CONSTANCIA DE COBERTURA Y ELEGIBILIDAD COMBINADA

PARA EMPLEADORES GRUPOS PEQUEÑOS

SIMNSA Health Plan
c/o International Healthcare, Inc.
2088 Otay Lakes Road Suite 102
Chula Vista, CA 91913
(619) 407-4082

SIMNSA Health Plan
Paseo Río Tijuana 406
1er. Piso-Edificio SIMNSA
Tel. 6-83-29-02

This Health Plan may be limited in benefits, rights and remedies under U.S. Federal and State Law.

Este Plan de Salud puede tener limitaciones en sus beneficios, derechos y resoluciones bajo las leyes federales estatales de Los Estados Unidos.

ESTA CONSTANCIA DE COBERTURA Y ELEGIBILIDAD, MANIFIESTA LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE SU COBERTURA DE CUIDADOS DE SALUD. ESTA CONSTANCIA DE COBERTURA Y ELEGIBILIDAD CONSTITUYE SOLAMENTE UN RESUMEN DEL PLAN DE SALUD. EL CONTRATO DE SU PLAN DE SALUD DEBE SER CONSULTADO PARA DETERMINAR LAS CONDICIONES EXACTAS DE COBERTURA. A PETICION DE LOS AFILIADOS AL PLAN, SE LES ENTREGARÁ UN COPIA DEL CONTRATO. DEBE DE SER LEÍDO CUIDADOSAMENTE Y COMPLETAMENTE. INDIVIDUOS CON NECESIDADES DE SALUD ESPECIALES DEBEN LEER CUIDADOSAMENTE AQUELLAS SECCIONES QUE LES APLICAN. USTED TIENE EL DERECHO DE REVISAR ESTA FORMA DE CONSTANCIA DE ELEGIBILIDAD Y COBERTURA COMBINADA ANTES DE INSCRIBIRSE EN EL PLAN.

Bienvenido al programa de cuidados de salud de **SISTEMAS MÉDICOS NACIONALES (SIMNSA)**. Esta Constancia de Cobertura y Elegibilidad ("CCE") describe los servicios que son cubiertos y aquellos que no son cubiertos. Para más información, consulte el Contrato registrado en su nombre por su empleador o Grupo. Este plan de salud es designado no solamente para cumplir con sus necesidades cuando se enferme, sino también para ayudarle a prevenir y evitar tales enfermedades. Sin embargo, para que este plan tenga éxito y sea efectivo, es necesario tener proveedores competentes, y Miembros que mantengan buenos hábitos de salud. Es muy importante que los Miembros deseen y entiendan que es de su beneficio mantener estos estándares.

Esta CCE reemplaza y sustituye todas aquellas emitidas anteriormente.

INDICE DE MATERIAS

SECCIÓN	PÁGINA(S)
COMO USAR EL PLAN	3-4
DISPOSICIONES DE REEMBOLSO DE MIEMBROS	4
CASOS DE EMERGENCIA EN LOS ESTADOS UNIDOS O EN MÉXICO	4
QUE CONSTITUYE UNA EMERGENCIA CUBIERTA POR SIMNSA	4-5
CUIDADOS URGENTES EN LOS ESTADOS UNIDOS O EN MÉXICO	5
QUE CONSTITUYE EL CUIDADO URGENTE CUBIERTA POR SIMNSA	5
SUS COSTOS	5-6
RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO	7
PROCEDIMIENTOS PARA PREGUNTAS Y QUEJAS	7-11
REVISIÓN DE UTILIZACIÓN	12-13
CONTINUIDAD DEL CUIDADO DE SU SALUD	13
DEFINICIONES	14-21
ELEGIBILIDAD	21-23
INSCRIPCIÓN	23-25
VIGENCIA DE LA COBERTURA	25-26
TERMINACIÓN DE BENEFICIOS	26-30
SERVICIOS CUBIERTOS	30-44
SEGUNDAS OPINIONES MEDICAS	44-45
PASES DE REFERENCIAS INTERCONSULTA	45
BENEFICIOS DE RECETAS MEDICAS	45-46
EXCLUSIONES DE COBERTURA	46-51
LIMITACIONES	52
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	52
RESPONSABILIDAD DE TERCERAS PARTES Y NO DUPLICACIÓN DE BENEFICIOS	53
NORMAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA PARA INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL	54-63

LEA POR FAVOR USTED LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA QUE SE INFORME DE QUIEN O DE CUAL GRUPO DE PROVEEDORES SE PUEDE OBTENER LOS SERVICIOS MEDICOS:

1. COMO USAR EL PLAN:

Junto con este libro, usted recibirá una tarjeta de identificación. Usted deberá presentar esta tarjeta cada vez que necesite atención médica. También le pedirán presentar una segunda forma de identificación con foto, para evitar fraude en caso de que se pierda o le roben su tarjeta.

1.1 Elección de Su Médico y Proveedor

También se le proporcionará un "Directorio de Proveedores" en el que aparece una lista de médicos participantes de nivel primario que participan en este programa. Puede elegir a cualquiera de estos médicos participantes para todas sus necesidades de atención médica. En este directorio de proveedores aparecen solamente los médicos de atención primaria. La lista de médicos de atención primaria incluye pediatras, obstetras, ginecólogos y médicos de medicina general y familiar, además de especialistas en medicina interna. Si requiere un médico en otra especialización, su médico de atención primaria le dará una remisión. Los servicios realizados por un ginecólogo participante para el diagnóstico y tratamiento de problemas ginecológicos sin la necesidad de una remisión por parte de su médico de atención primaria. Se le suministrará una lista de proveedores especialistas, si la solicita. Además podrá acceder al Directorio de Proveedores en www.simnsa.com. Como miembro de SIMNSA, tiene la obligación de utilizar siempre a estos Médicos participantes, excepto cuando necesite servicios de emergencia o de cuidados urgentes.

1.2 Instalaciones

El Directorio de Proveedores también incluye una lista de las Instalaciones Participantes.

Si necesita Servicios de Emergencia o de Servicios Urgente, puede ir a cualquier sala de emergencias o a cuidados urgentes, aunque no aparezca en la lista del directorio de proveedores. SIMNSA cubre los servicios de emergencia y de cuidados urgentes en cualquier parte del mundo, conforme a las limitaciones establecidas en otras partes de esta CCE (Constancia de Cobertura).

1.3 Estado de Emergencia

En caso de que el Gobernador de California declare un estado de emergencia y usted tenga alguna pregunta, incluyendo preguntas acerca de tarjetas de identificación extraviadas, acceso a surtidos de recetas médicas o cómo recibir

atención médica, favor de llamar a SIMNSA las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin cargo al 1-800-424-4652.

2. DISPOSICIONES DE REEMBOLSO DE MIEMBROS:

En caso de que tenga gastos en exceso de los copagos aplicables para Servicios Cubiertos autorizados por SIMNSA, usted tiene derecho de recibir un reembolso de esos gastos. Sencillamente mande por correo o presente sus recibos en cualquiera de las oficinas mencionadas por abajo. Se le hará un reembolso dentro de los siguientes 10 días de haber recibido su petición de acuerdo con el horario de beneficios de SIMNSA.

SIMNSA Health Plan
c/o International Healthcare, Inc.
2088 Otay Lakes Road Suite 102
Chula Vista, CA 91913
(619) 407-4082

SIMNSA Health Plan
Paseo Río Tijuana 406
1er. Piso-Edificio SIMNSA
Tel. 6-83-29-02

3. CASOS DE EMERGENCIA EN LOS ESTADOS UNIDOS O MÉXICO:

Si un miembro requiere servicios de Emergencia, el Miembro deberá acudir a la instalación de emergencia más cercana y disponible. Si la Emergencia ocurre en México, tiene que ir a la instalación de emergencia más cercana y disponible en México.

Si la Emergencia (incluyendo a servicios dentales de emergencia, para los miembros que han elegido uno de los planes con beneficios dentales de SIMNSA) ocurre fuera del Área de Servicio del Plan, acuda a la instalación de emergencia mas cercana y disponible, y avise al Plan dentro de las siguientes 48 horas. Si no es razonablemente posible notificar a SIMNSA dentro de 48 horas, SIMNSA deberá ser notificado lo mas pronto posible con una explicación de la tardanza. Un número de teléfono sin costo para llamadas dentro de los Estados Unidos se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de identificación. Si se encuentra fuera de los Estados Unidos se aceptan llamadas por cobrar.

Una vez que SIMNSA ha sido notificado que usted esta hospitalizado en una Hospital no-Participante, un Director Médico le ofrecerá ser transportado dentro del Área de Servicio del Plan una vez que su médico tratante esta de acuerdo que su condición médica es estable para ser transferido. Tiene el derecho de rehusar la transferencia, pero usted puede tener la responsabilidad financiera por todos los gastos contraídos después de que la transferencia es autorizada por el Proveedor no-Participante y el Plan.

4. QUÉ CONSTITUYE UNA EMERGENCIA CUBIERTA POR SIMNSA:

Una emergencia significa un repentino cambio del estado físico o mental de la persona, el cual se manifiesta por un síntoma serio (incluyendo dolor severo) en determinado momento, si no fuese llevado a cabo inmediatamente el procedimiento o tratamiento, podría, conforme con lo que determinaría una persona razonable (“prudent layperson”), resultar en la pérdida de vida o miembro, daño a una función del cuerpo, o disfunción

permanente de alguna parte del cuerpo. La clasificación de situaciones de emergencias médicas se base en signos o síntomas al momento de ser tratadas, verificadas y documentadas por el médico. Las condiciones de Emergencia incluyen, pero no son limitadas a, dificultades severas de respiración, lesiones en la cabeza, inconsciencia, sangrado incontrolable, quemaduras mayores, síntomas de infarto, insolación, lesiones en la espina dorsal, accidentes cardiovasculares, envenenamientos, o convulsión. Estos ejemplos están listados únicamente para aclarar, y sin ser una lista exhaustiva de los casos que pueden ser considerados como Emergencias.

Una Emergencia también puede incluir una condición médica psiquiátrica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad que el paciente presenta un riesgo inmediato a sí mismo(a) u otros o es incapaz de manera de inmediata de proporcionarse o utilizar comida, lugar donde vivir o ropa, debido al trastorno mental.

5. CUIDADOS URGENTES EN LOS ESTADOS UNIDOS O EN MÉXICO:

Si un miembro requiere Servicios de Cuidado Urgente, el Miembro deberá acudir al cuidado urgentes más cercano. Si se requiere Servicios de Cuidado Urgente mientras se encuentre usted en el área de Servicio del Plan, deberá acudir a la Instalación Participante más cercana.

6. QUÉ CONSTITUYE EL CUIDADO URGENTE CUBIERTA POR SIMNSA:

El cuidado urgente es un **cuidado** necesario para prevenir el deterioro grave de la salud física o mental del Miembro a raíz de una enfermedad o lesión imprevista en donde el tratamiento no puede esperar hasta que el Miembro sea atendido por su médico de cabecera durante horas hábiles.

7. SUS COSTOS:

Este Programa de cuidados de salud cubre casi todos los gastos que son Médicamente Necesarios. Existen exclusiones y limitaciones en algunos servicios (vea la lista de beneficios). Si usted requiere un servicio que no está cubierto por SIMNSA, entonces tiene que pagar por el servicio y deberá ponerse de acuerdo con su médico y hospital cuando solicite dicho servicio y antes de recibirlo, (por ejemplo, cirugía cosmética). Existen algunos servicios que requieren un copago por el paciente, tales como, consultas médicas en la oficina, las visitas de telesalud, recetas médicas, exámenes de la vista, etc. y deben de efectuarse al momento de recibir el servicio. Servicios de Emergencias fuera del Área de Servicio del Plan también tienen un copago, lo cual puede ser renunciado (no cobrado) si la Emergencia es tan serio que usted sea admitido al hospital.

De acuerdo a los requerimientos del Acto de 1975 enmendando al Plan de Servicios de Cuidados de Salud de Knox-Keene, cada contrato entre SIMNSA y sus Proveedores Participantes requiere que en caso de que SIMNSA no pague al Proveedor Participante por los Servicios Cubiertos que fueron proporcionados a un Miembro, el Miembro no tendrá la responsabilidad de pagar lo adeudado por SIMNSA al Proveedor Participante. Sin embargo, en caso de que SIMNSA no le pague a cualquier proveedor no contratado por

Servicios Cubiertos, el miembro puede ser responsable de pagar al proveedor no contratado por el costo de los Servicios Cubiertos.

7.1 Cuotas Pre-Pagadas

Es responsabilidad de su Empleador pagar en anticipación las Primas Mensuales para la cobertura de SIMNSA antes del primer día de cada mes. Usted podrá ser requerido a pagar una porción de dichos cargos a su Empleador. Si ese es el caso, su Empleador se lo informará.

Se cubre Servicios Médicos solamente a Miembros de los cuales SIMNSA ya recibió todas las Cuotas Pre-pagadas. La cobertura abarca solamente el periodo por el cual se recibió pago. Favor de ver la Sección 16 de esta CCE para mayores informes acerca de la dada de baja de beneficios.

7.2 Otros Cargos

Necesitará hacer ciertos Copagos por los Servicios Cubiertos. La cantidad de dichos Copagos están especificados en un anexo de Programa de Copagos. Los Copagos deberán ser pagados cuando se reciba el Servicio Cubierto. En el caso que usted no cancele una cita con anticipación proporcionando aviso de 24 horas, usted puede ser requerido a pagar un Copago, a menos de que la cita se pierda por causa de fuerza mayor.

7.3 Tope de Coaseguro

El Tope de Coaseguro (TDC) representa el máximo que un miembro o una familia deben pagar durante el año de contrato antes de que SIMNSA pague el 100 por ciento de la cantidad permitida para los servicios cubiertos.

Todos los coaseguros, incluyendo aquellos para los servicios pediátricos dentales, se incluyen en el TDC. Las primas y los costos relacionados con los Servicios no cubiertos no se incluyen en el TDC.

Consulte el resumen de beneficios y la lista de coaseguros para determinar el TDC para individuos, así como el total para una familia cubierta bajo un miembro único. El TDC individual representa la cantidad total de gastos que un miembro debe acumular antes de que no deba más coaseguros. El TDC familiar es la cantidad que toda la familia cubierta debe acumular antes de alcanzar el TDC para todos los integrantes de la familia sin deber coaseguros. Una vez que se haya alcanzado el TDC, ninguno de los miembros individuales de la familia debe acumular gastos adicionales hacia su TDC individual, ni tendrá que pagar coaseguros durante el resto del año de contrato. Si uno de los individuos alcanza su TDC antes de que se alcance el TDC familiar, ese individuo no tendrá que pagar más coaseguros durante el resto del año de contrato.

Los miembros pueden comunicarse con SIMNSA en cualquier momento por teléfono, correo electrónico o en persona para solicitar su saldo acumulado actualizado para su TDC anual. Además de las solicitudes específicas, SIMNSA enviará por correo informes de acumulación a los Miembros durante el mes en que reciban un servicio cubierto. Los miembros pueden optar por recibir el informe electrónicamente iniciando sesión en su portal para miembros y solicitando comunicación electrónica o comunicándose con SIMNSA por correo electrónico, teléfono o en persona y solicitando informes electrónicos. Los informes electrónicos se enviarán a la dirección de correo electrónico del Miembro registrada en SIMNSA. Los miembros pueden cambiar su dirección de correo electrónico poniéndose en contacto con SIMNSA por correo electrónico, teléfono o en persona. Los miembros que hayan optado por no recibir notificaciones enviadas por correo pueden volver a participar en cualquier momento poniéndose en contacto con SIMNSA por correo electrónico, teléfono o en persona. Estos informes de acumulación incluirán el monto del coaseguro incurridos por un miembro en un año de beneficios determinado. El informe incluirá cualquier costo compartido incurrido por un miembro, el período de tiempo durante el cual se realiza un seguimiento de la acumulación y estará actualizado a partir del mes anterior a la fecha de envío del aviso (por ejemplo, un aviso enviado por correo en mayo incluirá todos los pagos de costos compartidos para el año de beneficios hasta abril).

7.4 Límite anual/de por vida de beneficios

No existe un límite en dólares anual o vitalicio para los beneficios.

8. RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO:

La responsabilidad del paciente es el mantener buenos hábitos de salud. El Plan ofrece servicios de medicina preventiva como, exámenes físicos, vacunas, mamografías, etc. para prevenir enfermedades críticas. Se les recomienda a todos los Empleados Elegibles a usar estos servicios. También es muy importante seguir las instrucciones y recomendaciones de su médico. Finalmente, es responsabilidad del Miembro el usar los servicios médicos adecuadamente y solo cuando sea necesario, y así SIMNSA podrá seguir proporcionando servicios de alta calidad a un costo razonable.

Nunca permita que alguien que no sea un dependiente elegible utilice su tarjeta de identificación.

Su formulario de inscripción debe incluir solamente a su cónyuge o pareja de hecho legales y a todas las personas a su cargo que reúnan los requisitos. No se debe incluir como "personas a su cargo" a ninguna otra persona, puesto que hacerlo se considera fraude, y puede dar lugar a la terminación de su cobertura.

SIMNSA insta a los Miembros a avisarnos si conoce de algún Miembro que esté involucrado en prácticas fraudulentas descritas en esta Sección. Se puede comunicar con SIMNSA en los teléfonos citados en la primera hoja de esta CCE.

9. PROCEDIMIENTOS PARA PREGUNTAS Y QUEJAS:

9.1 Propósito

SIMNSA le ofrece a sus miembros un Procedimiento para Preguntas y Quejas que pueden o no utilizar los Miembros, si lo desean y a su conveniencia. El propósito de este Procedimiento de Preguntas y Quejas ("Procedimiento") es para darle atención a cualquier asunto que pueda causar desagrado con la cobertura del plan de salud. Los Miembros pueden hablar al Departamento de Servicios de Membresía a los teléfonos proporcionados a continuación si tiene alguna pregunta o duda relacionada con su membresía de SIMNSA.

SIMNSA Health Plan
c/o International Healthcare, Inc.
Otay Lakes Road Suite 102
Chula Vista, CA 91913
(619) 407-4082

SIMNSA Health Plan
Paseo Río Tijuana 406
1er. Piso-Edificio SIMNSA
Tel. 6-83-29-02

9.2 Procedimiento

9.2.1 Un Miembro puede mandar una queja al Plan tras cualquier de los siguientes métodos: (1) llamar por teléfono a cualquier número listado arriba bajo la sección 9.1; (2) escribir una carta a cualquier de unos de las direcciones listados arriba bajo sección 9.1; o (3) usando nuestra forma para quejas en el sitio internet del Plan: www.simnsa.com.

9.2.2. Todas las quejas serán resueltas por el Plan dentro de 30 días de haber sido recibidas.

9.2.3. Toda queja debe presentarse dentro de los 180 días calendario siguientes a cualquier incidente o acción que sea objeto de la insatisfacción del Miembro.

9.2.4. Quejas Urgentes: Sin perjuicio de lo anterior contenido en esta Sección 9.2, se aplicará lo siguiente a las quejar que involucren, ya sea 1.) amenaza inminente y grave para la salud de un Miembro, incluyendo, pero no limitado, a dolor intenso, pérdida potencial de vida, extremidades o función corporal principal, o 2.) la cancelación indebida, la rescisión o la no renovación del plan de un miembro:

9.2.4.1. La persona que presenta la queja puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada (*Department of Managed Health*) de inmediato, sin participar en el proceso de queja del Plan.

9.2.4.2 El plan proporcionará una declaración por escrito acerca de la disposición o estado pendiente de una queja urgente dentro de los

tres (3) días calendario siguientes a la recepción de la queja. Además, el Plan considerará la condición médica de un Miembro al determinar el tiempo de respuesta a la queja urgente.

