meses |
| Vigilancia del desarrollo | ● | Recién nacidos y en los meses 1, 2, 4, 6, 12, 15 y 24. En cada visita entre los 3 y los 21 años. |
| Prevención de caídas en adultos mayores (incluye evaluación de riesgos, ejercicios individuales y grupales, y fisioterapia) | ● ● | Residencias comunitarias para adultos con factores de riesgo a partir de los 65 años |
| Suplemento de ácido fólico ¹ | ● | Mujeres que planeen un embarazo o puedan quedar embarazadas |
| Asesoría/evaluación genética y pruebas de BRCA1/BRCA2 | ● | Mujeres en riesgo, incluidas las que tienen antecedentes personales o familiares de cáncer de seno, cáncer de ovario, cáncer de trompas uterinas o cáncer peritoneal, o ascendencia asociada a una mutación del gen BRCA1 o BRCA2 <ul style="list-style-type: none"> • Un especialista en genética independiente certificado debe proporcionar asesoría genética antes de las pruebas genéticas de BRCA1/BRCA2 • Las pruebas de BRCA1/BRCA2 requieren precertificación |
| Examen de detección de diabetes gestacional | ● | Mujeres embarazadas sin síntomas de diabetes, a partir de que se cumplan 24 semanas de embarazo |
| Examen de detección de gonorrea | ● | Mujeres sexualmente activas de 24 años o menos, y mujeres mayores en riesgo |
| Asesoría sobre dieta saludable y actividad física | ● ● ● | A partir de los 6 años, incluidas personas gestantes, a fin de promover un peso saludable; personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular; asesoría sobre la salud del comportamiento durante el embarazo |
| Examen de audición (no es un examen de audición completo) | ● | Todos los recién nacidos antes de los 2 meses. A los 4, 5, 6, 8 y 10 años. Adolescentes, una vez entre los 11 y 14 años, entre los 15 y 17 años, y entre los 18 y 21 años. |
| Hemoglobina o hematocrito | ● | 12 meses |
| Examen de detección de hepatitis B | ● ● ● | Mujeres embarazadas; adolescentes y adultos en riesgo |
| Examen de detección de hepatitis C | ● ● | Adultos de entre 18 y 79 años |
| Examen de detección de presión arterial alta (fuera de un entorno clínico) ² | ● ● | Adultos a partir de los 18 años que no sepan que tienen presión arterial alta |
| Profilaxis previa a la exposición (PrEP, por sus siglas en inglés) para prevenir la infección por VIH ¹ Servicios relacionados con la PrEP para el VIH (examen de detección del VIH, prueba de función renal, examen de detección de hepatitis B y C, pruebas de embarazo, examen de detección de infecciones de transmisión sexual/ asesoría para el cumplimiento del tratamiento) | ● ● ● | Personas en riesgo |

● = Hombres ● = Mujeres ● = Niños/adolescentes

Exámenes médicos e intervenciones (continuación)

| SERVICIO | GRUPO | CRITERIOS Y FRECUENCIA |
|---|-------|---|
| Examen de detección de VIH y asesoría sobre VIH | ● ● ● | Mujeres embarazadas; adolescentes y adultos entre los 15 y los 65 años; adolescentes más jóvenes y adultos de más edad en riesgo; mujeres sexualmente activas (adolescentes/adultas), anualmente |
| Examen de detección de violencia de la pareja íntima/violencia interpersonal | ● | Todas las mujeres (adolescentes/adultas) |
| Examen de detección de plomo | ● | 12, 24 meses |
| Examen de detección de cáncer de pulmón (tomografía computarizada de baja dosis) | ● ● | Adultos de 50 a 80 años con antecedentes de fumar 20 paquetes al año y que fumen actualmente o hayan dejado de fumar dentro de los últimos 15 años. La tomografía computarizada requiere precertificación. |
| Metabopatías/hemoglobinopatías (según la ley estatal) | ● | Recién nacidos |
| Examen de detección de obesidad/asesoría | ● ● ● | A partir de los 6 años, todos los adultos |
| Medicación ocular (del ojo) para prevenir la ceguera | ● | Recién nacidos |
| Evaluación de la salud bucal/evaluación para referencia dental | ● | 6, 9 meses. A los 12 meses, entre los 18 meses y los 6 años para niños en riesgo. |
| Examen de detección de osteoporosis | ● | A partir de los 65 años (o menores de 65 para las mujeres con riesgo de fractura según lo determinado por una Herramienta de evaluación de riesgo clínico). El estudio de densidad ósea por tomografía computarizada requiere precertificación. |
| Examen de detección de fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) | ● | Recién nacidos |
| Asesoría preventiva sobre depresión perinatal | ● | Mujeres embarazadas y en período posparto con factores de riesgo |
| Examen de detección de trastornos hipertensivos del embarazo (medición de la presión arterial) | ● | Mujeres embarazadas |
| Exámenes de detección del cáncer de próstata (PSA, por sus siglas en inglés) | ● | Hombres a partir de los 45 años o a partir de los 40 años si tienen factores de riesgo |
| Prueba de incompatibilidad de Rh | ● | Mujeres embarazadas |
| Asesoría sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) | ● ● ● | Mujeres sexualmente activas, anualmente; adolescentes sexualmente activos; y hombres con un mayor riesgo |
| Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) | ● | Adolescentes de 11 a 21 años |
| Examen de detección de anemia drepanocítica | ● | Recién nacidos |
| Asesoría sobre prevención del cáncer de piel para minimizar la exposición a la radiación ultravioleta | ● ● ● | Entre los 6 meses y los 24 años |
| Uso de estatinas para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares | ● ● | Adultos de 40 a 75 años que tienen factores de riesgo de enfermedad cardiovascular |
| Examen de detección de sífilis | ● ● ● | Personas en riesgo; mujeres embarazadas |
| Asesoría/intervenciones relativas al consumo de tabaco/para dejar de fumar ¹ | ● ● | Todos los adultos ¹ ; mujeres embarazadas |
| Prevención del consumo de tabaco (asesoría para prevenir la iniciación) | ● | Niños y adolescentes en edad escolar |
| Examen de detección de tuberculosis | ● ● ● | Niños, adolescentes y adultos en riesgo |
| Ecografía para detectar aneurisma aórtico abdominal | ● | Hombres de entre 65 y 75 años que han fumado alguna vez |
| Examen de detección de consumo poco saludable de alcohol/abuso de sustancias | ● ● ● | Todos los adultos; adolescentes de 11 a 21 años |
| Exámenes de detección de consumo poco saludable de drogas | ● ● | Todos los adultos |
| Examen de detección de incontinencia urinaria | ● | Mujeres |
| Examen de la vista (no es un examen oftalmológico completo) | ● | 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12 y 15 años, o según lo recomendado por el médico |