9.3 El Derecho de Comunicarse a la Agencia del Estado de California

El California "Department of Managed Health Care" está a cargo de la reglamentación de los planes de servicio de atención médica. Si usted tiene una queja en contra de su plan de salud, debería —en primer lugar— comunicarse con el personal de su plan de salud, llamando al **(619) 407-4082** (EE.UU.) o al **6-83-29-02** (Tijuana, México), y utilizar el proceso de quejas de ese plan de salud antes de contactarse con el departamento. El uso de este procedimiento de quejas no prohíbe los derechos legales o remedios potenciales a su disposición. Si necesita ayuda respecto a alguna queja en relación con determinada emergencia, una queja que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente, o una queja que haya quedado sin resolver por más de treinta (30) días, puede llamar al Departamento para solicitar asistencia. Además, puede tener derecho a una Revisión Médica Independiente ("IMR", por sus siglas en inglés), en cuyo caso, el proceso de IMR le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por el plan de salud, en relación con la necesidad médica del servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos de naturaleza experimental o de investigación, y las disputas sobre el pago por servicios de emergencia o de atención médica urgente. El Departamento cuenta con un número de teléfono sin cargo (el **1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con problemas auditivos y del habla. El sitio internet del Departamento, ***http://www.dmhc.ca.gov***, tiene formularios para quejas, formularios para solicitud de IMR e instrucciones en línea.

9.4 Derecho a una Revisión Médica Independiente

9.4.1 Un miembro podrá solicitar una revisión médica independiente (IMR) ante El "California Department of Manager Health Care (DMHC)" si usted cree que los servicios de salud que son elegibles para ser cubiertos y pagados han sido negados, modificado o demorados impropiamente por SIMNSA u uno de sus Proveedores Participantes. Un "Servicio de Cuidado del Salud Disputado" es cualquier servicio bajo la jurisdicción del DMHC que es elegible para cobertura y pago bajo SIMNSA que ha sido negado, modificado o demorado por SIMNSA u uno de sus Proveedores Participantes, en total o en parte porque el servicio no es Médicamente Necesario.

9.4.2 El procedimiento de IMR es en adición a cualquier otro procedimiento o remedio que le están disponible a usted. Usted no paga ningún honorario a aplicar o procesar su aplicación para el IMR. Tiene el derecho de proveer

información en apoyo de su pedido para el IMR. SIMNSA le proveerá con una forma de aplicación para el IMR y una respuesta escrita de SIMNSA a su queja, lo cual indicara su posición sobre el Servicio de Cuidado de Salud Disputado. La decisión de no participar en el proceso de IMR pueda afectar su derecho reglamentario de seguir acción legal contra SIMNSA sobre el Servicio de Cuidado de Salud Disputado. Para más información sobre el proceso de IMR, o para pedir una aplicación, por favor llame al Plan de SIMNSA al (619) 407-4082 o al 6-83-29-02.

9.5 Revisión Médica Independiente para la Negación de Terapia Experimental/de Investigación

9.5.1 Puede también tener derecho a una Revisión Médica Independiente, por el "Department of Managed Health Care", de una decisión del Plan de negar cobertura para un tratamiento que hemos determinado que es experimental o de investigación.

9.5.2 El tratamiento tiene que ser por una condición que amenaza la vida o es gravemente debilitarte.

9.5.3 Le notificaremos por escrito de su oportunidad de pedir una Revisión Medica Independiente de nuestra decisión que niega una terapia experimental/de investigación dentro de cinco (5) días de la decisión de negar cobertura.

9.5.4 Usted no está obligado de participar en el proceso de Quejas del Plan antes de pedir una Revisión Médica Independiente de nuestra decisión de negar cobertura de una terapia experimental/de investigación.

9.5.5 La Revisión será completo dentro de treinta (30) días del recibo de su aplicación y documentación en apoyo. Si su médico determina que la terapia propuesta seria significativamente menos efectiva si no fuera iniciado inmediatamente, la Revisión Médica Independiente será rendido dentro de siete (7) días después del requerimiento completo para una Revisión expedida.

9.6 Arbitraje

9.6.1 Todas las disputas que de alguna manera surjan o se relacionen con este Acuerdo o con el objeto del mismo, inclusive las reclamaciones por práctica médica inapropiada se resolverán exclusivamente mediante arbitraje obligatorio de acuerdo con las disposiciones de esta Sección y de la Sección 9.6.2 hasta la Sección 9.6.8. Cualquiera de las partes puede comenzar un proceso de arbitraje enviando una demanda de arbitraje por escrito a la otra parte, estableciendo la naturaleza de la controversia, la cantidad de dinero

involucrada (si la hay), los remedios que se procuran, y anexando a tal demanda una copia de esta Sección 9.6.

9.6.2 Se entiende que cualquier disputa acerca de los servicios médicos proporcionados en los Estados Unidos, así como reclamos sobre práctica médica inapropiada, es decir si los servicios médicos proporcionados en los Estados Unidos y bajo este contrato eran innecesarios o no estaban autorizados, o fueron proporcionados de manera inadecuada, negligente o incompetente, se determinará sometiéndola a arbitraje según lo estipula la ley de California, y no mediante un juicio o recurso de proceso judicial, excepto como lo estipule la ley de California para la revisión judicial del proceso de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al establecerlo, están renunciando a su derecho constitucional de que tal disputa se decida en un tribunal judicial ante un jurado, y en lugar de ello están aceptando el uso de arbitraje.

9.6.3 Habrá un árbitro. Si las partes no seleccionan un árbitro mutuamente aceptable en un lapso de diez (10) días después de que se envíe por correo la demanda de arbitraje, entonces las partes se someterán a arbitraje ante un solo árbitro en sesiones en el panel JAMS/Endispute, quien es un juez jubilado y que se selecciona al exclusivo criterio del administrador de la oficina JAMS/Endispute en San Diego. Las partes compartirán todos los costos del arbitraje. La parte ganadora tendrá derecho a recibir un reembolso de la otra parte por los honorarios y costos del abogado de esa parte y por cualquiera de las tarifas y gastos incurridos en relación con el arbitraje objeto del presente documento.

9.6.4 El árbitro aplicará el derecho sustantivo del estado de California. Las partes tendrán los derechos de descubrimiento en virtud de la Parte 4 del Código de Procedimientos Civiles de California y según se estipula en la Sección 1283.05 de dicho Código. El Código de Evidencia de California aplicará al testimonio y a los documentos que se presenten ante el árbitro.

9.6.5 El arbitraje se llevará a cabo en San Diego, California, a menos que las partes acuerden otra cosa. Tan pronto como sea posible, el árbitro celebrará una audiencia para resolver la disputa o el asunto. Después de ella, y tan pronto como sea razonablemente factible, el árbitro tomará una decisión final, que se establecerá por escrito, se firmará por el árbitro, y se enviará por correo a cada una de las partes y a su asesor legal. Todas las decisiones del árbitro serán finales, obligatorias y concluyentes para las partes y constituirán el único método para resolver las disputas o los asuntos que estén sujetos a arbitraje según este Acuerdo. El árbitro o un tribunal de la jurisdicción apropiada puede emitir un mandamiento de ejecución para hacer cumplir la sentencia del árbitro. Se puede elaborar la sentencia después de que se tome tal decisión, de acuerdo con las leyes aplicables de cualquier tribunal que tenga jurisdicción sobre las mismas.

9.6.6 No obstante lo anterior, (1) debido a que el tiempo es de importancia crítica en este Acuerdo, las partes específicamente se reservan el derecho de solicitar una orden judicial de restricción temporal, orden judicial preliminar u otro recurso equitativo de corto plazo similar, y otorgarán al árbitro el derecho de tomar una determinación final sobre los derechos de las partes, incluyendo hacer permanente o disolver tal orden judicial; y (2) cualquiera y todos los procesos de arbitraje están condicionados a que tales procesos estén cubiertos en las pólizas de seguro contra riesgo de las respectivas partes, si es aplicable.

9.6.7 Todas las disputas, incluyendo los reclamos de práctica médica inapropiada, que de cualquier manera provengan de o estén relacionados con los servicios médicos proporcionados en la República Mexicana estarán sujetos a la jurisdicción de la República Mexicana. Además, dichas disputas deberán resolverse exclusivamente por arbitraje obligatorio y se llevarán a cabo en la República Mexicana.

9.6.8 En casos de extrema dificultad financiera, el Plan asumirá una porción de todas las tarifas y gastos del Miembro por concepto de un árbitro neutral. El Miembro tendrá la obligación de demostrar al Plan la dificultad financiera extrema.

10. REVISIÓN DE UTILIZACIÓN:

10.1. El proceso del Plan para la autorización, modificación ó negación de servicios de cuidado de salud será decidido caso a caso, utilizando principios y procesos clínicos y respetados por la profesión Médica. Se requiere autorización previa para los siguientes servicios: admisión al hospital; ciertos servicios de hospitalización o ambulatorios; ciertos equipos médicos duraderos; ciertos servicios de radiología y todos los servicios de imágenes nucleares; ciertos servicios dentales (para aquellos que cubre el plan dental) y servicios para la vista; fármacos inyectables que administra la oficina, y fármacos que se administran por infusión en casa. No se requiere previa autorización para una admisión al hospital por emergencia. Servicios de emergencia o servicios de cuidado urgente proporcionado a los Miembros del Plan en California serán revisados ya que se haya brindado el tratamiento.

Se requiere autorización previa para ciertos servicios de farmacodependencia y salud mental, incluyendo la post-estabilización y el ingreso a programas como internado por elección del paciente, tratamientos residenciales, hospitalizaciones parciales, programas intensivos como paciente ambulatorio, así como terapia electro convulsiva.

10.2. El Plan tendrá el poder y la autoridad completa y exclusiva, en su única discreción, y conforme a la ley, para determinar todas las preguntas del cobertura y elegibilidad para beneficios, los métodos de proporcionar o acordar los beneficios y todos los otros asuntos relacionados. El Plan tendrá el poder y la autoridad por completo, en su única discreción, de analizar e interpretar las provisiones y los términos de este documento del Plan y todos

los otros documentos escritos, y de cualquiera tal como construcción e interpretación adoptadas por el Plan en buena fe estarán atadas sobre todos los Miembros, sobre todos los Proveedores, sobre todos los Grupo Contratados, y sobre todas las otras personas.

10.3. Su Proveedor Participante le ayudará para obtener la autorización previa de parte del Director Médico del Plan para cualquier servicio que usted pueda requerir. Sólo un Director Médico del Plan puede determinar cuáles servicios eran o no eran Médicamente necesarios. Si el Director Médico no tiene la experiencia personal ni el entrenamiento suficiente para determinar que tales servicios no son Médicamente Necesarios, entonces el Director Médico consulta con un Médico Participante debidamente capacitado antes de que el Director Médico pueda negar tales servicios. Si un Médico Participante debidamente calificado no está disponible, entonces el Director Médico consulta con un médico fuera del Plan debidamente calificado, antes que éste pueda negar tales servicios.

10.4. Las decisiones de la revisión de la utilización son comunicadas al interesado dentro de 5 Días hábiles después de haber recibido toda la información estrictamente necesaria y solicitado por el Plan para tomar la decisión. En los casos donde la revisión es retrospectiva, la decisión será comunicada al Miembro quien recibió los servicios, o la persona quien el designa, dentro de los 30 días de haber obtenido el Plan toda la información que es estrictamente necesaria para tomar una decisión. Las cartas de la decisión que niegan los servicios incluyen: (1) los motivos clínicos para cualquier decisión con respecto a la necesidad médica; (2) información con respecto a cómo un enrolado puede archivar una queja con el Plan; (3) nota a enrolados del derecho de archivar una queja con el Departamento después de treinta días de iniciar el proceso de la queja; y (4) el número de teléfono directo del proveedor de asistencia médica responsable por tomar la decisión.

10.5. UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE LOS POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS DE SIMNSA PARA LA REVISIÓN DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA O DE CUIDADO URGENTE ESTÁ DISPONIBLE Y EL PLAN LE PROPORCIONARÁ UNA COPIA PREVIA SOLICITUD.

11. CONTINUIDAD DEL CUIDADO DE SU SALUD:

11.1. El Plan de Salud de SIMNSA comprende la importancia de la continuidad del cuidado de su salud y la relación que tenga el Miembro con su Médico. Históricamente SIMNSA ha tenido una de rotación baja de Proveedor Participantes.

Es nuestra meta el continuar en esta dirección y ofrecerle a nuestros miembros el beneficio de estar bajo el cuidado de los mismos Proveedores Participantes el tiempo más posible. En el caso remoto de que un Proveedor del cual usted ha recibido servicios deje a SIMNSA, le proveeremos con esta noticia al menos 60 días antes de este cambio. Tiene la opción de cambiarse con otro Proveedor Participante, seleccionándolo del Directorio de Proveedores. Además, si un Hospital Participante fuese terminado de la Red de SIMNSA, nuestro Plan le enviaremos una noticia a todos los Miembros quienes viven dentro de 15 millas del hospital terminado

Si su proveedor tratante u hospital deja de ser un Proveedor u Hospital Participante, o si usted es un nuevo Miembro que estaba recibiendo Servicios Cubiertos de un Proveedor o un Hospital no-Participante a la vez que su cobertura fue efectiva con SIMNSA, usted puede tener el derecho de completar su tratamiento con el Proveedor u Hospital terminado o no-Participante, si usted estaba recibiendo tratamiento para cualquiera de las siguientes condiciones: Problema Agudo o Crítico, Problema Crónico Grave, Embarazo, o Enfermedad Terminal. A un Recién Nacido también se le puede permitir finalizar el curso de su tratamiento con un Proveedor u Hospital no-Participante. También, la ejecución de una cirugía o de otro procedimiento autorizado por SIMNSA o, en el caso de un nuevo Miembro, autorizado por el plan anterior como parte de un curso de tratamiento documentado, a su vez recomendado y documentado por el proveedor, para llevarse a cabo dentro de 180 días a partir de la fecha de terminación del contrato o dentro de 180 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del (de la) afiliado(a) recientemente cubierto(a) aún puede ser realizado. Por favor contactar al Plan para pedir una copia de nuestra Póliza de Continuidad de Atención Medica para mas información sobre como calificar por la continuación de su curso de tratamiento con un Proveedor u Hospital terminado o no-Participante.

Si usted desea completar sus servicios, debe presentar su solicitud por escrito al Plan. Las solicitudes para la conclusión de atención médica deben indicar lo siguiente: Nombre y apellido del (de la) afiliado(a); número de afiliación al Plan; dirección actual del (de la) afiliado(a); número de teléfono actual del (de la) afiliado(a); el nombre y la información necesaria para comunicarnos con el proveedor u hospital cuyos servicios de atención médica prefiere continuar recibiendo; y el condición específica por el que desea la completar los servicios de atención médica.

Por favor comuníquese con SIMNSA a cualquiera de las siguientes oficinas para ponerse de acuerdo y asegurar la continuidad de su cuidado:

SIMNSA Health Plan
c/o International Healthcare, Inc.
2088 Otay Lakes Road Suite 102
Chula Vista, CA 91913
(619) 407-4082

SIMNSA Health Plan
Paseo Río Tijuana 406
1er. Piso-Edificio SIMNSA
Tel. 6-83-29-02

Si un Proveedor u Hospital terminado o no-Participante y el Plan no llega a un acuerdo de los términos de su situación, el Plan no está obligado a completar sus servicios.

11.2. Si le ha estado atendiendo un proveedor de atención médica, puede que usted tenga derecho a continuar con dicho proveedor por determinado período de tiempo. Para averiguarlo, sírvase comunicarse con el Departamento de Servicio al Consumidor de su Organización para la Administración de los Servicios Médicos (HMO, por sus siglas en inglés). Si tiene más preguntas, se le recomienda comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada, el cual protege a los clientes de la HMO. Para ello, sírvase llamar al número gratuito 1-888-HMO-2219 o al número TDD (para personas con discapacidades auditivas) 1-877-688-9891, o dirigirse al sitio en línea www.hmohelp.ca.gov.

11.3. El plan de Salud de SIMNSA comprende la importancia de la continuidad del cuidado de salud, para nuevos miembros que han estado recibiendo servicios, críticos serios o crónicos de una condición mental de un Proveedor no-Participante del plan, incluyendo, siquiatra, psicólogo, terapeuta de familia o un trabajador social que no es parte del plan de salud. Si usted ha estado recibiendo este tipo de tratamiento o servicios, sujetos a ciertas condiciones, usted podría ser elegible para continuar el seguimiento de este tratamiento por un periodo razonable de tiempo, que determinara el Plan con el Proveedor no-Participante antes de ser transferido a un Proveedor Participante.

Un boletín escrito describiendo a la Póliza de SIMNSA referente a la continuidad del cuidado de su salud e información sobre el proceso para requerir una revisión bajo la Póliza esta disponible y le proporcionaremos si la solicita.

12. <u>DEFINICIONES:</u> (aparecerán alfabéticamente en idioma inglés, traducidos al español)

12.1. <u>"Acute Medical Condition": Problema Médico Agudo</u> - significa una afección o problema médico que involucra la aparición repentina de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere atención médica oportuna y que tiene una duración limitada.

12.2. <u>"Agreement": Contrato</u> – significa contrato existente entre el Grupo Médico y Servicios de Hospital y el contrato de Plan y Grupo de Salud, incluyendo Solicitud de Grupo, Constancia de Cobertura Y divulgación, Resumen de Beneficios y Programa de copagos, y cualquier anexo, enmienda, o documento agregado a lo anterior. Una copia del contrato podrá ser proporcionada cuando el miembro lo solicite.

12.3. <u>"Behavioral Health Treatment": Tratamiento del Salud del Comportamiento</u> – Significa los Servicios Cubiertos, incluyendo al análisis del comportamiento aplicado y a los programas de intervención de comportamiento basadas en la evidencia médica (incluidos los mencionados en las Secciones 12.26 y 12.28), que se desarrollan o restauran, en la medida de lo posible, el funcionamiento de un individuo con un trastorno generalizado del desarrollo o autismo, espectro autista u otros trastornos del desarrollo neurológico y que sean: (1) prescritos y proporcionados por un Proveedor Participante; (2) sean objeto de otro plan de tratamiento que tiene objetivos medibles a través de una línea de tiempo específica que se elaboró y aprobó por el proveedor participante para el Miembro específico tratado, y (3) el plan de tratamiento es revisado al menos de cada seis meses por un Proveedor Participante , modificado en su caso, y va de acuerdo con los elementos requeridos por la ley

12.4. <u>"Certified Confinement": Confinamiento Certificado</u> – significa la admisión y tiempo de la estancia de un Miembro en el Hospital, el cual ha sido certificado por el Coordinador Médico del plan antes de ser admitido o retrospectivamente para Admisiones de Emergencia.

12.5. <u>"Chemical Dependency": Dependencia Química</u> – significa el abuso de, o dependencia física o psicológica de, o la adicción al alcohol, sustancias controladas, drogas ilegales, o barbitúricos.

12.6. "Child or Children": Hijo/a o Hijos/as – significa el hijo natural o adoptivo del Suscriptor, así como cualquier otro hijo que dependa económicamente del Suscriptor, incluyendo a hijos de crianza e hijastros.

12.7. "Chronic": Crónico – significa una condición de larga duración.

12.8. "Co-payment": Copago – significa la cantidad que el miembro tiene que pagar al Proveedor Participante al momento de recibir los servicios. De esta forma el Miembro podrá recibir ciertos Servicios Cubiertos los cuales son descritos en el [Resumen de Beneficios y Programa de Copagos].

12.9. "Covered Services, coverage or covered": Servicios Cubiertos, cobertura o cubiertos – significa aquellos servicios cubiertos conforme a la ley o aquellos descritos en la Sección 17 de esta CCE y aquellos servicios y materiales Médicamente Necesarios incluyendo aquellos para cobertura de problemas emocionales senos de un niño u adolecente y enfermedades mentales severas descritos en esta CCE, en el [Resumen de Beneficios y Programa de Copagos], o en cualquier anexo, los cuales están sujetos a todos los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones de este Contrato.

12.10. "Dependent": Dependiente – significa: el cónyuge legal, el Socio Doméstico, o el hijo/a el cual, el Plan de Salud de SIMNSA, determine que cumple con todos los requisitos de elegibilidad citados en la Sección de Elegibilidad del Contrato y esta CCE, quien ha sido enrolado y por los cuales se han hecho pagos requeridos bajo este contrato y aceptados por el Plan de Salud de SIMNSA de acuerdo con los términos del Contrato.

12.11. "Domestic Partner": Socio Doméstico – significa el socio doméstico legal del Suscriptor, cuya asociación con el Suscriptor cumple la definición presentada en la Sección 297 del Código de la Familia del Estado de California, y con quien el Suscriptor ha archivado una Declaración de la Asociación Doméstica con el Ministro de California ("Secretary of State") o un documento equivalente publicado por una agencia local de California, de otro Estado, o por una agencia local de otro Estado bajo lo cual fue creada su asociación. Este Plan proporcionará a Socios Domésticos con cobertura que es igual a lo ofrecido a un(a) esposo(a) del Suscriptor, hasta el punto permitido bajo todas las leyes aplicables del Estado y/o Federales.

12.12. "Durable Medical Equipment": Equipo Médico Resistente – significa artículos o instrumentos duraderos, los cuales según el Plan de Salud de SIMNSA, son: a) fabricados para tolerar el uso prolongado; b) hechos para y utilizados principalmente en el tratamiento de una enfermedad o lesión; c) adecuado para el uso en casa; d) no de uso para personas que no tienen una enfermedad o lesión; e) no para uso en condiciones alterados aire o temperatura; f) no son para hacer ejercicio o entrenamiento.

12.13. "Effective Date": Fecha de Vigencia – significa la fecha citada en la Solicitud de Grupo como fecha de vigencia del Contrato entre SIMNSA y el Grupo.

12.14. "Eligible Employee": Empleado Elegible – significa ya sea (1) cualquier empleado permanente que participa activamente a tiempo completo en el funcionamiento del negocio del pequeño empleador con una semana laboral normal de al menos 30 horas en el transcurso de un mes, en los lugares de negocios regulares del empleador, que ha cumplido con los requisitos del período de espera aplicables y autorizados según la ley. El término no incluye a los propietarios únicos o los cónyuges de esos propietarios únicos, miembros de una sociedad o los cónyuges de los miembros, o empleados que trabajan a tiempo parcial, temporal o como suplentes. Incluye a cualquier empleado elegible, según se define en este párrafo, que obtiene cobertura a través de una asociación garantizada. Los empleados de empleadores que compran a través de una asociación garantizada son empleados elegibles si de otro modo cumplen con la definición, excepto por el número de personas empleadas por el empleador. Los empleados permanentes que trabajan al menos 20 horas pero no más de 29 horas son empleados elegibles si aplican los siguientes cuatro elementos: (a) cumplen con la definición de empleado elegible, excepto por la cantidad de horas trabajadas (b) el empleador ofrece la cobertura de salud de los empleados bajo un plan de beneficios de salud (c) a todas las personas que se encuentran en una situación similar se les ofrece cobertura bajo el plan de beneficios de salud (d) el empleado debe haber trabajado al menos 20 horas por semana laboral normal durante al menos el 50 por ciento de las semanas del trimestre calendario anterior. Ó (2) cualquier miembro de una asociación garantizada según lo define el Código de Salubridad y Seguridad de California §1357.500 (m).

12.15. "Emergency": Emergencia - significa el cambio repentino e imprevisto, del estado físico y mental de la persona la cual se manifiesta por severos síntomas (incluyendo dolor severo), si el procedimiento o tratamiento no fue llevado a cabo inmediatamente, podría, según determina SIMNSA razonable, resultar en la pérdida de vida o miembro, daño a una función del cuerpo, o disfunción permanente de alguna parte del cuerpo. Las condiciones de Emergencia incluyen, pero no son limitadas a, dificultades severas de respiración, lesiones en la cabeza, inconsciencia, sangrado incontrolable, quemaduras mayores, síntomas de infarto, insolación, lesiones en la espina dorsal, accidentes cardiovasculares, envenenamientos, o convulsión.

12.16. "Emergency Psychiatric Medical Condition": Una Condición Médica Psiquiátrica de Emergencia – significa un trastorno mental que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad para que un Miembro pueda esperar que la ausencia de atención médica inmediata resulte en que el Miembro: (a) presente un riesgo inmediato a sí mismo u otros o (b) sea incapaz de proporcionarse o utilizar comida, lugar donde vivir o ropa de manera inmediata, debido al trastorno mental.

12.17. "Emergency Services": Servicios de Emergencia - significa los Servicios Cubiertos que son proporcionados por un profesional de cuidados de salud, para el diagnóstico inmediato y tratamiento de una Emergencia. "Servicios de Emergencia" también significa un estudio adicional, examen, y evaluación por un médico, u otro personaje como permite la ley aplicable y bajo su licencia y privilegios clínicos, para determinar si existe una condición médica de emergencia psiquiátrica, y el cuidado y tratamiento necesario para aliviar u eliminar la condición médico de emergencia psiquiátrica.

12.18. "Employee": Empleado – significa aquella persona que cumple con los requerimientos de cobertura citados en el Contrato para calificar como elegible.

12.19. "Enrollment Application or Enrollment/Change Form": Solicitud de Inscripción o Forma de Inscripción/Cambio – significa que la forma requerida por SIMNSA esté completa, firmada y entregada por el Grupo a SIMNSA, con el propósito de inscripción, alteración de la inscripción del Suscriptor y los Dependientes del Suscriptor como miembros, y/o para notificar a SIMNSA de cualquier cambio en la información del Miembro. Una copia de la Solicitud de Inscripción o Forma de Inscripción/Cambio será proporcionada al Suscriptor.

12.20. "Grace Period": Período de Gracia - significa los 30 días consecutivos siguientes al día en el Aviso de Período de Gracia está fechado. Conforme a la Sección 16.2.4., se enviará un Aviso de Período de Gracias después de no pagar la prima requerida. La Parte responsable del pago podrá pagar las primas vencidas en su totalidad durante el Período de Gracia con el fin de evitar la terminación de la cobertura.

12.21. "Habilitative Services" Servicios de Habilitación – significa servicios de cuidado médico que ayudan a la persona para mantener, aprender o mejorar habilidades y poder funcionar con la vida del día a día.

12.22. "Inpatient": Paciente Interno - significa: a) un individuo que requiere servicios de rutina o especializados en el hospital y es internado como paciente de cama en un hospital; o b) servicios proporcionados a un individuo internado como paciente de cama en un hospital.

12.23. "Medical Coordinator": Coordinador Médico – Es el medico designado por SIMNSA como responsable de la administración de los programas médicos de SIMNSA.

12.24. "Medical Group": Grupo Médico – significa un grupo de médicos que practican en una corporación o compañía profesional, la cual el Plan de Salud SIMNSA ha contratado para proporcionar los Servicios Cubiertos a los Miembros que han elegido a un Médico de Atención Primaria que es miembro de ese Grupo Médico.

12.25. "Medically Necessary": Necesario según el criterio médico – significa un servicio de atención médica u otro servicio, tratamiento o suministro que el Plan determine que (a) se presta para el tratamiento o diagnóstico de una afección, enfermedad o lesión corporal; (b) de acuerdo con los síntomas y el diagnóstico del paciente; (c) de tipo, nivel de intensidad y duración, y en un entorno clínicamente apropiado para una atención y un tratamiento seguro y adecuado; (d) de conformidad con las normas generalmente aceptadas de buena práctica médica dentro de la comunidad médica organizada; (e) no sea principalmente para la conveniencia del Miembro o de la familia del Miembro, médico tratante u otro proveedor de atención médica; (f) suministrada con el nivel de atención menos restrictivo que proporcione un tratamiento eficaz de la condición del paciente; (g) en el caso de una emergencia, un servicio, tratamiento o suministro de atención médica en la instalación apropiada más cercana. "Nivel de atención menos restrictivo" significa el nivel de atención que ofrece suficiente seguridad y tratamiento efectivo, pero con la menor restricción en las actividades del paciente.

12.26. "Medically Necessary Treatment of a Mental Health Substance Use Disorder":Tratamiento Médicamente Necesario de un Trastorno de Salud Mental o Uso de Sustancias – significa un servicio o producto que aborda las necesidades específicas de ese paciente, con el propósito de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, incluida la minimización de la progresión de esa enfermedad, lesión, afección o sus síntomas que cumpla con la atención de salud mental y trastornos por uso de sustancias, (b) clínicamente apropiado en términos de tipo, frecuencia, extensión, sitio y duración, (c) que no sea principalmente para el beneficio económico del plan de servicios de atención médica y los suscriptores o para la conveniencia del paciente, médico tratante u otro proveedor de atención médica.

12.27. "Member": Miembro – significa cualquier persona inscrita en un Plan de Salud de SIMNSA como Suscriptor o Dependiente.

12.28. "Mental Disorder": Trastorno Mental – significa una enfermedad, incluso enfermedades mentales agudas y perturbaciones emocionales graves en niños, independientemente de si dicho trastorno tiene bases psicológicas u orgánicas, y para los cuales el tratamiento lo suministra un profesional de salud mental o se realiza bajo la dirección del mismo, tal como un psiquiatra o psicólogo. Un trastorno mental puede incluir, entre otros: esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos, trastornos bipolares (psicosis maníaco-depresivas), trastornos depresivos mayores, trastornos de pánico, trastorno generalizado del desarrollo o autismo, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión psicótica, anorexia nerviosa, y bulimia nerviosa. Un trastorno mental pudiera llegar a incluir una condición de salud mental identificada como un "trastorno mental" en la Quinta Edición -Revisión del Texto, del Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales (DSM-5-TRM, por sus siglas en inglés) publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría. El "trastorno mental" incluye, pero no se limita a:

Trastornos del Desarrollo Neurológico:

a) Espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
b) Trastornos bipolares y relacionados
c) Trastornos depresivos
d) Trastornos de ansiedad
e) Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados
f) Trastornos relacionados con traumatismos y factores estresantes
g) Trastornos disociativos
h) Síntomas somáticos y trastornos relacionados
i) Trastornos alimentarios y de alimentación
j) Trastornos de eliminación
k) Trastornos del sueño-vigilia
l) Disfunciones sexuales
m) Disforia de género
n) Trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta
o) Trastornos adictivos y relacionados con sustancias
p) Trastornos neurocognitivos
q) Trastornos de la personalidad
r) Trastornos parafílicos
s) Otros trastornos mentales
t) Trastornos del movimiento inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de la medicación

12.29. "Mexican National": Nacional de México o un Mexicano – significa a) una persona nacida en México; b) una persona nacida en otro país con un padre Mexicano u una madre Mexicana, o con ambos; c) una mujer o un hombre extranjero que se casa con un hombre o con una mujer Mexicano(a) y vive en México; o d) un extranjero que llega a ser naturalizado en México.

12.30. "Newborn Child": Recién Nacido – significa un niño desde su nacimiento hasta los 36 meses de edad.

12.31. "Occupational Illness or Injury": Lesión o Enfermedad Ocupacional (del trabajo) – significa una enfermedad o lesión incurrida en (o en el transcurso de) el trabajo, la cual se haga para recibir pago o ganancia, o que resulte, en cualquier forma, de una enfermedad o lesión. Sin embargo, si se proporcionan pruebas al Plan de Salud de SIMNSA de que el Miembro es cubierto bajo las leyes o cualquier ley similar, de compensación para el trabajador, pero, bajo dicha ley, no es cubierto para esa enfermedad o lesión en particular, esa enfermedad o lesión no será considerada "de trabajo", a pesar de la causa.

12.32. "Open Enrollment Period": Periodo de Inscripción Abierta – significa el periodo de tiempo establecido por el Grupo y por SIMNSA durante el cual los Empleados que califiquen y su Dependientes elegibles, pueden inscribirse como Miembros. Miembros también pueden agregar o eliminar Dependientes elegibles en este periodo.

12.33. "Out-of-Area Care/Out-of-Area Services" - Cuidados Fuera del Área/ Servicios Fuera del Área. – significa aquellos servicios y materiales médicos proporcionados fuera del área de Servicio del Plan de Salud de SIMNSA. *La cobertura para estos servicios se limita únicamente a Servicios de Emergencia necesarios y Servicios de Cuidados Urgentes.*

12.34. "Out-of-Pocket-Maximum": Tope de coaseguro - significa un límite en la cantidad total de coaseguros que un miembro o familia deben pagar durante un año de contrato para los servicios cubiertos. Una vez que se haya alcanzado el tope de coaseguro, SIMNSA paga el total de los servicios cubiertos durante el resto del año de contrato. Consulte la Sección 7.3 en donde se encuentra información adicional.

12.35. "Outpatient": Paciente Externo – significa los servicios médicos proporcionados en la oficina del médico, en una instalación con licencia apropiada, o como tratamiento sin estar hospitalizado en esa parte del hospital designada para alojar a los pacientes ambulatorios o de Emergencia.

12.36. "Participating Provider/Facilities": Proveedores Participantes/ Instalaciones - significa un profesional de cuidados de salud con licencia adecuada o una instalación con licencia adecuada quien o la cual, en el momento de proporcionar cuidados a un Miembro, tiene un contrato en efecto con SIMNSA para proporcionar cuidado al miembro.

12.36.1 "Participating Physician": Médico Participante - significa cualquier practicante reconocido, el cual proporciona un servicio cubierto por el Contrato, con licencia en el estado o jurisdicción, y practicando dentro del campo de su licencia, el cual se ha registrado con SIMNSA mediante un contrato para proporcionar Servicios Cubiertos a los Miembros de acuerdo con los términos de ese Contrato.

12.36.2 "Participating Facility": Instalación Participante – significa una instalación que es propiedad o que ha sido contratada por SIMNSA para proporcionar Servicios Cubiertos a los Miembros.

12.37. "Plan's Service Area": Área de Servicio del Plan – Las áreas de Servicio del Plan son las ciudades fronterizas de Tijuana, Tecate y Mexicali, en México. Los servicios de emergencia y de cuidados urgentes están cubiertos tanto dentro como fuera del área de servicio del plan. Favor de ver las secciones 4-5 de esta CCE.

12.38. "Pregnancy": Embarazo –Los tres trimestres de gestación y el período inmediato posterior al parto.

12.39. "Premium": Prima – Significa los honorarios que son pre-pagados periódicamente, incluyendo cualquier contribución al Grupo por los Suscriptores, los cuales el Grupo acordó pagar a SIMNSA por los Servicios Cubiertos.

12.40. "Prescription Drugs": Recetas Médicas – En los Estados Unidos todos los farmacéuticos aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas. En México, cualquier farmacéutico aprobado por el gobierno Mexicano y sea considerado por SIMNSA como un medicamento recetada por el plan.

12.41. "Serious Chronic Condition": Condición Grave Crónica – se considera un Problema Crónico Grave el que tiene por causa alguna anomalía, enfermedad o problema o trastorno médico de naturaleza grave, que persiste sin cura completa o que se empeora durante un período de tiempo prolongado, o que requiere tratamiento progresivo para mantener la remisión o prevenir el deterioro del (de la) paciente.

12.42. "SIMNSA Health Plan": Plan de Salud de SIMNSA – significa Sistemas Médicos Nacionales, S.A. de C.V.

12.43. "Subscriber": Suscriptor – significa la persona, con excepción de sus dependientes familiares, que por empleo u otro estatus, es la base de su elegibilidad para ser miembro de SIMNSA. Efectivo el 1 de enero de 2005, el Suscriptor tiene que ser empleado en los condados de San Diego o Imperial, y tiene que ser un Nacional Mexicano.

12.44. "Terminal Illness": Enfermedad terminal – Se entiende por tal toda afección incurable o irreversible, con alto grado de probabilidad de causar la muerte en un año o menos.

12.45. "Totally Disabled or Total Disability": Totalmente Inválido o Incapacidad Total - significa que un individuo no puede, a causa de una lesión, enfermedad, u otra estado físico, realizar todas sus actividades normales (en comparación a una persona de la misma edad o sexo en buenas condiciones de salud antes del incidente que resultó en su incapacidad), incluyendo, pero no limitado a, la habilidad de laborar en cualquier trabajo u otra actividad ventajosa por la cual el o ella sea, o razonablemente pueda ser, apto por razones de educación, capacitación o experiencia. Una persona que puede trabajar, ir a la escuela, o hacer tareas del hogar de medio tiempo no es considerada como totalmente incapacitada. Las determinaciones referentes a la existencia de una incapacitación total serán hechas en base a un examen médico de la persona que dice tener dicha incapacidad, de acuerdo a las disposiciones de este Contrato.

12.46. "Urgent Care Services": Servicios de Cuidados Urgentes – significa los Servicios Cubiertos (incluyendo los servicios dentales urgentes, para miembros que han elegido uno de los beneficios dentales de SIMNSA), que sean necesarios para prevenir deterioros serios de la salud física o mental de un Miembro que resulten de una enfermedad o lesión no prevista por lo cual el tratamiento no puede ser retrasado hasta que el Miembro pueda ver a su médico de atención primaria en horas normales de oficina.

13. ELEGIBILIDAD:

Si usted es un empleado del Grupo que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Persona que Sostiene el Contrato del Grupo, usted y sus Dependientes pueden ser elegibles para la cobertura del Plan de Salud de "SIMNSA." Como Suscriptor, usted puede inscribirse e inscribir a sus dependientes, si ha cumplido con el periodo de espera y cumple con los requisitos citados a continuación.

13.1 Suscriptor – Para poder inscribirse como Suscriptor, usted debe:

13.1.1 Ser un Empleado Elegible del grupo contratante empleado en los Condados de San Diego u Imperial; y

13.1.2 Desea y tiene la voluntad de obtener todos los servicios médicos (excepto en casos Code Emergencia o cuidados urgentes) por medio de los Proveedores Participantes dentro del área de servicio del Plan en México.

13.2 Dependientes – Dependientes Elegibles deberán tener la voluntad de obtener todos los servicios médicos (excepto en casos de Emergencia o cuidados urgentes) por medio de los Proveedores Participantes dentro del área de servicio en la República Mexicana. Los Dependientes Elegibles son:

13.2.1 Su cónyuge o su Socio Doméstico;

13.2.2 Ser uno de los hijos biológicos o adoptados, hijastros o niños bajo la custodia del Suscriptor hasta los 26 años de edad. Los Dependientes que residen y reciben atención médica fuera del Área de servicio del Plan tienen derecho a cobertura del Plan de salud en casos de emergencias médicas y para servicios de cuidados urgentes mientras se encuentren fuera del Área de servicio, y tanto en casos de emergencia como para servicios no de emergencia dentro del Área de servicio del Plan.

13.2.3 Un hijo Dependiente que no tenga la capacidad de sostener un empleo a causa de incapacidad mental o impedimento físico, podría ser elegible por mas edad que la edad máxima de hijos dependientes, siempre y cuando el hijo continúe con la incapacidad. Es su responsabilidad proporcionarle al Administrador del Plan suficiente documentación medica de la incapacidad y pruebas de dependencia económica hasta 31 días después de que el Dependiente cumpla la edad máxima.

13.2.3.1 Una vez que fue verificada la elegibilidad, el Administrador del Plan podría solicitar pruebas anuales en las cuales se demuestre que el hijo continúa siendo elegible para cobertura como hijo incapacitado.

13.3. Personas No Elegibles

13.3.1 Un empleado no es elegible para suscripción si está jubilado cuando el Titular del Contrato del Grupo ejecuta el contrato por primera vez con el Plan para la disposición de Servicios Cubiertos.

13.3.2 Un Dependiente no es elegible para suscripción si tiene cobertura con Medicare.

13.3.3 Un solicitante no es elegible para inscripción, si se le ha cancelado su membresía con anterioridad a causa de:

13.3.3.1 Si deliberadamente no proporciona la suficiente información, o deliberadamente proporciona documentación incorrecta o incompleta.

13.3.3.2 El mal uso de la tarjeta de identificación del Plan de Salud, incluyendo que permita que otra persona use su tarjeta de identificación del Plan de Salud, o que utilice la tarjeta de otro Miembro. Una tarjeta mal usada puede ser retenida por SIMNSA, así como la propia tarjeta de identificación del Miembro; y todos los derechos del Miembro o Miembros involucrados y todos los Dependientes del Miembro serán terminados inmediatamente en cuanto reciban notificación por escrito por el Plan de Salud de SIMNSA.

13.3.3.3 No pagar Copagos o cualquier obligación de pago requerido conforme lo estipulado en la Constancia de Cobertura del Plan de Salud de SIMNSA.