● = Hombres ● = Mujeres ● = Niños/adolescentes



1. Con sujeción a los términos de la cobertura de farmacia de su plan, es posible que determinados medicamentos y productos estén cubiertos al 100%. Su médico debe darle una receta, incluso para los medicamentos y productos de venta sin receta (a menos que en su estado no se necesite una receta para los productos de venta sin receta), para que estén cubiertos por su beneficio de farmacia. Es posible que el paciente deba pagar una parte del costo si compra productos de marca cuando hay alternativas genéricas disponibles. Consulte la Guía "Medicamentos preventivos sin costo por categoría de medicamento" de Cigna para obtener información sobre los medicamentos y productos sin costo de desembolso.
2. Con sujeción a los términos de la cobertura médica de su plan, es posible que los suministros de control de la presión arterial en el hogar, el alquiler de equipos de lactancia y los suministros estén cubiertos en el nivel de beneficios de cuidado preventivo. Su médico debe proporcionarle una receta para los equipos de control de la presión arterial en el hogar y algunos tipos de sacaleches.
3. Por ejemplo, anticonceptivos orales; diafragmas; inyecciones hormonales y suministros anticonceptivos (espermicidas, preservativos); anticonceptivos de emergencia.
4. Con sujeción a los términos de la cobertura médica de su plan, es posible que algunos productos y servicios anticonceptivos, como algunos tipos de DIU, implantes y procedimientos de esterilización, estén cubiertos en el nivel de beneficios de cuidado preventivo. Consulte los materiales de su plan para conocer los detalles sobre su plan médico específico.

Estos servicios médicos preventivos se basan en las recomendaciones del *U.S. Preventive Services Task Force* (Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos) (recomendaciones A y B), del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés) para las vacunas, del Programa de Periodicidad de las Recomendaciones de Bright Futures para la Atención Médica Pediátrica Preventiva de la American Academy of Pediatrics (Academia Estadounidense de Pediatría), del Panel Uniforme del Comité Asesor sobre Trastornos Hereditarios en Recién Nacidos y Niños de la Secretaría y, con respecto a las mujeres, de las pautas de cuidado preventivo y exámenes de detección basadas en evidencias avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud. Para obtener información adicional sobre vacunas, visite la sección del calendario de vacunas de www.cdc.gov. Este documento es una guía general. Siempre debe analizar sus necesidades específicas de cuidado preventivo con su médico.

Algunos planes optan por complementar los servicios de cuidado preventivo enumerados anteriormente con algunos servicios adicionales, como otros análisis bioquímicos de laboratorio comunes. Cuando se suministran durante una visita de cuidado preventivo, es posible que estos servicios también estén cubiertos en el nivel de beneficios de cuidado preventivo.

Exclusiones

Este documento contiene los aspectos principales de la cobertura de cuidado preventivo en general. Es posible que algunos servicios preventivos no estén cubiertos por su plan. Por ejemplo, las vacunas para viajes generalmente no están cubiertas. Otros servicios/suministros no cubiertos pueden incluir servicios o dispositivos que no sean médicamente necesarios, o servicios/suministros no comprobados (experimentales o en investigación). Para conocer los términos específicos de la cobertura de su plan, consulte la Evidencia de cobertura, la Descripción resumida del plan o el Certificado del seguro.

La disponibilidad del producto puede variar según la ubicación y el tipo de plan, y está sujeta a cambios. Todas las pólizas de seguro de salud colectivo y los planes de beneficios de salud tienen exclusiones y limitaciones. Para conocer los costos y los detalles de la cobertura, revise los documentos de su plan o comuníquese con un representante de Cigna Healthcare.

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 (CHLIC), Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, 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. (CHC-TN) y Cigna HealthCare of Texas, Inc. Formularios de pólizas: OK: HP-APP-1 y otros; OR: HP-POL38 02-13; OR: HP-POL3812-13; TN: HP-POL43/HC-CER1V1 y otros (CHLIC); GSA-COVER y otros (CHC-TN). El nombre de Cigna Healthcare, el logotipo, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.