13.3.3.4 No pagar la contribución requerida para cobertura de membresía.

14. INSCRIPCIÓN:

Una solicitud para inscripción puede llevarse a cabo conforme a lo que se especifica a continuación. El Suscriptor debe obtener una Forma de Inscripción/Cambio de la oficina de Beneficios del Grupo. La Forma de Inscripción/Cambio tiene que contener toda la información requerida referente al Suscriptor/empleado y de los Dependientes que son elegibles y que solicitan cobertura. Tiene que ser firmada por el Suscriptor y un representante del Grupo y ser entregada a SIMNSA. Las personas elegibles pueden inscribirse independientemente de su estado de salud, edad o requerimientos de servicios de salud, siempre y cuando cumplan con los requisitos de elegibilidad según la Sección 13. Sin embargo, ninguna persona puede volverse a inscribir, una vez que la membresía se le canceló con anterioridad como se indica en la Sección 13.3.3 de esta Constancia de Cobertura y Elegibilidad.

14.1 Inscripciones Abiertas

Empleados Elegibles pueden inscribirse e inscribir a Dependientes Elegibles para cobertura, durante un periodo de inscripciones abiertas especificadas en la Solicitud del Grupo. El Plan de Salud de SIMNSA puede negarle cobertura a cualquier Empleado o Dependiente si no se recibe completa la Forma de Inscripción/Cambio dentro de los 31 días posteriores al periodo de inscripciones abiertas que terminó.

14.2 Inscripciones de Empleados con Reciente Elegibilidad

Empleados Nuevos del Grupo que tienen elegibilidad para cobertura en cualquier otro momento que no sea durante el periodo de inscripciones abiertas, tienen derecho de solicitar inscripción en el Plan de Salud de SIMNSA hasta 31 días después de ser elegible, o durante un periodo subsiguiente de inscripciones abiertas.

14.3 Inscripción de Dependientes con Reciente Elegibilidad

14.3.1. Dependientes que sean recientemente elegibles (por ejemplo, por matrimonio) después de haber iniciado su cobertura, pueden inscribirse hasta 60 días después de las fechas de elegibilidad, o puede esperar a hacerlo hasta que exista un periodo nuevo de inscripciones abiertas.

14.3.2. El recién nacido de un Subscriptor es cubierto por 31 días a partir de la fecha de nacimiento. Para continuar con cobertura después de este periodo inicial de 31 días, el Suscriptor deberá entregar una Forma de Inscripción/Cambio adecuadamente llena, para ese menor, hasta 60 días después de la fecha de nacimiento. Aún si usted tiene cobertura que no requiere el pago de primas adicionales por un recién nacido, usted deberá inscribir al hijo/a dentro de ese periodo de 60 días.

14.3.3. Un hijo adoptivo legal o un menor de edad, puesto en adopción, bajo la custodia del Suscriptor, será considerado como Dependiente cubierto a partir del momento que el menor sea puesto bajo la custodia del Suscriptor, siempre y cuando la cobertura de los gastos médicos del menor no sea proporcionada por una entidad o agencia privada o pública. El menor tiene cobertura automáticamente por 31 días a partir de la fecha de la custodia. Para continuar con la cobertura después del periodo inicial de 31 días, el menor deberá ser inscrito hasta 60 días después de la fecha de adopción o colocación y pagar las primas adicionales necesarias, si ese es el caso. Solamente para esta sección, “custodia” significa que usted es legalmente responsable del menor, a pesar de que el menor no haya sido colocado físicamente en su casa.

14.4. Inscripción Tarde

Un empleado o Dependiente que no ha sido inscrito en el Plan de Salud de SIMNSA dentro de 31 días después de ser elegible para cobertura será considerado inscrito tarde y no se le permitirá inscribirse hasta el siguiente periodo de inscripciones abiertas del Grupo.

14.5. Notificación de Cambio de Estado Civil

Es su responsabilidad notificar al Grupo de cualquier cambio que pueda afectar su elegibilidad, o la de algún miembro de su familia, entregando una Forma de

Inscripción/Cambio al representante designado del Grupo dentro de 31 días del cambio. Este deberá incluir, pero no será limitado a: cambio de dirección, baja de un Dependiente a causa de matrimonio, divorcio o muerte; cambio de incapacidad del Dependiente o estado de dependencia; y la inscripción o baja de inscripción de Medicare de cualquier Miembro cubierto bajo este Contrato. Notificación del cambio de estado deberán ser entregados por el Grupo a SIMNSA dentro de 31 días del evento. Si usted no proporciona dicho aviso y SIMNSA descubre dicho cambio, SIMNSA usará los hechos verídicos para determinar si la cobertura está en vigor.

14.6. Derecho de Recibir y Proporcionar Información Necesaria

Conforme a la autorización contenida en y una vez firmada la Forma de Inscripción/Cambio, el Coordinador Médico tendrá el derecho de recibir y proporcionar información médica necesaria para implementar o administrar los términos del Contrato y esta Constancia de Cobertura, sujeta a los requerimientos aplicables establecidos por el estado o Ley Federal. La información de los archivos médicos de los Miembros, y la información recibida por el personal del Plan de Salud, referente a la relación entre médico y paciente, será confidencial y, a excepción de que sea razonablemente necesario implementar y administrar los términos del Contrato y Constancia de Cobertura, esta información no será liberada sin el previo consentimiento por escrito del Miembro del que se trata. UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE LOS PRINCIPIOS Y PROCESOS DE SIMNSA PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS MEDICOS ESTÁ DISPONIBLE Y EL PLAN LE PROPORCIONARÁ UNA COPIA SEGÚN SU PEDIDO.

15. VIGENCIA DE LA COBERTURA:

La cobertura para el Suscriptor y sus Dependientes, bajo los términos de este Contrato, será efectivo como se describe a continuación:

15.1 Fecha de Vigencia del Contrato

Para los Suscriptores y familiares que se han inscrito en la fecha de vigencia del Contrato, la cobertura para su Grupo iniciará en la fecha de vigencia efectiva del Plan para su Grupo. El Plan de Salud de SIMNSA se reserva el derecho de asumir el control del cuidado utilizando a los Proveedores Participantes, conforme lo determine el Coordinador Médico. Tales servicios no son cubiertos si los servicios son cubiertos por otro plan de beneficios en esa fecha o si SIMNSA no los hubiera tenido cubiertos al convertirse en Miembros cuando el tratamiento comenzó.

15.2 Empleados y Dependientes Recientemente Elegibles

15.2.1 Para los Suscriptores que resulten elegibles para cobertura después de la fecha de vigencia del Contrato, y para los miembros de familia, con elegibilidad, que pueden inscribirse al mismo tiempo que el Suscriptor, su cobertura iniciará el

día de inscripción, siempre y cuando su inscripción sea hecha dentro de los primeros 31 días de la fecha de elegibilidad.

15.2.2 Para los miembros de las familias que resulten elegibles después de que el Suscriptor se inscribió, su cobertura será efectiva a partir de la fecha de inscripción, siempre y cuando el Dependiente se inscriba dentro de 31 días de la fecha de elegibilidad. Sin embargo, recién nacidos e hijos adoptivos tiene cobertura automáticamente a partir de la fecha de nacimiento o, a partir de la fecha en que el Suscriptor recibió la custodia del hijo adoptivo.

15.3 Inscripciones Abiertas

La cobertura será efectiva el primer día del mes especificado en la Solicitud de Grupo, posterior al periodo de inscripciones abiertas.

15.4 Aplazamiento de la fecha de Vigencia de Cobertura

15.4.1. Incapacitación Total

Para los individuos que tienen elegibilidad en la fecha de vigencia del Contrato y están incapacitados totalmente, la cobertura de gastos directamente relacionados a cualquier condición que causó la incapacitación total del Miembro será efectiva a partir de la fecha en que el plan de beneficios anterior terminó.

16. TERMINACIÓN DE BENEFICIOS:

A continuación, se le presenta una descripción de las circunstancias bajo las cuales su cobertura puede ser cancelada. Las disposiciones son dirigidas hacia usted, como Suscriptor, pero, en donde sea el caso, también se incluirá a sus Dependientes.

16.1 El Titular del Contrato del Grupo puede terminar su cobertura del Plan de Salud de SIMNSA:

16.1.1 Dándole una notificación de 30 días a Sistemas Médicos Nacionales, S.A. de C.V., de que la cobertura del Plan de Salud de “SIMNSA” será descontinuada.

16.2 SIMNSA puede terminar su cobertura:

16.2.1 Al final del mes en el cual ya no es elegible.

16.2.2 Si las primas no son pagadas en la fecha especificada en el contrato del Titular del Grupo, entonces la terminación será vigente hasta la medianoche del día treinta (30) después de cobrarle y notificarle adecuadamente al Titular. También su cobertura será terminada a medianoche del día treinta (30) después de cobrarle y que el Titular fue notificado. El Titular del Grupo es responsable de

notificarle puntualmente antes de la terminación de su cobertura debido a la terminación del contrato.

16.2.2.1 Si su el Titular del Grupo somete el pago de la prima vencida más de 30 días después de la fecha de notificación de terminación del Plan, el Plan le reembolsará dicho pago dentro de los 20 días hábiles y el Contrato no será reintegrado.

16.2.3 Si usted permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación del Plan de Salud, o si usted proporciona información falsa para obtener beneficios de este Plan, entonces la terminación será efectiva en cuanto reciba notificación por escrito del Plan de Salud de SIMNSA.

16.2.4 Si las primas no se pagan en la fecha especificada en el Contrato del Titular del Contrato de Grupo, la rescisión del Contrato entrará en vigencia a la medianoche del trigésimo (30) día después de que el Plan envíe al Titular del Contrato de Grupo un "Aviso de inicio del Período de Gracia". El titular de su contrato grupal es responsable de notificarle de inmediato antes de que finalice su cobertura debido a la rescisión del contrato grupal.

16.2.4.1 Si el Titular de su Contrato Grupal presenta el pago de la prima vencida más de 15 días después de la fecha de vencimiento del "Aviso de Inicio del Período de Gracia" del Plan, el Plan reembolsará dicho pago dentro de los 20 días hábiles, y el Contrato no ser reintegrado.

16.3 Re-Inscripción y Reinstalación

Si el Suscriptor cancela la cobertura del Plan de Salud por sí mismo, o por cualquiera de sus familiares (voluntariamente o por no pagar las primas mensuales), entonces el Suscriptor puede solicitar reinscripción durante el siguiente periodo de inscripciones abiertas del Titular el Contrato del Grupo; siempre y cuando el Suscriptor cumpla con los requerimientos de elegibilidad del Titular del Grupo y el Plan de Salud de SIMNSA.

16.4. Renovación de Disposiciones

Los servicios y beneficios cubiertos bajo los términos del Contrato de Grupo como Programa de Beneficios, y los copagos que se le puedan cobrar, podrían ser cambiados por SIMNSA cuando termine el contrato anual, notificándole por escrito por lo menos 30 días antes. Su contratante le notificará de cualquier cambio que le pueda afectar.

Si el Suscriptor considera que su membresía fue cancelada inadecuadamente por SIMNSA, entonces podrá solicitar revisión de la cancelación por el Coordinador Médico y/o el Comisario del "California Department of Managed Health Care."

16.5 Continuación de Beneficios Individuales

16.5.1 Continuación de cobertura Cal-COBRA

Si un empleador está sujeto a la ley California *Continuation Benefits Replacement Act* ("Cal-COBRA"), entonces un Suscriptor tiene el derecho de continuar su cobertura y el derecho de continuar con cobertura sus dependientes en virtud de las coberturas del contrato de Grupo bajo cualquier ley estado o federal si el seguro del suscriptor en virtud de dichas coberturas hubiese terminado: (1) porque el empleo del suscriptor terminó por una razón diferente a flagrante mal comportamiento; (2) porque se redujo el número de horas de trabajo del Suscriptor. La continuación de cobertura se brindará en cumplimiento de lo estipulado por Cal-COBRA.

Cada uno de los dependientes calificados de un suscriptor tiene el derecho de continuar su seguro en virtud de las coberturas de gastos de atención médica del contrato de Grupo si el seguro del suscriptor para el dependiente calificado en virtud de dichas coberturas hubiese terminado debido a: (1) la terminación del empleo del suscriptor por una causa diferente a flagrante mal comportamiento; (2) la reducción en las horas de trabajo del suscriptor; (3) la muerte del suscriptor; (4) en el caso del cónyuge del suscriptor, al dejar de ser un dependiente calificado como resultado de divorcio o de la separación legal; (5) en el caso de un dependiente calificado del suscriptor, al dejar de ser un dependiente hijo calificado en virtud de las normas estipuladas por el contrato de grupo; o (6) En el evento que el suscriptor adquiera el derecho a calificar para Medicare.

La cobertura se puede extender hasta treinta y seis (36) meses después de la fecha en que su cobertura hubiese de otra manera terminado como resultado de uno de los motivos establecidos en esta Sección 16.5. Su empleador le suministrará una notificación por escrito con el derecho a extender la cobertura. Para obtener más información sobre la extensión de la continuación de cobertura, incluyendo información sobre el tiempo durante el cual se puede proporcionar cobertura a los miembros, comuníquese con el plan al (619) 407-4082.

La continuación de cobertura puede no estar disponible a un individuo que (1) tiene cobertura o califica para recibir beneficios de Medicare en virtud del Título 18 de la Ley de Seguridad Social; (2) tiene cobertura o es elegible para recibir beneficios en virtud de cualesquier arreglos de cobertura para individuos en un grupo, sean estos asegurados o autoasegurados; (3) tiene cobertura, obtiene cobertura, o es elegible para recibir beneficios de cobertura en virtud de la cobertura federal de COBRA; (4) tiene cobertura, obtiene cobertura, o es elegible para recibir cobertura en virtud del Capitulo 6A del Public Health Service Act; (5) falla de cumplir con los requisitos para la notificación de un Acontecimiento Calificativos o no alcance la elección de la continuación de cobertura dentro del plazo especificado; (6) falla de pagar la cantidad correcta de la prima de acuerdo con los términos y condiciones del contrato del plan; o (7) falla de satisfacer otros términos y las condiciones del contrato del plan. Para más información con respecto a las circunstancias bajo que un miembro no sea elegible para la continuación de cobertura bajo Cal-COBRA, contacta por favor el Coordinador de Miembros del Plan al (619) 407-4082.

16.5.2 Continuación de cobertura por discapacidad total

Si, al terminar este Contrato como Titular del Contrato de Grupo, un miembro está recibiendo tratamiento para una afección para la cual existen beneficios disponibles en virtud de este contrato y dicha afección ha causado la discapacidad total, entonces dicho Miembro tendrá cobertura, sujeto a todas las limitaciones y restricciones de este Contrato, incluyendo el pago de primas y copagos, para los servicios con cobertura directamente relacionados con la afección que causa la discapacidad total. Después de los primeros dieciocho (18) meses de continuación de cobertura en virtud de lo descrito en esta sección, las primas aumentarán hasta un máximo del 150% de la tarifa del plan de grupo. Esta extensión de beneficios termina en la fecha de (1) el final del doceavo mes después de la terminación de este Acuerdo, o (2) la fecha en que el miembro deje de estar totalmente discapacitado según lo determine el Plan, o (3) la fecha en que la cobertura del miembro entre en vigencia en virtud de cualquier contrato o póliza de reemplazo sin limitación aplicable a la afección incapacitante. Una persona está totalmente discapacitada si cumple con lo estipulado en la definición de Discapacidad total en este contrato, según lo determine el Plan.

16.5.3 Notificación del Derecho de Continuación de Cobertura

Según Cal-COBRA, usted deberá notificar el Plan por escrito dentro de sesenta (60) días de la ocurrencia de los siguientes Acontecimientos Calificativos: (1) la muerte del Suscriptor; (2) en el caso de que el esposo del Suscriptor ya no califica como un Dependiente calificado por el divorcio o la separación legal (3) en el caso de un dependiente calificado del suscriptor, al dejar de ser un dependiente calificado en virtud de las normas estipuladas por el contrato de grupo; o (4) en el evento que el Suscriptor adquiera el derecho a calificar para Medicare. Si usted falla de notificar el Plan dentro de sesenta (60) días de la ocurrencia de cualquiera de estos Acontecimientos Calificativos, usted será descalificado e incapaz de recibir la continuación de cobertura.

El Plan notificara el empleador del Miembro por escrito dentro de 5 días hábiles después de recibir su noticia del Acontecimiento Calificativo.

Su empleador le brindará una notificación escrita de elección del derecho de continuar el seguro y del plazo apropiado para realizar dicha elección en un plazo de catorce (14) días después de recibir la notificación de un Evento que califica. Es de la sola responsabilidad de su empleador el brindarle la notificación escrita. El Plan no es responsable de suministrar dicha notificación escrita.

16.5.4 Elección y requisitos de pago para la continuación de cobertura

Si usted desea continuar su cobertura, usted debe entregar una solicitud por escrito al Plan por correo ordinario, o cualquier otro medio seguro, dentro de sesenta (60) días del posterior de: (1) la fecha en que su cobertura bajo los beneficios del Plan del grupo terminado o terminará por la razón de un acontecimiento calificativo, o

(2) de la fecha usted fue mandado una nota que usted puede calificar para la continuación de cobertura.

Si usted elige a continuar su cobertura, usted pagará el Plan la cantidad requerida del pago de la prima, no exceder 110% de la tasa cargada para un empleado cubierto, ni en el caso de un dependiente cubierto, no más de 110% de la tasa cargó a un individuo semejantemente situado. Para los individuos que se determinan a ser incapacitado según el Titulo II o el Título XVI del Acto de la Seguridad Social de los Estados Unidos, el Plan impondrá una prima más alta después de los primeros 18 meses de la continuación de cobertura. Para los individuos incapacitados las primas se aumentarán hasta 150% de la tasa del plan del grupo después de los primeros 18 meses de la continuación de cobertura.

Su primer pago de la prima, requerido a establecer el pago de una prima, tiene que ser sometido al Plan por correo ordinario, correo certificado, o por cualquier otro medio seguro dentro de cuarenta y cinco (45) días de la fecha en cuando usted sometió la notificación escrita de elección al Plan. Este primero pago debe igualar una cantidad suficiente para pagar alguna prima requerida y todas las primas debidos. Si usted falla de someter la cantidad correcta de la prima dentro de cuarenta y cinco (45) días, usted será descalificado de recibir la continuación de cobertura.

16.5.5 Continuación de cobertura en virtud de un plan de beneficios de grupo anterior o sucesor

Si su continuación de cobertura terminase en virtud de un plan de beneficios de grupo anterior (con anterioridad a la fecha en que su continuación de cobertura terminaría en virtud del requisito de COBRA), usted puede elegir la continuación de la cobertura bajo de este Plan durante el resto del período durante el cual usted hubiese tenido la cobertura bajo del plan de beneficios de grupo anterior. Sin embargo, la continuación de cobertura ha de terminar si usted no cumple los requisitos del plan sucesor en lo pertinente a la afiliación y el pago de las primas aplicables en el plan sucesor en un plazo de treinta (30) días después de recibir notificación de la terminación del contrato entre el Plan y el Empleador.

En el caso de que el contrato de grupo entre el Plan y el Empleador caducase antes de la fecha de vencimiento de la continuación de cobertura del beneficiario calificado, el beneficiario calificado puede elegir la continuación de su cobertura con el plan sucesor durante el resto del período en que dicho beneficiario calificado hubiese tenido cobertura en virtud del Plan. El plan sucesor le proporcionará la información necesaria para permitirle elegir la continuación de cobertura, incluso la información pertinente a la inscripción y a las primas aplicables. Los beneficiarios calificados deben cumplir los requisitos del plan sucesor en lo relacionado con la elección de la continuación de cobertura y el pago de primas.

16.5.6 Terminación de la Continuación de Cobertura

Miembros deben comunicarse con el Administrador del plan al (619) 407-4082 para información sobre las circunstancias en cuando la continuación de cobertura terminará.

17. SERVICIOS CUBIERTOS:

El Suscriptor y su Dependientes tendrán el derecho a recibir los servicios descritos a continuación tales servicios son: a) Médicamente Necesarios; (b) cubiertos conforme a la ley o de acuerdo a lo descrito en la Sección 17 de esta CCE; y c) (i) realizados, recetados, dirigidos, proporcionados o certificados con anterioridad por un Médico Participante o pre-certificados por el Coordinador del Plan Médico, o (ii) Servicios de Emergencia o Servicios Urgentes fuera del área.

LOS MIEMBROS SON RESPONSABLES DE CIERTOS COPAGOS DE SERVICIOS ESPECÍFICOS, COMO LO ESPECÍFICA EL RESUMEN DE BENEFICIOS Y EL PROGRAMA DE COPAGOS. EN CASO DE QUE EL PLAN DE SALUD DE SIMNSA NO PAGUE A LOS PROVEEDORES NO PARTICIPANTES, LOS MIEMBROS PODRÍAN SER RESPONSABLES DEL COSTO DE LOS SERVICIOS A LOS PROVEEDORES NO PARTICIPANTES SI DICHOS SERVICIOS NO FUERON AUTORIZADOS CON ANTERIORIDAD O NO ESTAN CUBIERTOS BAJO EL PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL PLAN.

Los Proveedores Participantes no podrán cobrarle a los Miembros otro cargo por Servicios Cubiertos, que no sea el de un Copago. Los Proveedores Participantes nunca podrán solicitar compensación de, recurrir o imponer cobros adicionales a ningún Miembro de este plan, bajo ninguna circunstancia, incluyendo, que el grupo o el plan de salud no pague o por insolvencia del grupo o plan de salud, o por incumplimiento o terminación del contrato.

Algunos hospitales y otros proveedores no suministran uno o más de los servicios siguientes que pudiesen tener cobertura en virtud del contrato de su plan y que usted o su familiar pudiesen necesitar: Planificación familiar; servicios anticonceptivos, incluso los anticonceptivos de emergencia; esterilización, incluso ligadura tubárica al momento del ante-parto y el parto; tratamientos contra la infertilidad; o aborto. Le recomendamos obtener más información antes de inscribirse. Llame a su posible doctor, grupo médico, asociación de práctica independiente o clínica, o llame al plan de salud al (619) 407-4082 ó 6-83-29-02 para asegurarse que puede obtener los servicios de atención médica que necesita.

17.1 Mantenimiento de Salud y Servicios Preventivos

Estos servicios se prestan sin ningún costo compartido por parte de los Miembros, sin embargo, si la atención preventiva se recibe en el momento de otros servicios que el copago correspondiente por tales servicios distintos de la atención preventiva se puede solicitar:

17.1.1 La atención médica para niños sanos y los exámenes de detección, además de todas las vacunas periódicas y servicios de laboratorio relacionados, conforme a las recomendaciones actuales de la Academia Americana de Pediatría, el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de E.E.U.U., el Comité de Asesoría sobre las Prácticas de Vacunación de los Centros para el Control y Prevención de

Enfermedades, la Administración de Servicios y Recursos de la Salud y la Academia Americana de Médicos Familiares.

17.1.2 La atención médica rutinaria para adultos sanos y las vacunas episódicas y servicios de laboratorio relacionados, conforme a las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de E.E.U.U, Comité de Asesoría sobre las Prácticas de Vacunación de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, La Administración de Servicios y Recursos de la Salud y las políticas médicas del Plan.

17.1.3 Los exámenes ginecológicos de rutina, mamografías y pruebas de detección del cáncer del cuello uterino conforme a las pautas del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología y la Administración de Servicios y Recursos de la Salud. Las afiliadas pueden obtener atención obstétrica y ginecológica directamente y sin remisiones.

17.1.4 Todas las pruebas de detección del cáncer generalmente aceptadas, conforme al Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de E.E.U.U y aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, según su siglas en inglés), entre ellas la prueba de Papanicolaou, cualquiera de las pruebas de detección del cáncer del cuello uterino, del virus del papiloma humano y del cáncer de la próstata.

17.1.5 Sesiones periódicas de educación al paciente, para Miembros con ciertas enfermedades o condiciones crónicas, incluyendo diabetes, hipertensión arterial, cáncer, asma bronquial y leucemia, las cuales requieren cuidado adicional en lugar de tratamiento inmediato y seguimiento. Es importante que los Miembros con estas condiciones comprendan más acerca de su enfermedad en particular y qué pueden hacer como pacientes para ayudar en su tratamiento. Su Médico Participante Tratante le recomendará y le programará citas para asistir a estas sesiones.

Su Proveedor Participante también le puede aconsejar y educar sobre el mejor método de tratar estas enfermedades. Esto con el interés de que el Miembro mantenga esta enfermedad bajo control.

17.2. Servicios de la Vista

Están cubiertos los exámenes de rutina de detección para la vista que forman parte de las visitas de cuidados preventivos. Los exámenes de refracción para determinar la necesidad de lentes de corrección son un Servicio cubierto.

Cubrimos los siguientes lentes de contacto especiales cuando los receta un Proveedor Participante:

17.2.1 Hasta dos lentes de contacto por ojo cuando son necesarios según el criterio médico (incluye equipar y surtir) en cualquier período de 12 meses para tratar la aniridia (falta del iris). No se cubren los lentes de contacto para la aniridia si se ha

ofrecido un descuento (o de otra manera se ha cubierto) más de un lente de contacto para la aniridia para ese ojo en los últimos 12 meses (incluso cuando hemos ofrecido un descuento para uno o más lentes de contacto para la aniridia o los hemos cubierto de otra manera conforme a cualquier otra prueba de cobertura que ofrezca su Grupo).

17.2.2 Hasta seis lentes de contacto por ojo necesarios según el criterio médico para la afaquia (incluye equipar y surtir) por año calendario para tratar la afaquia (la ausencia del lente cristalino del ojo) para miembros. No están cubiertos los lentes de contacto para la afaquia si se ha ofrecido un descuento (o de otra manera se han cubierto) más de seis lentes de contacto para la afaquia para ese ojo durante el mismo año calendario (incluso cuando hemos ofrecido un descuento para uno o más lentes de contacto para la aniridia o los hemos cubierto de otra manera conforme a cualquier otra prueba de cobertura que ofrezca su Grupo).

17.3. Servicios pediátricos para la vista para niños hasta la edad de 19 años

Para los coaseguros de vista para niños, consulte el Resumen de beneficios y coaseguros, incluidos como parte de esta CCE.

Los servicios cubiertos se limitan a:

17.3.1 Un examen integral de la vista en un año de contrato con el plan. Lentes para gafas una vez cada año de contrato sin costo para el miembro, incluyendo lentes simples, bifocales, trifocales y lenticulares. Los miembros tienen la opción de lentes de vidrio, plástico o policarbonato. Las capas resistentes a rayones y a los rayos ultravioleta también se cubren sin costo alguno al miembro.

17.3.2 Un par de marcos disponibles de uno de los Proveedores del plan una vez cada año de contrato sin costo alguno para el Miembro.

17.3.3 En vez de gafas, se cubren los servicios y materiales para lentes de contacto sin costo alguno para los Miembros con las siguientes limitaciones en servicios:

- Estándar (un par anual) = 1 lente de contacto por ojo (2 lentes en total)
- Mensuales (suministro para seis meses) = 6 lentes por ojo (12 lentes en total)
- Quincenales (suministro para tres meses) = 6 lentes por ojo (12 lentes en total)
- Diarios (suministro para un mes) = 30 lentes por ojo (60 lentes en total)

Los lentes de contactos necesarios según el criterio médico se cubren sin costo alguno una vez cada año de contrato. Los lentes de contacto pueden ser necesarios según el criterio médico cuando el uso de los mismos, en vez de gafas, suministra una mejor corrección de la vista, incluso si evita la diplopía o la supresión. Se puede considerar que los lentes de contacto son necesarios según

el criterio médico en el tratamiento de las siguientes afecciones: queratocono, miopía patológica, afaquia, anisometropía, aniseiconia, aniridia, trastornos de la córnea, trastornos después de traumas y astigmatismo irregular.

17.3.4 Servicios para la baja vista: La baja visión es una pérdida considerable de la vista, pero no ceguera total. Los exámenes para la baja visión y los dispositivos de ayuda se cubren sin costo alguno para el miembro una vez dentro de un año de contrato con el plan, y con autorización previa.

Los oftalmólogos y optometristas especializados en el tratamiento de la baja visión pueden evaluar y recetar dispositivos ópticos, suministrar capacitación e instrucción para aumentar al máximo la vista restante para los miembros pediátricos con baja visión. Es necesario tener autorización previa para estos servicios.

17.3.5 Exclusiones para la visión pediátrica

a. Servicios y materiales que son de índole experimental o para estudios de investigación;

b. Servicios o materiales que se suministran antes de su fecha de cobertura vigente;

c. Servicios o materiales obtenidos después de la fecha de terminación de su cobertura, a menos que se indique lo contrario;

d. Servicios y materiales que no reúnen las normas aceptadas en el ejercicio de la optometría;

e. Todos los servicios que son estrictamente de índole cosmética, entre ellos, cargos por la personalización o caracterización de prótesis;

f. Cargos por copias de sus registros, expedientes, o los costos relacionados con el reenvío o envío de copias de sus registros o expedientes;

g. Impuestos aplicados por el gobierno sobre los servicios de la vista que se han realizado;

h. Capacitación de la vista o terapia de la vista;

i. Reemplazo o reparación de lentes o marcos perdidos o rotos, excepto como se indica en esta CCE;

j. Lentes que no son recetados (Planos);

k. Dos pares de gafas en vez de lentes bifocales;

l. Servicios que no realiza el personal autorizado para ejercer;

m. Prótesis o servicios para prótesis;

n. Seguro para los lentes de contacto;

o. Servicios profesionales que recibe de parte de proveedores no participantes;

p. Los exámenes de los ojos que exigen los empleadores como condición de empleo, a menos que de otra manera sean un beneficio cubierto;

q. Servicios prestados como resultado de una lesión o enfermedad como consecuencia de o en el transcurso de cualquier empleo, si dicha lesión o enfermedad están cubiertas por las leyes de indemnización por accidentes laborales, leyes de enfermedades ocupacionales o legislaciones similares;

r. Servicios que no aparecen específicamente en la lista de beneficios.

17.4 Servicios pediátricos de odontología hasta los 19 años de edad

La cobertura pediátrica dental incluye servicios de diagnóstico y preventivos tales como limpiezas, radiografías, exámenes iniciales y periódicos, tratamientos tópicos de fluoruro, empastes y sellantes. Los servicios de ortodoncia y servicios importantes también están cubiertos como servicios necesarios según el criterio médico (puede aplicar compartir los costos).

Para obtener más información y los coaseguros más específicos que se aplican, consulte el documento Anexo sobre los Servicios Dentales Pediátricos, que se anexa a esta CCE.

17.5 Servicios Médicos para el Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades y Lesiones.

Todos los servicios médicos, exceptuando emergencias médicas y servicios de cuidados urgentes, deberán ser proporcionados por un Proveedor participante. Los servicios Médicos incluyen, pero no son limitados a:

17.5.1 Visitas de Oficina; o visitas en casa, cuando sean Médicamente Necesarias o referente a los cuidados postoperatorios en casa, o si el Miembro se encuentra demasiado enfermo o incapacitado y no pueda ir a la oficina del médico.

17.5.2 Servicios Quirúrgicos basándose en pacientes internos y externos, incluyendo asistencia quirúrgica cuando sea Médicamente Necesaria, y servicios de anestesiología.

17.5.3 Visitas y exámenes Médicos durante Confinamiento Certificado en un hospital.

17.5.4 Servicios de consultas médicas ordenadas por un Médico Participante.

17.5.5 Consultas de telesalud, proporcionadas remotamente a través de tecnología de comunicación, para el examen, diagnóstico, consejería, educación y tratamiento. (sujeto a la determinación apropiada del proveedor)

17.6 Alergias

El tratamiento de alergias, cuando sea certificado por un Proveedor Participante y el Plan de Salud de SIMNSA, incluye pruebas, evaluación, extracto alergénico, e inyecciones Medicamente Necesarias.

17.7 Planeación de Familia

17.7.1 Esterilización Voluntaria (ligación de tubos y vasectomía), cuando sea previamente certificado por el Coordinador Médico del Plan.

17.7.2 Todos los métodos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos, los procedimientos de esterilización y la educación y el asesoramiento de pacientes para todas las mujeres con capacidad reproductiva y que haya recentado uno de los proveedores participantes, sin costo compartido. La cobertura incluye todos los medicamentos, dispositivos y productos para las mujeres aprobados por la FDA. Incluido entre otros los siguientes métodos: (1) cirugía de esterilización para mujeres; (2) implante de esterilización quirúrgica para mujeres; (3) varilla implantable; (4) DIU de cobre; (5) DIU con progestina; (6) vacuna/inyección; (7) anticonceptivos orales (píldora combinada); (8) anticonceptivos orales (solo progestina); (9) anticonceptivos orales de uso prolongado o de uso continuo; (10) parche; (11) anillo anticonceptivo vaginal; (12) diafragma; (13) esponja; (14) condón femenino; y (15) anticonceptivo de emergencia (Plan B).

17.7.3 Un suministro de 12 meses de anticonceptivos hormonales auto administrados aprobados por la FDA dispensados una vez cuando lo solicite el Miembro y no estén clínicamente contraindicados.

17.7.4 Consejería con respecto a anticonceptivos y planeación familiar.

17.8 Cirugía Reconstructiva

17.8.1 Cirugía realizada para corregir o reparar estructuras del cuerpo anormales causadas por defectos hereditarios, anormalidades desarrolladas, trauma, infección, tumores o enfermedades, y así mejorar funciones y/o para crear una apariencia normal, al mejor grado posible.

17.8.2 Reconstrucción del busto e implantación de prótesis en el busto, posterior a una mastectomía.

17.9 Servicios de Hospital

Todos los servicios de hospital, exceptuando en caso de Emergencia o cuidados de urgencia, deberán ser recibidos en una Instalación Participante, ordenada por un Médico Participante, y certificado por el Coordinador Médico.

17.9.1 Servicios de Pacientes Internos

Servicios de pacientes Internos, incluyendo servicios profesionales, cuarto semi privado (cuarto privado únicamente cuando sea Médicamente Necesario y previamente certificado por el Coordinador Médico), cuidados generales de enfermería(enfermera privada solamente cuando sea previamente certificado por el Coordinador Médico), comidas y dietas especiales Médicamente Necesarias; el uso de la sala de operaciones e instalaciones relacionadas; el uso de la unidad de cuidados intensivos y servicios relacionados, el uso de la sala de partos y de la unidad de recién nacidos, servicios de radiología, laboratorio y otras pruebas de diagnóstico, enyesado y férula, aparatos de prótesis implantados quirúrgicamente, drogas, anestesia, servicios de oxígeno, terapia de radiación, terapia de inhalación, quimioterapia, sangre y plasma sanguíneo.

Conforme a lo anterior (y en la Sección 17.21, en Equipo Médico Resistente y Aparatos Prostéticos), la palabra "*prótesis"* significa un aparato mecánico que reemplaza la función de una parte interna o externa del cuerpo.

17.9.2 Servicios de Paciente Externo

Los servicios de paciente externo, proporcionados o previamente certificados por un Proveedor Participante, incluyendo servicios profesionales, terapia de radiación, quimioterapia, cirugía de paciente externo y servicios de rehabilitación y de habilitación del paciente externo; otras instalaciones, servicios, materiales médicos y aparatos relacionados con cuidados ambulatorios y los citados en la lista de Servicios de Paciente Interno, cuando sean proporcionados o previamente certificados por el Coordinador Médico. Los servicios de paciente externo *no incluyen* los servicios de la sala de emergencia.

17.10 Maternidad y Cuidados Relacionados del Recién Nacido

17.10.1 Los servicios que surjan por embarazo (incluyendo el diagnóstico prenatal de trastornos genéticos del feto) y nacimiento, incluyendo complicaciones en el embarazo, aborto (de acuerdo a lo que permiten las leyes de Baja California, México), nacimiento, cuidados prenatales y de postparto.

17.10.2 Se proporciona la siguiente cobertura para la madre y el niño recién nacido: (1) un

mínimo de 48 horas de atención como paciente interno después de un parto vaginal; (2) un mínimo de 96 horas de atención como paciente interno después de una cesárea; o (3) una estadía más breve como paciente interno, si la madre lo solicita, y si el médico al consultar a la madre determina que es médicamente apropiado. Si un miembro solicita una estadía más breve como paciente interno, y reside dentro del área de servicio del Plan, el miembro tendrá la cobertura de una visita de atención médica en el hogar programada para que se lleve a cabo en un lapso de 24 horas a partir del alta hospitalaria. Cuando el médico lo recete, se cubrirá una visita adicional.

17.10.3 Cuidados del Recién Nacido: El cuidado en la guardería y el cuidado de niños no enfermos durante el confinamiento de la madre en el hospital, incluyendo la circuncisión y visitas pediátricas.

17.11 Asma Pediátrica

Se cubrirá lo siguiente equipo y suministros cuando son Médicamente Necesario para la administración y el tratamiento del asma pediátrica: nebulizadores, incluyendo a las mascarillas y tubería; metros de máximo alcance del flujo; y espaciadores inhalantes. Proporcionamos también la educación para el asma pediátrica, incluyendo a la educación con respecto al uso apropiado de todo equipo cubierto. Toda educación proporcionada será consistente con la práctica médica profesional y actual.

17.12 Ensayos Clínicos (“Clinical Trials”)

No le negaremos a un Miembro la participación en un ensayo clínico aprobado, ni discriminaremos a ningún Miembro en función de dicha participación. El término "ensayo clínico aprobado" significa un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III y fase IV realizado en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal (como se define a continuación). Se proporcionará cobertura para los servicios de atención médica de rutina asociados con la participación de un Miembro en un ensayo clínico aprobado, si se cumplen todas las siguientes condiciones:

17.12.1 El Miembro es elegible para participar en un ensayo clínico aprobado de acuerdo con el protocolo del ensayo con respecto al tratamiento del cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal. El término "condición potencialmente mortal" significa cualquier enfermedad o condición de la cual la probabilidad de muerte es probable a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o condición.

17.12.2 Un Proveedor Participante ha concluido que la participación del Miembro en el ensayo clínico aprobado sería apropiada en función de que el Miembro cumpla con las condiciones descritas en la Sección 17.9.1, o el Miembro proporcione información médica y científica que establezca que su participación en el ensayo sería apropiada en función de que la persona cumpla con las condiciones descritas en la Sección 17.9.1. Los requisitos

de las Secciones 17.9.1 y 17.9.2 sustituyen a cualquier requisito adicional relacionado con la Necesidad médica.

17.12.3 El servicio de atención médica de rutina se proporciona dentro de la red del Plan o, si está fuera de la red del Plan, en caso de emergencia o como un servicio de atención de urgencia.

17.13 Mastectomía

Siguiente la eliminación Médicamente Necesaria de todo o la parte de un seno, nosotros cubrimos la reconstrucción del seno, la cirugía y la reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica, y el tratamiento de complicaciones físicas, inclusive al linfedema. La duración de estancia en el hospital asociada a cualquiera de estos procedimientos será determinada por el médico y cirujano tratante del paciente consistente con principios y procedimientos médicos. Nosotros (el Plan) no requerirá que el médico o cirujana tratante reciba previa autorización al determinar la duración de la estancia en el hospital de acuerdo a estos procedimientos.

17.14 Servicios de Cirugía Oral

Los servicios de cirugía oral proporcionados a Miembros cuando tales servicios consisten en la reducción o manipulación de fracturas en los huesos faciales; escisión de lesiones en la mandíbula, otros huesos faciales, boca, labio, o lengua; incisión de lesiones de los accesorios de los senos, boca, glándulas salivales, o conductos; reconstrucción o reparación de la boca o labio para corregir el deterioro causado por defectos congénitos o lesiones accidentales. Todos los servicios de cirugías orales deberán ser previamente certificados por el Coordinador Médico. Exclusiones: *el cuidado de los dientes o de estructuras dentales, extracciones o correcciones de impactos, y servicios relacionados con mal oclusión o mala posición de los dientes y quijadas están excluidos de la cobertura, con excepción de lo siguiente:*

17.14.1 Cobertura limitada de Cargas Dentales Asociadas

Anestesia general y cargas asociadas con la instalación para procedimientos dentales rendidos en un hospital o un centro de cirugía se pueden cubrir en las circunstancias siguientes, al menos que la posición o la condición clínica médica fundamental del paciente requiere los procedimientos dentales que comúnmente no requeriría anestesia general a ser rendida en un hospital o centro de cirugía:

- Miembros que tienen menos de siete años.
- Miembros que son incapacitados para el desarrollo, a pesar de la edad.

- Miembros cuya salud es cedida y para quién anestesia general es médicamente necesaria, a pesar de la edad.

La autorización previa del Coordinador del es requerido, menos en caso de una emergencia.

Las cargas para el procedimiento dental por sí mismo, incluyendo, pero no limitado a, el honorario profesional del dentista no está cubierto por este Plan.

17.15 Emergencias Médicas y Servicios de Cuidados Urgentes (ver la descripción de este beneficio en las páginas 4-5 de este libro).

17.15.1 Tratamiento Complementario y Continuidad de Cuidado Médico.

El Tratamiento complementario y la continuidad del cuidado posterior a una emergencia médica o servicios de cuidados urgentes deberán ser acordados por un Proveedor Participante. Deberá notificar al Plan de cualquier confinamiento posterior a una Emergencia médica dentro de 24 horas de dicho confinamiento, o tan pronto sea razonablemente posible.

17.16. Servicios de Ambulancia

Los servicios de emergencia o de transporte que le ofrece una empresa de servicios de ambulancia autorizada como resultado de una solicitud de ayuda a un sistema de respuesta de emergencia "911", si usted considera que tiene una condición médica de emergencia que requiere dicha ayuda. En caso de que sean necesarios los servicios de ambulancia aérea debido a una emergencia, el Miembro no le pagará más gastos/copagos de su bolsillo a un proveedor de ambulancia aérea no contratado que lo que pagaría por un proveedor de ambulancia aérea contratado en la medida en que el Plan cuente con un proveedor de ambulancia aérea contratado.

Los servicios de transporte en van que no son de emergencia y para casos de necesidad psiquiátrica se cubren dentro del área de servicio del plan si un proveedor participante determina que su afección requiere el uso de servicios que solamente una van con autorización (o una van de transporte en casos psiquiátricos) pueden suministrar y que el uso de otro medio de transporte supondría un riesgo para su salud. Estos servicios están cubiertos solamente cuando el vehículo lo transporta hacia o desde un establecimiento de servicios cubiertos.

17.17. Servicios de Laboratorio y Radiología (Auxiliar)

Los servicios de diagnóstico y radiología terapéutica y análisis de laboratorio, incluyendo mamografías, proporcionadas como paciente externo por un Proveedor Participante, o en instalaciones designadas por el Coordinador Médico, cuando sean certificadas por un Proveedor Participante.

17.18 Servicios de Acupuntura

Normalmente se ofrecen solamente para el tratamiento de náuseas o como parte de un programa integral para el manejo del dolor para el tratamiento del dolor crónico.

17.19 Terapia de Masajes

Se cubre cuando lo remite un Proveedor del plan y lo suministra un profesional de SIMNSA en una de las clínicas de SIMNSA.

17.20 Servicios de Rehabilitación y de Habilitación

Servicios de Rehabilitación y de Habilitación por terapeutas ocupacionales, físicos, de salud mental, de comportamiento, o de dicción, conforme sea Médicamente Necesario y certificados.

17.21 Equipo Médico Duradero, Suministros de Servicios para Ostomía y Urología y Aparatos de Prótesis y Ortopédicos

Este plan cubre la compra o alquiler de Equipo médico duradero, la compra de aparatos de prótesis u ortopédicos y la compra de suministros para ostomías y urología bajo los mismos términos y condiciones que el plan de referencia ("benchmark plan") identificado por el Departamento de Atención Médica Administrada de California (California Department of Managed Health Care), cuando los ha recetado un Proveedor Participante y han sido pre-certificados por el Coordinador Médico. No se cubre la compra de artículos o suministros desechables, excepto los suministros para ostomías, a menos que dichos artículos y suministros sean Necesarios según el criterio médico para el control y el tratamiento de diabetes que requiere el uso de insulina, y diabetes que no la requiere o diabetes gestacional, en cuyo caso dichos artículos están cubiertos incluso si están disponibles sin receta médica.

17.21.1 Equipo Médico Resistente

La cobertura incluye, pero no es limitada a, equipo de oxígeno, sillas de ruedas manuales, muletas, glucómetros, etc., y proporcionados cuando sean Médicamente Necesarios, no solamente para la conveniencia del Miembro, y en cuanto sean recetadas y recomendadas por un Proveedor Participantes, al ser certificadas previamente por el Plan de Salud de SIMNSA y obtenidas a través de un Proveedor Participante. El Plan de Salud de SIMNSA retiene la opción de proporcionar cobertura por la renta o compra de Equipo Médico Resistente. La compra inicial de dicho equipo y accesorios necesarios para operar, es cubierta solamente si se le demostró al Plan de Salud de SIMNSA que el uso prolongado del equipo es planeado, el equipo no puede ser rentado, o si es probable que el costo sea menor si se compra en lugar de rentarse. La reposición de dicho equipo y accesorios será cubierta solamente si se le demuestra al Plan de Salud de SIMNSA que el

reemplazo es necesario a consecuencia de cambio en el estado físico del Miembro, o si el costo sería menos que la reparación del quipo existente o la renta de algún equipo similar. No incluyen los cargos por mas de un artículo que tenga el mismo o similar objetivo.

17.21.2 Aparatos Ortopédicos y Prostéticos

Ortopédicos hechos a la medida (exceptuando los ortopédicos para los pies que son utilizados como aparatos de soporte) y otros aparatos prostéticos, exceptuando los aparatos prostéticos quirúrgicamente implantados (ver Servicios de Hospitales de Pacientes Internos), si se determina que son Médicamente Necesarios y certificados previamente por un Proveedor Participante y Coordinador Médico. Es cubierta la reposición de un aparato ortopédicos o prostético cuando el aparato existente no puede ser reparado o si es menos costoso reemplazar el aparato que repararlo, o si el reemplazo es recomendando por el médico que lo atiende a causa de un cambio en la condición del estado físico de un Miembro. Se excluyen de cobertura artículos no recetados.

La palabra "ortótico" significa un aparato utilizado para el soporte, alineamiento, para la prevención, o para corregir una deformidad o para mejorar la función de una parte del cuerpo movible.

17.22 Cuidados de Salud en Casa

En circunstancias limitadas, los servicios de cuidados de salud en casa son disponibles a los Miembros cuando dichos servicios son Médicamente Necesarios. Para obtener este servicio, el Miembro debe residir dentro del área de servicio del Plan. No es disponible para miembros que viven en los Estados Unidos. Disponible solamente para pacientes postoperatorios y en casos cuando el paciente no puede acudir a la oficina del médico, con autorización previa del Coordinador del Plan.

17.23 Servicios de Salud Mental y Dependencia de Sustancias Químicas

17.23.1 Servicios de Salud Mental

El diagnóstico y tratamiento para una Enfermedad de Salud Mental Grave de todos los Miembros y Trastornos Emocionales Serios de miembros menores de edad, tal y como aparece definido en la edición más reciente del DSM. Además del tratamiento de la Enfermedad Mental Grave y Trastornos Emocionales Serios de un menor, el Plan también cubre el tratamiento de cualquier condición mental identificada como un "trastorno mental" en la Cuarta Edición del DSM.

Los servicios para pacientes ambulatorios - Los servicios de salud mental ambulatorio de un Proveedor Participante psiquiatra o médico, cuando lo ordene un Proveedor Participante, para la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de un trastorno mental incluyendo una Enfermedad Mental Grave o una Aflicción

Emocional Seria o intervención de crisis. El plan también cubre Tratamiento de la Salud del Comportamiento parta el tratamiento de trastornos generalizados de desarrollo o autismo, cuando lo ordene y lo lleve a cabo un Proveedor Participante.

Los servicios de salud mental ambulatorio incluyen consultas, terapia y evaluación individual y de grupo, monitoreo como paciente ambulatorio de terapia de farmacodependencia, pruebas psicológicas, análisis de comportamiento aplicado con base en el hogar para el tratamiento de trastornos de autismo generalizado, programa ambulatorio intensivo (generalmente menos de 5 horas/día), programa de hospitalización parcial (generalmente más de 5 horas/día) y trasporte por ambulancia que no sea de emergencia y transporte psiquiátrico.

Tratamiento que requiere Hospitalización – Los servicios de salud mental que requieren hospitalización, incluyendo pacientes psiquiátricos hospitalizados, atendidos por un Proveedor Participante, ya sea Psiquiatra o médico, cuando lo ordene el Proveedor Participante, para la evaluación, el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales incluyendo la Enfermedad Mental Grave y la Aflicción Emocional Seria.

El tratamiento residencial hospitalizado para la Salud Mental no está disponible en el Área de Servicio en un establecimiento separado, pero los servicios se ofrecen mediante el monitoreo en un ambiente de hospital, tal y como lo crea necesario el Proveedor Participante. Una vez que lo solicite el Miembro, el tratamiento residencial para la Salud Mental y/o la Farmacodependencia pudiera proporcionarse mediante el monitoreo en un ambiente con base en el hogar, tal y como lo crea necesario el Proveedor Participante dentro del Área de Servicio del Plan.

El tratamiento en un programa residencial de crisis no está disponible en el Área de Servicios en un establecimiento separado, pero los servicios se ofrecen mediante el monitoreo en un ambiente de hospital, tal y como lo crea necesario el Proveedor Participante. Una vez que lo solicite el Miembro, el programa residencial de crisis pudiera proporcionarse mediante el monitoreo en un ambiente con base en el hogar, tal y como lo crea necesario el Proveedor Participante dentro del Área de Servicio del Plan.

Los servicios brindados y cubiertos bajo las prestaciones de Salud Mental del Plan se llevarán a cabo en conformidad total con las leyes de relación de paridad de salud mental.

17.23.2. Servicios para la Farmacodependencia

Tratamiento Ambulatorio – Los servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios de farmacodependencia por parte de un Proveedor Participante, cuando lo ordene un Proveedor Participante, incluyendo programas de tratamiento

durante el día para pacientes ambulatorios, programas intensivos para pacientes ambulatorios, y consejería de dependencia individual y de grupo.

Tratamiento de Desintoxicación Hospitalizada – La hospitalización en un Hospital Participante está cubierto solo en casos de manejo médico por síntomas de desintoxicación, incluyendo hospedaje, Servicios de Proveedor Participante, narcóticos, servicios de recuperación de dependencia, educación y consejería.

Tratamiento que requiere Hospitalización – El tratamiento residencial para la Farmacodependencia no está disponible en el Área de Servicio en un establecimiento separado, pero los servicios se ofrecen mediante el monitoreo en un ambiente de hospital, tal y como lo crea necesario el Proveedor Participante. Una vez que lo solicite el Miembro, el tratamiento residencial para la Salud Mental y/o la Farmacodependencia pudiera proporcionarse mediante el monitoreo en un ambiente con base en el hogar, tal y como lo crea necesario el Proveedor Participante dentro del Área de Servicio del Plan.

Los servicios de recuperación residencial de transición no están disponibles en el área de Servicio en un establecimiento separado, pero los servicios de transición se ofrecen mediante el monitoreo ya sea en un ambiente de hospital, tal y como lo crea necesario el Proveedor Participante. Una vez que lo solicite el Miembro, el tratamiento de recuperación residencial de transición pudiera proporcionarse mediante el monitoreo en un ambiente con base en el hogar, tal y como lo crea necesario el Proveedor Participante dentro del Área de Servicio del Plan.

Los miembros pueden hacer uso de las prestaciones para los servicios de Salud Mental y/o Farmacodependencia a través de una derivación emitida por su médico de cabecera. No se requiere autorización.

17.24. Fenilcetonuria

Este Plan cubre el diagnóstico y el tratamiento Médicamente Necesario para la fenilcetonuria (PKU). La cobertura del tratamiento del PKU será limitada a los formulas y comidas especiales que estén dispuestas dentro del Área de Servicio del Plan. Además, este Plan solo cubre el costo de las fórmulas para el tratamiento de PKU y las comidas especiales sin exceder a los costos de una dieta normal.

17.25. Trasplantes

Trasplantes de córnea, corazón, corazón/pulmones, riñones, injertos de piel y hueso, trasplantes de médula, trasplantes de hígado para enfermedades de hígado en la última fase y para niños con atresia biliar, y otros procedimientos de trasplantes no experimentales o que no sean de estudio, siempre y cuando sean certificados previamente por un Coordinador médico y no sean tratamientos experimentales o de estudio los cuales son excluidos bajo la sección 19.8 de esta CCE.

17.26. Cuidados Paliativos (*Hospice*)

Este Plan cubre cuidados paliativos en la medida de que se ofrezca en México, incluyendo (1) enfermeras especializadas, manejo del dolor y otros servicios paliativos que solicite el paciente en un entorno de hospital de cuidados agudos; (2) consejería individual, actividades de apoyo en grupo, intervención en casos de crisis y recomendaciones a recursos comunitarios por medio de profesionistas de salud mental (excluyendo servicios relacionados a cuestiones económicas o de finanzas); y (3) terapia respiratoria en casa a través de una compañía de cuidados a domicilio.

17.28 Pruebas de enfermedades de transmisión sexual

Este Plan cubre los kits de prueba de detección caseros para enfermedades de transmisión sexual y los costos de laboratorio para procesar esos kits, que se consideran médicamente necesarios o apropiados y ordenados directamente por un proveedor dentro de la red o proporcionados a través de una orden permanente para uso del paciente basada en pautas clínicas y necesidades de salud individuales del paciente. Para los propósitos de esta sección, "kit de prueba casero" significa un producto utilizado para una prueba recomendada por las pautas federales de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades o el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos que ha sido eximido de CLIA, aprobados o admitidos por la FDA, o desarrollado por un laboratorio de acuerdo con las regulaciones establecidas y los estándares de calidad, para permitir que las personas recolecten muestras para detectar ETS, incluido el VIH, de forma remota en un lugar fuera de un entorno clínico.

18. SEGUNDAS OPINIONES MÉDICAS:

18.1 Cuando es requerida por usted o un médico participante o en nombre de un miembro, el Plan autorizara a un médico para una segunda opinión hecha por un médico participante apropiado y reconocido. Si no hay un médico apropiado calificado, reconocido y participante disponible, entonces una segunda opinión por otro médico calificado apropiado (u otro profesional del cuidado médico apropiado) será autorizado. Razones para una segunda opinión médica para que sea autorizada incluye, pero no está limitada para lo siguiente:

18.1.1 Si usted tiene dudas razonables o sobre la necesidad de la recomendación del procedimiento de la cirugía.

18.1.2 Si usted tiene dudas del diagnóstico o el plan de cuidado, para una condición que pueda perder la vida, perdida de un miembro, perdida del funcionamiento del cuerpo o incapacidad parcial, como una condición seria crónica.

18.1.3. Si las indicaciones clínicas no son claras o son complicadas y lo confunden, un diagnostico está en duda por los resultados de la prueba o el médico tratante no puede diagnosticar la condición y usted pidió diagnostico adicional.

18.1.4. Si el tratamiento indicado no está mejorando su condición en un periodo de

tiempo razonable a partir de que le dieron el diagnóstico y el plan de tratamiento y usted pidió una segunda opinión acerca del diagnóstico y continuación del tratamiento.

18.1.5. Si usted ha intentado seguir el plan de cuidado o ha consultado con el proveedor inicial sobre sus preocupaciones serias acerca el diagnostico o plan de cuidado.

18.2 Puede comunicar sus peticiones para segundas opiniones médicas al Plan para una decisión más expedita cuando usted está ante una inminente amenaza grave a su salud, incluyendo a, pero no limitado a, la potencial pérdida de vida, deterioro de la función de algún órgano del cuerpo u otra función corporal, o cuando una demora sería perjudicial o en detrimento a su habilidad para recobrar la función máxima

18.3 Peticiones para segundas opiniones médicas serán aprobadas o negadas (y si se aprueban, serán prestadas) dentro de un tiempo límite explicado como sigue:

18.3.1 Para servicios de emergencia /servicios expeditos- lo mas pronto que sea posible, en un tiempo razonable para su padecimiento o su condición, pero no más de 72 horas.

18.3.2. Para los servicios que no sean de emergencia / solicitudes estándar: Las solicitudes para decisiones que involucren la revisión retrospectiva de la decisión del Plan se harán en un plazo de 30 días calendario o menos, según sea apropiado para la condición del Miembro y se comunicarán al miembro que recibió los servicios, o al representante de dicho Miembro, en un plazo no mayor de 30 días después que el Plan reciba la información que sea razonablemente necesaria para tomar la decisión. Las solicitudes para decisiones que se hayan realizado con anterioridad o concurrentemente con el suministro de los servicios de atención médica (que no cumplan con los requisitos de revisión de 72 horas) se tramitarán de manera oportuna y apropiada a la naturaleza del padecimiento del Miembro, pero no excederán 5 días hábiles después que el Plan reciba la información necesaria razonable para tomar la determinación.

19. PASES DE REFERENCIAS INTERCONSULTA:

19.1 En ciertas circunstancias, su médico de primer nivel podría referirlo a un especialista por más de una visita, como está indicado en el plan de tratamiento, sin tener que proporcionarle un pase de referencia por cada visita. Miembros con alguna condición o enfermedad como es: (1) caso de vida o muerte; o (2) enfermedad degenerativa o discapacidad que requiere cuidado médico especializado por un periodo de tiempo prolongado, podría requerir que el especialista asuma la responsabilidad de proveer y coordinar el tratamiento del miembro, incluyendo la atención de el medico primario y especialistas.

19.2 Si el requerimiento para la referencia es aprobado por el plan, el miembro podría recibir

tratamiento del especialista sin necesidad de la referencia del médico de primer nivel. El especialista puede autorizar y referir al miembro para exámenes y todos los servicios cubiertos al igual que el médico de primer nivel está autorizado para proveer y referir al miembro para los diferentes servicios, sujeto a los términos de tratamiento del plan.

20. BENEFICIOS DE RECETAS MÉDICAS:

Los medicamentos bajo receta médica tienen cobertura en su totalidad después de efectuar el copago indicado en el Plan de Beneficios. Todos los medicamentos recetados se pueden obtener únicamente en las farmacias participantes. (Excepto en casos de urgencia y de emergencia en los Estados Unidos) Su Doctor participante está familiarizado con el beneficio de medicamentos y formulario del Plan; y usualmente receta el medicamento aprobado del formulario. El Plan cubre todos los medicamentos necesarios recetados por los proveedores del Plan, que estén previamente aprobados en la cobertura del Plan para una condición médica, siempre y cuando: 1) un proveedor del Plan continúe recetando el medicamento para la condición médica; y 2) el medicamento sea apropiadamente recetado y sea considerado seguro y efectivo para la condición médica del Miembro. Su proveedor del Plan puede recetarte otro medicamento cubierto por el Plan que es medicamente apropiado para su condición médica. El Plan generalmente no discrimina entre cubrir medicamentos de marca farmacéutica y medicamentos genéricos, y siempre cubrirá medicamentos de marca si el medicamento genérico esta medicamente contraindicado. Los medicamentos que están considerados para "uso general" o usualmente se obtienen "sin receta médica" no están cubiertos por el Plan y no serán recetados por el Proveedor del Plan médico. Usted debe compras estos artículos.

No se requerirá que un Miembro pague más que el precio minorista de un medicamento recetado si el precio minorista de la Farmacia Participante del Plan es menor que el Copago aplicable. El pago realizado por el Miembro constituiría el costo compartido aplicable del Miembro. El costo compartido aplicable pagado por el Miembro se aplicará tanto al deducible, si corresponde, como al límite máximo de desembolso de la misma manera que si el Miembro hubiera comprado el medicamento recetado pagando el monto del costo compartido.

21. EXCLUSIONES DE COBERTURA:

21.1 Terapias Alternativas

Terapias Alternativas, como biorealimentación, hipnoterapia, y terapias recreativas, educacionales, manipulativas o de sueño, terapia primal, masaje terapéutico, psicodrama, terapia de megavitaminas, terapia bioenergética, capacitación de percepción de visión, terapia de bióxido de carbono, o servicios relacionados con este tipo de terapias.

21.2 Servicios Quiroprácticos

21.3 Cirugía Cosmética

Una cirugía que se lleva a cabo para alterar o reconstruir las estructuras normales del cuerpo para mejorar apariencia.

21.4 Cuidados Intensivos de Larga Duración o De Custodia

21.5 Gastos del Donador- en casos de trasplante de órganos

Los servicios médicos y hospitalarios para un donador o posible donador cuando el receptor de un trasplante de órgano o tejidos no es miembro (cuando el receptor de un trasplante es un Miembro, solamente se cubren los costos directamente relacionados a la determinación de la aceptabilidad como receptor, los servicios necesarios según el criterio médico relacionados, obtener e implantar el órgano, tejido o médula ósea y el tratamiento de las complicaciones si el donador o posible donador también es Miembro al Plan).

21.6 Exclusiones y Limitaciones de los Beneficios de Recetas Médicas

Exceptuando las descritas anteriormente, la cobertura prevista bajo este Plan de Salud no incluye:

21.6.1 Servicios proporcionados por un Proveedor no Participante del plan exceptuando los Médicamente Necesarios para tratamiento que resulte de una Emergencia o estado de Salud Urgente.

21.6.2 Un abastecimiento mayor de 30 días por receta o segunda preparación de receta médica; exceptuando anticonceptivos orales, que pueden ser surtidos por cantidades de 90 días, estas sujetas a un Copago por cada abastecimiento de 30 días. Cuando lo solicite un miembro y no existan contraindicaciones clínicas, un abastecimiento de 12 meses de anticonceptivos hormonales aprobados por la FDA podrá ser surtido a la vez.

21.6.3 Cualquier segunda preparación de medicamento que exceda la cantidad especificada por la receta médica. Antes de reconocer los cargos, SIMNSA puede requerir una nueva receta médica, o pruebas de la necesidad, si la receta médica o la segunda preparación parece excesiva bajo las normas de práctica médica.

21.6.4 Las drogas utilizadas para bajar de peso, incluyendo supresores de apetito. Esta exclusión no aplicará a esas drogas que se determinan a ser Médicamente Necesarias para el tratamiento de la obesidad mórbida según la definición expuso en la Sección 12.24.

21.6.5 Drogas o algún medicamento que ayude a dejar de fumar. Esta exclusión no aplicará a esas drogas que se determinan a ser Médicamente Necesarias según la definición expuso en la Sección 12.24, o que son proveídos conjunto con participación en un programa de dejar de fumar.

21.6.6 Algún medicamento que ayude en la belleza, salud o que sea cosmético, u

otros productos utilizados para retardar o regresar los efectos del tiempo en la piel, o drogas utilizadas en el tratamiento de calvicie (por ejemplo, Retin A, Rogaine).

21.6.7 Cualquier cargo por la administración de drogas recetadas o insulina inyectada, hasta el punto que sea medicamente apropiado que esos fármacos o insulina inyectable puede ser administrada por si mismo.

21.6.8 Artículos no médicos, tales como prendas de soporte y otros dispositivos terapéuticos o de prueba, independientemente de su destino, incluso cuando sean prescrito por un médico. Esta exclusión no debe incluir a) los medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA que pueden estar disponibles sin receta médica pero que sean recetados por un proveedor del plan o b) artículos o suministros medicamente necesarios para el manejo y el tratamiento de la diabetes con insulina, sin insulina y/o diabetes gestacional, en cuyo caso serán cubiertos incluso si dichos artículos se encuentren a la venta sin receta médica.

21.6.9 Los medicamentos que un Proveedor del Plan no ha recetado (fuera de los medicamentos recetados en el contexto de los servicios de Emergencia o de Cuidados Urgentes fuera del área) y medicamentos "que no requiere receta médica" ("over-the-counter") como se conocen en los estándares de los Estados Unidos. Esta exclusión no debe incluir los medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA ni los tratamientos para dejar de fumar que pueden estar disponibles sin receta médica pero que hayan sido recetados por un Proveedor del Plan.

21.6.10 Drogas Profilácticas para viajar; drogas para incrementar el rendimiento atlético.

21.6.11 Drogas con receta médica para procedimientos y servicios que no se consideran como Servicios Cubiertos, excepto medicamento con receta que de otro modo estarían cubiertos para tratar complicaciones relacionadas al servicio que no está cubierto. Por ejemplo, si un afiliado se somete a cirugía electiva que no tenga cobertura del Plan, entonces los medicamentos necesarios en relación con el procedimiento, es decir, la anestesia, los analgésicos, etc. no tendrían cobertura.

21.6.12 El reemplazo de medicamentos perdidos o dañados.

21.6.13 Cualquier medicamento recetado que no vaya de acuerdo con los procedimientos del Plan de Salud de SIMNSA.

21.7 Servicios Educacionales, Trastornos de Comportamiento, e Lento Aprendizaje

Servicios para los remedios de educación, incluyendo evaluaciones o tratamientos de lento Aprendizaje o la disfunción mínima del cerebro, o para el desarrollo y trastornos de

aprendizaje; capacitación de comportamiento; y rehabilitación cognoscitiva. Servicios, tratamiento, o pruebas de diagnóstico relacionadas con problemas de comportamiento (conducta), lento aprendizaje, o retardos en desarrollo; o capacitación y pruebas educacionales.

Esta Exclusión no aplicará al diagnóstico ni al tratamiento Médicamente Necesario de Enfermedades Mentales Severas de una persona de cualquier edad, y de alteraciones emocionales graves de un niño, incluyendo: la esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos, trastornos bipolares (psicosis maníaco-depresivas), trastornos depresivos mayores, trastornos de pánico, trastorno generalizado del desarrollo o autismo, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión psicótica, anorexia nerviosa, y bulimia nerviosa.

21.8 Tratamientos Experimentales o En Desarrollo

Servicios, tratamientos, material médico, aparatos o drogas que el Plan determine que no son generalmente aceptados por médicos profesionales que conocen el Plan en los Estados Unidos y México, entonces, al momento de recibir estos servicios, pruebas, tratamientos, materiales médicos, aparatos o drogas, se consideren seguros y efectivos para el tratamiento o diagnóstico de la condición para la cual se están proponiendo.

21.9 Abortos Considerados Ilegales en el Área de Servicio del Plan

SIMNSA en un plan de salud mexicano que cuenta con licencia en California del Departamento de Cuidado Médico Administrado de acuerdo con la Ley de Salud y Seguridad de California §1351.2. SIMNSA opera bajo las leyes de Baja California, México, México prohíbe los abortos más allá de la duodécima (12) semana, excepto en casos donde se encuentra en peligro la vida de la madre u otras circunstancias permisibles por la ley. Así, este plan solo cubre abortos en México donde lo permita la ley y fuera del área cuando el servicio se justifica como medicamente necesario para el tratamiento de una Emergencia o de Cuidados Urgentes. El Plan cubrirá los servicios de aborto legal, como se describió anteriormente, sin ningún costo compartido (por ejemplo, copago) para el miembro.

21.10 Aparatos Auditivos

21.11 Cuidado Paliativo (*Hospice*)

Los servicios paliativos no están cubiertos, excepto lo descrito en la Sección 17.26 de esta CCE.

21.12 Cuidados de Enfermera Particular en su Casa (aparte de aquellos servicios de salud en casa, previamente autorizados).

21.13 Servicios Médicos No Necesarios

Servicios o Materiales que no son Médicamente Necesarios, excepto aquellos servicios que requieran ser cubiertos por ley o aquellos descritos en la Sección 17 de esta CCE. (Para apelar una determinación de que los servicios no fueron Médicamente Necesarios, los Miembros deberán acudir al Procedimiento de Investigación y Agravios citados en la Sección 9 de este CCE.)

21.14 Servicios Fuera Del Área

Los Servicios considerados como fuera del área son aquellos que no son proporcionados dentro del área de servicios del Plan de Salud de SIMNSA, o que fueron suministrados después de que el estado del Miembro permita al Miembro acudir al área de servicio para continuar el cuidado. Esta limitación no aplica a servicios proporcionados en conexión con Servicios de Emergencia y Cuidados Urgentes fuera del área, incluyendo, pero no limitado a recetas médicas, aun cuando tales servicios no fueran considerados como Servicios Cubiertos dentro del Área de Servicio del Plan.

21.15 Material Médico para Pacientes Externos

Materiales Médicos de consumo o desechables de Pacientes Externos, como jeringas y calcetas elásticas, con excepción de aquellas especificadas. Esta exclusión no aplica a los suministros para pacientes externos que sean necesarios por razones médicas para el control y tratamiento de la diabetes controlada por insulina, o de la diabetes que no requiere insulina y/o de la diabetes gestacional.

21.16 Artículos para la Comodidad o Conveniencia Personal

Servicios o materiales médicos no-médicos que no estén directamente relacionados con el tratamiento médico del Miembro, como comidas y hospedaje de invitados, cargos de teléfono, gastos de viaje que no sean por servicio de ambulancia, artículos médicos para llevar a casa, servicios o artículos para la comodidad personal, cosméticos, suplementos dietéticos, auxiliares de salud o belleza, y servicios similares; servicios de manejo de la casa y comidas como parte de cuidados en casa.

21.17 Enfermeras Particulares

Enfermeras particulares y cuartos privados, exceptuando aquellos Médicamente Necesarios y certificados por el Coordinador Médico.

21.18 Los servicios de los cuales el Miembro no es Responsable Económicamente.

Los servicios de los cuales el Miembro no sería económicamente responsable, aun cuando no exista cobertura de los cuidados de salud proporcionado por el Plan conforme a lo citado en este Contrato, incluyendo los servicios realizados por un miembro de la familia del Miembro.

21.19 Servicios Proporcionados Antes y después de Terminación de Cobertura

21.20 Servicios Requeridos por Terceras Personas

Servicios requeridos por un No Miembro por los cuales el Miembro pueda ser económicamente Responsable (por ejemplo, lesiones que resulten de un accidente de automóvil del cual el Miembro es responsable).

21.21 Disfunciones Sexuales

Esta exclusión no aplicará a esas recetas médicas que se determinan a ser Médicamente Necesarias según la definición expuso en la Sección 10.24

21.22 Incapacitación Total

Servicios o gastos directamente relacionados con cualquier condición que resulte en la Incapacidad Total de un Miembro, cuando un Miembro sea totalmente incapacitado el día en que un plan médico anterior termina y tenga derecho a beneficios extendidos para la incapacitación total bajo el plan anterior.

21.23 Servicios de Transporte

Servicios de Transportación, exceptuando aquellos especificados.

21.24 Cuidados de la Vista

El cuidado de la vista, excepto los exámenes de la vista y los servicios pediátricos, como se indica, incluyendo, entre otros: gafas y marcos; lentes de contacto y otros lentes de corrección (excepto después de cirugía para cataratas o para el tratamiento necesario de la aniridia o la afaquia según el criterio médico); ejercicios para los ojos, cirugía refractiva, de entrenamiento y radial queratotomía u otra cirugía ante todo para corregir errores refractivos.

21.25 Control de Peso

Tratamiento médico o quirúrgico para el control de peso y/o obesidad, incluyendo, pero no limitado a, engrapado gástrico, inserción y removimiento de globo, cirugía gástrica de circunvalación, y otros servicios, materiales médicos y procedimientos, y complicaciones que resulten de lo anterior, al menos de que sean determinados por el Coordinador Médico que son Médicamente Necesarios.

21.26 Servicios de Apoyo No-Médicos, Asesoramiento de Empleo, o Asesoramiento de Rehabilitación Vocacional

Esta Exclusión no aplicará al diagnóstico ni al tratamiento Médicamente Necesario de Enfermedades Mentales Severas de una persona de cualquier edad, y de alteraciones

emocionales graves de un niño, incluyendo: la esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos, trastornos bipolares (psicosis maníaco-depresivas), trastornos depresivos mayores, trastornos de pánico, trastorno generalizado del desarrollo o autismo, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión psicótica, anorexia nerviosa, y bulimia nerviosa.

21.27 Asesoramiento para relaciones matrimoniales, solamente aquellos asociados con la fase aguda de trastornos mentales o emocionales y, que sean certificados por el Coordinador Médico antes de proporcionar los Servicios.

22. LIMITACIONES:

Los servicios de cuidados de Salud en casa son disponibles a Miembros solamente en circunstancias limitadas, cuando dichos Servicios son Médicamente Necesarios. El Miembro debe de residir dentro del área de servicio del Plan para poder recibir este servicio. No es disponible para los Miembros que viven en los Estados Unidos. Es disponible solamente para pacientes post-operados y en casos de que el paciente no pueda solicitar ayuda en la oficina del Doctor, siempre y cuando reciba autorización previa del Coordinador del Plan.

23. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS:

Los Servicios Cubiertos por SIMNSA están sujetos a la Coordinación de Beneficios (CDB) si otro pagador proporciona cobertura para esos servicios. El objetivo de CDB es para evitar la duplicación de beneficios al pagar o proporcionar mas del 100% del costo de los gastos permisibles o de los servicios proporcionados, y de esta manera tomar ventaja de las enfermedades o lesiones. Se les requiere a los Suscriptores de SIMNSA el proporcionar información en el momento de inscripción inicial o en cualquier otro momento mientras exista “otra cobertura” por parte de su cónyuge, Socio Doméstico, u otro Dependiente elegible.

Orden de las reglas de determinación de beneficios: Las reglas que determinan el orden de beneficios son:

23.1 Los beneficios del pagador que cubre a una persona como empleado, siempre será el pagador principal.

23.2 Cuando dos o más pagadores cubran al mismo Dependiente/menor, serán utilizados los beneficios del pagador de quien que cumple años primero en el transcurso del año, serán usados antes de los beneficios del otro pagador.

23.3 Cualquier situación que no sea alguna de las mencionadas anteriormente, será determinada por el Administrador del Plan y será regida por las reglas prescritas por el Comisario del Departamento de Corporaciones de California y las Leyes del Estado de California.

23.4 Recuperación de Sobregiro de Pagos

23.4.1 Cuando SIMNSA sea el pagador secundario y los Servicios Cubiertos proporcionados por el Plan de Salud de SIMNSA, mas la cobertura

proporcionada por otros pagadores, exceda la cantidad total de los gastos cubiertos, entonces SIMNSA tiene el derecho de recuperar la cantidad de pago en exceso, de entre uno o mas de los siguientes: a) de cualquier persona a la cual se le hizo el pago; b) otros pagadores; o c) cualquier otra entidad a la cual se le hicieron los pagos.

23.4.2 Este derecho de recuperación será llevado a cabo a la discreción de SIMNSA. Los miembros ejecutarán cualquier documento y cooperarán con SIMNSA para asegurar su derecho de recuperación de tales sobre pagos.

24. RESPONSABILIDAD DE TERCERAS PARTES Y NO DUPLICACIÓN DE BENEFICIOS:

24.1 Para las lesiones causadas por terceros o sus complicaciones resultantes, el Plan de Salud SIMNSA cubre los servicios y otros beneficios. Al firmar la solicitud de inscripción, el Suscriptor y su Dependiente aceptan reembolsar al Plan de Salud SIMNSA por los cargos por todos aquellos servicios y beneficios con cobertura inmediatamente después de obtener una recuperación monetaria por dicha lesión. Además, el Suscriptor y sus Dependientes están de acuerdo en el Plan de Salud de SIMNSA tiene autorización a ejercer todos los derechos de recuperación de su pago a pesar de la doctrina de "Indemnización Integral (*Made Whole*)" de cada estado individual conforme a la ley. Al inscribirse, cada Miembro acuerda cooperar en la protección de los intereses del Plan de Salud SIMNSA en virtud de lo expresado en esta cláusula y suministrar todos los documentos que sean necesarios para proteger los derechos del Plan de Salud SIMNSA. Si el Miembro recibiese un dictamen a su favor por daños o conciliará una reclamación por cualquier lesión y dicho dictamen o conciliación no incluyese específicamente pago alguno por costos médicos, el Plan de Salud SIMNSA podrá sin reparo alguno interponer un gravamen sobre dicha recuperación equivalente a los cargos por los servicios y beneficios con cobertura. No obstante, cualquier cosa que contradiga lo expresado en el presente documento, cualquier gravamen interpuesto por el Plan de Salud SIMNSA en virtud de lo estipulado en esta sección para los servicios con cobertura suministrados en los Estados Unidos no habrá de exceder los límites que especifica el Código Civil de California §3040. El Plan de Salud SIMNSA no delega sus derechos de gravamen en virtud de lo estipulado en esta sección a ningún Proveedor participante, y ningún Proveedor participante intentará ejercer tal derecho contra Miembro alguno.

24.2 La cobertura del Plan de Salud de SIMNSA no duplica ningún beneficio al cual tenga derecho el Miembro bajo las Leyes de Compensación del Trabajador, leyes de responsabilidad del patrón, Medicare o CHAMPUS. El Plan de Salud de SIMNSA retiene todas las cantidades pagaderas bajo estas leyes por los servicios proporcionados. Por inscripción, el Miembro está de acuerdo en entregar los documentos solicitados por el Plan de Salud de SIMNSA para asistir en la recuperación del valor máximo de los servicios que el Miembro reciba de Medicare, CHAMPÚS, la ley de Compensación del Trabajador, o cualquier otra póliza de seguro o plan de salud. Si el Miembro no entrega los documentos razonablemente solicitados por el Plan de Salud de SIMNSA, entonces el Miembro tendrá

que pagar por los cargos de los servicios recibidos. El tener cobertura duplicada no reduce la obligación del Miembro de hacer todos los copagos requeridos.

Aviso de Normas de Privacidad

Vigente a partir de: 1ro de Agosto, 2022

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN.

FAVOR DE REVISAR ESTE AVISO DETENIDAMENTE.

En caso de tener cualquier pregunta acerca de este aviso, favor de comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad ubicado en 2088 Otay Lakes Road, Suite 102, Chula Vista, CA 91913; teléfono (619) 407-4082.

1. Resumen de Derechos y Obligaciones referentes a la Información de la Salud

SIMNSA está comprometido con mantener la privacidad y la confidencialidad de la información acerca de su salud. Esto lo dicta la ley así como la ética de la profesión médica certificada. La ley establece que debemos entregarle copia a usted de este aviso de nuestros deberes legales, sus derechos y nuestras normas de privacidad; todo esto en relación al uso y la divulgación de la información de su salud, misma que es creada y guardada por SIMNSA.

Cada vez que usted nos visita, nosotros creamos un expediente de su visita. Por lo general, este expediente contiene sus síntomas, la exanimación, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento, así como un plan de cuidado o tratamiento futuro. Nosotros tenemos la obligación ética y legal de proteger la privacidad de la información de su salud. Solamente utilizaremos o divulgaremos esta información bajo circunstancias limitadas. En términos generales, podremos utilizar o divulgar la información de su salud para lograr los siguientes fines:

- planear su cuidado y tratamiento;
- brindar tratamiento nosotros o terceros;
- hablar con otros proveedores, como lo son médicos que emitieron la remisión;
- recibir pago de usted, su plan médico o su compañía de seguros;
- hacer evaluaciones de calidad y trabajar para mejorar el cuidado que brindamos y los resultados que obtenemos, conocido como operaciones del cuidado médico;
- informarle acerca de servicios y tratamientos que le pudieran interesar a usted; y
- cumplir con las leyes estatales y federales que nos obligan a divulgar la información de su salud.

También pudiéramos utilizar o divulgar la información de su salud cuando usted nos lo haya autorizado.

Usted tiene ciertos derechos en cuanto a la información de su salud. Tiene el derecho a:

- garantizar la exactitud de su expediente de salud;
- pedir comunicación confidencial entre usted y su médico y pedir que se impongan límites en tanto al uso y la divulgación de la información de su salud; así como
- pedir que se le informe acerca de ciertos usos y divulgaciones que hemos hecho con la información de su salud.

Nosotros tenemos la obligación de:

- mantener la privacidad de la información de su salud;
- brindarle a usted un aviso, como lo es el *Aviso de las Normas de Privacidad,* en cuanto a nuestros deberes legales y las normas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos acerca de usted.
- acatar los términos de nuestro *Aviso de las Normas de Privacidad* más reciente;
- notificarle en caso de no poder acceder a cierta restricción pedida; y
- facilitar peticiones razonables que pudiera tener usted en cuanto a la comunicación de la información de sus salud a través de medios o ubicaciones alternativos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras normas y establecer nuevas medidas para toda la información que tengamos acerca de su salud.

En caso de que cambiaran nuestras normas de información, usted podrá pedir una versión actualizada del *Aviso de las Normas de Privacidad.* En caso de hacerse un cambio de mayor magnitud, se enviará una versión revisada del *Aviso de las Normas de Privacidad* en la medida que la ley lo requiera.

No utilizaremos, ni divulgaremos la información de su salud sin su consentimiento, excepto de acuerdo con lo descrito en la versión más reciente del *Aviso de las Normas de Privacidad.*

A continuación explicaremos más a detalle nuestras normas de privacidad así como los derecho que tiene usted sobre la información de su salud.

Si usted no domina completamente el inglés, podrá pedir el *Aviso de las Normas de Privacidad* en español.

2. Podremos Usar o Divulgar su Información Médica en las Siguientes Maneras

A. ***Tratamiento.*** Podremos utilizar o divulgar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, podremos utilizar su información médica para escribir una receta médica, o recetar cierto tratamiento. Guardaremos la información de su cuidado médico en un expediente, de tal forma que en el futuro podremos ver su historial médico para que nos ayude a diagnosticar y ofrecer

tratamiento, o para determinar qué tan bien está reaccionando usted al tratamiento. Podremos brindarle la información de su salud a otros proveedores de cuidados médicos, como lo son un especialista, el médico que lo remitió, para ayudarlo a usted con su tratamiento. En caso de estar hospitalizado, podremos brindarle al hospital o a su personal con la información médica que requieran para que le puedan ofrecer el tratamiento más eficiente.

B. ***Pago.*** Podremos utilizar o divulgar la información de su salud para poder facturar y cobrar por los servicios que le hemos brindado. Por ejemplo, nos podremos comunicar con su empleador o su compañía de seguros para verificar si reúne usted los requisitos para recibir ciertas prestaciones***,*** y quizá necesitemos divulgarles ciertos detalles acerca de su condición médica o del tratamiento que se le haya recetado. Quizá tendremos que divulgar su información para enviarle una factura directamente a usted, su compañía de seguros o algún familiar. La información que aparece en la factura o documentos anexos lo pudieran identificar a usted en lo personal, o podría describir su diagnóstico, así como servicios ofrecidos, procedimientos que se llevaron a cabo y artículos que se usaron. Además, le pudiéramos dar información médica a otro proveedor de salud, como lo es una empresa de ambulancias que lo transportó a nuestras oficinas, para ayudarlos en sus menesteres de facturación y cobranza.

C. ***Operaciones del Cuidado de la Salud.*** Podremos utilizar o divulgar la información de su salud para ayudar con la operación de nuestro negocio. Por ejemplo, nuestro personal pudiera utilizar información contenida en sus expedientes de salud para evaluar el cuidado y los resultados de su caso y otros similares, como parte de un esfuerzo continuo para mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios de cuidado médico que ofrecemos. Podremos utilizar y divulgar la información de su salud para llevar a cabo actividades de planeación de negocios y manejo de costos para nuestro negocio. Podremos también brindarle dicha información a otras entidades de cuidado médico para sus propias operaciones de cuidado médico. Por ejemplo, podríamos brindarle información a su compañía de seguros para sus propósitos de revisión de calidad.

D. ***Asociados Comerciales.*** SIMNSA a veces contrata a otros asociados comerciales para sus servicios. Algunos ejemplos incluyen, transcripcionistas, servicios de cobranza, consultores y abogados. Le podríamos divulgar la información acerca de su salud a nuestros asociados comerciales para que ellos puedan llevar a cabo la tarea que les hemos encomendado. Sin embargo, para proteger la información de su salud, obligamos a nuestros asociados comerciales a que resguarden adecuadamente la información de usted.

E. ***Recordatorios de sus citas.*** Podremos utilizar o divulgar información de su expediente médico para comunicarnos con usted con el fin de recordarle su cita en MEDYCA u otra ubicación de SIMNSA. Por lo general le hablaremos a su casa el día antes de la cita y le dejaremos un mensaje en su buzón de voz o con la persona que conteste el teléfono. Sin embargo, usted puede pedir que dichos recordatorios solo

se hagan de cierta manera o en cierto lugar. Nos esforzaremos por cumplir con todas las peticiones razonables.

F. ***Opciones de Tratamiento.*** Podremos utilizar o divulgar la información de su salud para informarle a usted acerca de tratamientos alternativos.

G. ***Autorización para Familiares/Amigos.*** Nuestros profesionales de salud, utilizando su criterio profesional, podrán divulgarle a algún familiar, pariente, amistad cercana, o cualquier otra persona que usted identifique la información acerca de su salud en la medida que sea relevante que dicha persona se involucre es sus cuidados o en el pago relacionado a su cuidado. Le daremos la oportunidad de que usted se oponga a dicha divulgación siempre que esto sea posible. Podremos divulgar la información de la salud de un hijo menor de edad a sus padres o tutores siempre y cuando la ley lo permita.

H. ***Servicios y Prestaciones Relaciones con la Salud.*** Podremos utilizar o divulgar la información de su salud para informarle acerca de prestaciones o servicios que le pudieran interesar. En nuestras comunicaciones de cara a cara, como lo son las citas con su médico, le pudiéramos informar acerca de otros productos y servicios que le pudieran interesar a usted.

I. ***Boletines Informativos y Otras Comunicaciones.*** Podremos utilizar su información personal para podernos comunicar con usted vía boletines informativos, correo u otro medio para informarle acerca de opciones de tratamiento, información relacionada a su salud, programas para el manejo de enfermedades, programas de bienestar, u otras iniciativas o actividades en la comunidad en donde nuestra oficina va a participar.

J. ***Ayuda en Caso de Desastres.*** Podremos divulgar la información de su salud para ayudar en situaciones de desastre cuando las organizaciones de ayuda en caso de desastres busquen su información de salud para coordinar sus cuidados, o notificarle a su familia o a alguna amistad acerca de dónde y cómo se encuentra usted. Le daremos la oportunidad a usted a acceder o rechazar esta divulgación cuando sea posible.

K. ***Mercadotecnia.*** En la mayoría de los casos, la ley nos obliga a obtener su autorización por escrito antes que utilizar o divulgar su información para fines de mercadotecnia. Sin embargo, pudiéramos ofrecerle regalos promocionales de poco valor. Bajo ninguna circunstancia venderemos la lista de nuestros pacientes ni la información de su salud a terceros sin su previa autorización por escrito.

L. ***Actividades de Salud Pública.*** Pudiéramos divulgar información médica acerca de usted para fines de actividades de salud pública. Estas actividades por lo general incluyen:

- otorgamiento de licencias y certificaciones por parte de las autoridades de salud pública;
- prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades;
- reportar nacimientos o defunciones;
- reportar abuso o negligencia de menores;
- notificar a personas que hayan podido estar expuestas a una enfermedad o que corran
- un riesgo de contraer o contagiar una enfermedad o condición;
- donación de órganos o tejidos;
- notifica a las autoridades gubernamentales adecuados en caso de creer que un paciente a sido víctima de abuso, negligencia o violencia intrafamiliar. Divulgaremos esta información cuando la ley lo requiera, o cuando usted lo permita, o cuando lo autorice la ley y que a nuestro criterio profesional dicha divulgación es necesaria para prevenir daños serios.

M. ***Directores de Funerarias.*** Pudiéramos divulgar la información de su salud a directores de funerarias para que puedan llevar a cabo sus funciones.

N. ***Notas de Psicoterapia.*** En casi todos los casos, no podemos divulgar las notas que un profesionistas de salud mental tomó durante una sesión de consejería a menos que tengamos su autorización por escrito para hacerlo. Sin embargo, si podemos divulgar dichas notas para fines de tratamiento y pago, vigilancia federal o estatal del profesionista de salud mental, para propósitos de asuntos forenses, para prevenir una amenaza importante a la salud o seguridad, o como lo requiera la ley.

O. ***Indemnización al Trabajador.*** Pudiéramos divulgar la información de su salud en la medida que lo autorice y en tanto sea necesario para cumplir con las reglas relaciones con la indemnización al trabajador u otros programas similares que establezca la ley.

P. ***Las Autoridades.*** Podremos entregar la información de su salud en los siguientes casos:

- como respuesta a una orden judicial, citatorio, orden, auto de comparecencia o proceso similar si está autorizado bajo la ley federal o estatal;
- para identificar o localizar a sospechosos, fugitivos, testigos esenciales o personas similares;
- acerca de la víctima de un delito si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la persona;
- acerca de un fallecimiento que creamos sea resultado de conducta criminal;
- acerca de comportamiento delincuente en una instalación u oficina contratada por SIMNSA;
- para asuntos forenses;
- en circunstancias de emergencia para reportar un delito, la ubicación del delito o de las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito;
- a las autoridades federales de inteligencia, contra-inteligencia y otras entidades de seguridad nacional autorizados por ley; así como

- a autoridades oficiales federales para que puedan llevar a cabo investigaciones especiales o brindarle protección al Presidente u otras personas autorizadas o jefes de estado.

Q. ***Información Anónima.*** Podremos utilizar la información de su salud para crear información "anónima" o podremos divulgar la información de su salud a un asociado comercial para que ellos nos preparen la información anónima. Cuando convertimos la información de salud en "información anónima" le quitamos toda la información que lo pudiera identificar a usted como la fuente de dicha información. La información de salud se considera "anónima" solo cuando no existan bases razonables para creer que dicha información de salud se pudiera utilizar para identificarlo a usted.

R. ***Representante Personal.*** En caso tener un representante personal, como lo es un tutor, le daremos el mismo tratamiento a esa persona como si fuera usted para fines de la divulgación de su información de salud. En caso de que usted fallezca, podremos divulgar la información de su salud a un albacea en la medida que dicha persona actúe como su representante personal.

S. ***Serie de Datos Limitados.*** Podremos utilizar o divulgar una serie de datos limitados que no contengas información específica desde dónde se le pueda identificar a usted de manera oportuna para fines de investigación, salud pública y operaciones de cuidado de salud. No podremos diseminar la serie de datos limitados a menos que firmemos un acuerdo de uso de datos con la entidad que los reciba en donde dicha entidad acuerda limitar el uso de los datos para los fines por los cuales se entregaron, asegurar la seguridad de los datos, así como no identificar la información ni utilizarla para comunicarse con ningún individuo.

3. Autorización para Otros Usos de la Información Médica

Cualquier uso de la información médica que no aparece en nuestro *Aviso de Normas de Privacidad* más reciente ni en las leyes que nos conciernen se hará sólo bajo **autorización** de usted por escrito.
En caso de que usted nos de autorización para utilizar o divulgar su información médica, usted tiene el derecho de revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, nosotros ya no utilizaremos ni divulgaremos su información médica bajo las circunstancias descritas en la autorización por escrito, con la excepción de los usos o las divulgaciones previas basadas en su autorización o, si la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y la aseguradora tiene el derecho de presentar una oposición al reclamo o a la cobertura de seguro misma. Nos podemos revertir las divulgaciones que ya se hayan hecho bajo autorización y nosotros tenemos la obligación de guardar los expedientes del cuidado que le brindamos.

4. Sus Derechos en cuanto a la Información de Su Salud

Usted tiene los siguientes derecho en cuanto a la información médica que recopilamos acerca de usted:

A. ***El Derecho a Obtener una Copia Impresa de este Aviso.*** Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este Aviso de las Normas de Privacidad en cualquier momento. Incluso si usted acordó recibir esta copia electrónicamente, como quiera tiene derecho a recibir una impresa.

B. ***El Derecho a Revisar y Copiar.*** Usted tiene el derecho de revisar y copiar la información médica que se puede utilizar para tomar decisiones acerca de su cuidado. Por lo general esto incluye expedientes médicos y de cobranza, pero no incluye notas de psicoterapia.

Para poder inspeccionar una copia de su información médica, usted tendrá que hacer una petición por escrito a nuestro oficial de privacidad. Nosotros le proporcionaremos una forma para hacerlo. En caso de que usted nos pida una copia de su información médica, le podremos cobrar honorarios razonables para cubrir los gastos del trabajo, estampillas y otros artículos asociados con la petición. No le podemos cobrar si usted necesita su información médica para un reclamo de prestaciones bajo del Acta del Seguro Social o cualquier otro programa federal o estatal de prestaciones en base a sus necesidades.

Podríamos negar su petición de inspeccionar y copiar bajo ciertas circunstancias limitadas. Si a usted se le niega el acceso a la información médica, usted podrá pedir que se revise la negación. Un profesionista médico certificado, que no haya participado directamente en la negación de su petición inicial será el que lleve a cabo la revisión. Nosotros acataremos el resultado de dicha revisión.

Si su información médica aparece en un expediente de salud electrónico, usted también tiene el derecho de pedir que se le envíe a usted o a otro individuo o entidad dicha copia electrónica de su expediente. Le podremos cobrar un costo razonable basado estrictamente en los costos laborales en conexión a la transmisión electrónica de su expediente de salud.

C. ***Derecho a Enmendar.*** SI usted cree que la información médica que tenemos acerca de usted está incorrecto o incompleto, usted podrá pedirnos que enmendemos dicha información. Usted tiene el derecho de pedir un enmienda mientras nosotros tengamos copia de su información.

Para pedir una enmienda, usted tendrá que hacer una petición por escrito y enviarla a nuestro oficial de privacidad. Además, necesita respaldar su petición con una razón. Nosotros podremos negar su petición en caso que no venga por escrito o no incluya la razón que avale dicha petición. Además, podremos negar su petición en caso de que usted nos pida enmendar la siguiente información:

- que no fue creada por nosotros, a menos que la persona o la entidad que creo la información ya no esté disponible para hacer la enmienda;
- no forma parte de la información médica que guarda SIMNSA;

- no forma parte de la información que usted tiene derecho a inspeccionar o copiar; o
- está completo y la información está correcta.

En caso de que le neguemos su petición para la enmienda, usted podrá entregar una declaración explicando su desacuerdo. Nosotros, dentro de los límites de lo razonable, pudiéramos limitar la extensión de la declaración. Su carta de desacuerdo se incluirá dentro de su expediente médico, pero también pudiéramos incluir una declaración de refutación.

D. El Derecho a Pedir una Lista de las Divulgaciones. Usted tiene el derecho a pedir una lista que incluyan las divulgaciones que hayamos hecho con respecto a la información de su salud. En dicha lista, no tenemos la obligación de incluir ciertas divulgaciones, incluyendo:

- divulgaciones que se hicieron con fines de tratamiento, pago y propósitos de operaciones de cuidado de salud, o divulgaciones hechas a consecuencia del tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud. Sin embargo, si las divulgaciones fueron hechas a través de un expediente de salud electrónico, usted tiene el derecho de pedir una lista de dichas divulgaciones durante los últimos 3 años;
- divulgaciones hechas mediante su autorización;
- divulgaciones hechas para crear un juego de datos limitados;
- divulgaciones hechas directamente a usted.

Para pedir una lista de divulgaciones, usted tendrá que pedirlo por escrito a nuestro oficial de privacidad. Su petición necesita señalar un periodo de tiempo que no puede abarcar más de seis años y no podrá incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. Su petición deberá incluir en qué formato desea usted recibir dicha lista de divulgaciones (por ejemplo, impreso o versión electrónica vía correo electrónico). La primera lista de divulgaciones que usted pida dentro de cualquier periodo de 12 meses será gratuito. En caso de hacer peticiones adicionales durante el mismo periodo de tiempo, se le podría cobrar los costos razonables de proveerle esta información. Le notificaremos los costos involucrados, y usted en ese momento podrá decidir retirar o modificar su petición antes de que se incurran gastos. Bajo ciertas circunstancias establecidas por las leyes federales y estatales, podríamos negarle su petición temporalmente.

E. El Derecho a Pedir Restricciones. Usted tiene el derecho a pedir restricciones o limitar la información médica que utilizamos o divulgamos acerca de usted para fines de tratamiento, pago u otras operaciones de cuidado de salud. Si usted pagó de su bolsillo un artículo o servicio específico, usted tiene el derecho de pedir que la información médica relacionada con ese artículo o servicio no se divulgue a un plan se seguro médico para propósitos de pago u operaciones de cuidado de salud, y nosotros tenemos la obligación de cumplirlo.

Usted también tiene el derecho de pedir que se limite la información médica acerca de usted que le comunicamos a otras personas involucradas en su cuidado o el pago de su cuidado.

A excepción de lo previamente mencionado, no tenemos la obligación de aceptar su petición. Si, sí acordamos cumpliremos con su petición a menos de que se necesite la información restringida para brindarle a usted tratamiento de emergencia. Para pedir restricciones, necesita presentar su petición por escrito a nuestro oficial de privacidad. Su petición necesita incluir lo siguiente:

- la información que usted desea limitar;
- si usted desea limitar el uso que hagamos, la divulgación, o ambos; y
- para quién desea usted que apliquen estos límites.

F. El Derecho a Pedir Comunicación Confidencial. Usted tiene el derecho de pedir que nosotros nos comuniquemos con usted acerca de sus asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted podría pedir que solamente nos comuniquemos con usted en su trabajo o por correo electrónico.

Para pedir comunicación confidencial, usted tendrá que mandar su petición por escrito a nuestro oficial de privacidad. No le haremos preguntas acerca de la razón de su petición. Nos esforzaremos por cumplir con todas las peticiones razonables. Su petición necesita incluir dónde y cómo desea que nos comuniquemos con usted.

G. El Derecho a Recibir Notificación de un Incumplimiento. Tenemos la obligación de notificarle a usted por correo ordinario o por correo electrónico (si usted ha indicado su preferencia de recibir información por correo electrónico) acerca de cualquier incumplimiento relacionado con la falta de resguardo de la Información Protegida de Salud lo más pronto posible. Pero a más tardar 60 días después de haber descubierto el incumplimiento.

"Información Protegida de Salud Sin Resguardo" es información que no ha sido resguardada a través del uso de tecnología o métodos identificados por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para que la Información Protegida de la Salud no se pueda utilizar, leer ni descifrar por medio de usuarios no autorizados. Este aviso necesita incluir la siguiente información:

- una breve descripción del incumplimiento, incluyendo la fecha en que ocurrió y la fecha en que fue descubierto, en caso de conocerlas;
- una descripción del tipo de la Información Protegida de Salud sin resguardo involucrada en el incumplimiento;
- pasos que usted deberá seguir para protegerse de cualquier daño potencial resultante del incumplimiento;
- una breve descripción de las acciones que hemos tomado para investigar el incumplimiento, atenuar las perdidas y proteger la información ante otros incumplimientos futuros;
- información para comunicarse con nosotros, incluyendo un número gratuito, o dirección de correo electrónico, sitio web o dirección postal para que usted pueda hacer preguntas u obtener información adicional.

Si el incumplimiento involucra 10 o más pacientes cuya información de contacto personal no está actualizado, publicaremos un aviso del incumplimiento en la página principal de nuestro sitio Web o en un medio de difusión principal. Si el incumplimiento involucra más de 500 pacientes, tenemos la obligación de notificar al Secretario de inmediato. Además tenemos la obligación de entregarle al Secretario un informe anual de un incumplimiento que involucre menos de 500 pacientes durante el año y de mantener una bitácora por escrito de los incumplimientos que involucren menos de 500 pacientes.

5. Quejas

Si usted cree que se han quebrantado sus derechos de privacidad, usted podrá presentar una queja ante nosotros o antes el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 200 Independence Ave, S.W., Washington, D.C. 20201. Para presentar una queja ante nosotros, comuníquese con nuestro oficial de privacidad en la dirección de aparece al inicio. Todas las quejas necesitan presentarse por escrito y deberán presentarse dentro de 180 días de cuándo se enteró o debería de haberse enterado de un supuesto quebrantamiento ocurrido. Para obtener mayor información favor de visitar el sitio web de la Oficina de Derechos Civiles, www.hhs.gov/ocr/hipaa/ para más información.

No se le castigará por presentar una queja.