

CONSTANCIA DE COBERTURA Y ELEGIBILIDAD COMBINADA

PARA EMPLEADORES GRUPOS GRANDES

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

<u>SECCIÓN</u>	<u>PÁGINA(S)</u>
CÓMO USAR EL PLAN	3
DISPOSICIONES DE REEMBOLSO AL MIEMBRO	4
CASOS DE EMERGENCIA EN LOS ESTADOS UNIDOS O EN MÉXICO	4
QUÉ CONSTITUYE UNA EMERGENCIA CUBIERTA POR SIMNSA	5
ATENCIÓN URGENTE EN LOS ESTADOS UNIDOS O EN MÉXICO	5
QUÉ CONSTITUYE ATENCIÓN URGENTE CUBIERTA POR SIMNSA	5
SUS COSTOS	6
RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO	8
PROCEDIMIENTO DE CONSULTAS Y QUEJAS	8
REVISIÓN DE UTILIZACIÓN	13
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	14
DEFINICIONES	16
ELEGIBILIDAD	26
INSCRIPCIÓN	27
VIGENCIA DE LA COBERTURA	30
TERMINACIÓN DE BENEFICIOS	31
SERVICIOS CUBIERTOS	34
SEGUNDAS OPINIONES MÉDICAS	48
PASES DE REFERENCIAS INTERCONSULTA	50
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS DE PRESCRIPCIÓN	50
EXCLUSIONES DE LA COBERTURA	51
LIMITACIONES	56
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	57
RESPONSABILIDAD DE TERCEROS Y NO DUPLICACIÓN DE BENEFICIOS	58
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS	60
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA)	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 especialidad, su médico de atención primaria le dará una remisión. Los servicios realizados por un ginecólogo participante para el diagnóstico y tratamiento de problemas ginecológicos se podrán ofrecer 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

Nuestro Directorio de Proveedores también incluye una lista de establecimientos participantes.

Si necesita servicios de Emergencia o de Cuidados Urgentes, 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.

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 (incluyendo a los servicios dentales de emergencia, para los miembros que han elegido uno de los planes con beneficios dentales de SIMNSA), el Miembro deberá acudir a la instalación de emergencia mas cercana y disponible. Si la Emergencia ocurre en México, tiene que ir a la instalación de emergencia mas 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 autorizado 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 la cual se manifiesta por un síntoma severo (incluyendo dolor severo), en determinado momento, si no fuese llevado a cabo inmediatamente la atención medica el procedimiento o tratamiento, como razonablemente se espera podría 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 incluye los servicios de emergencia y de atención urgente ordenados por un tribunal conforme a la Ley de Asistencia Comunitaria, Recuperación y Empoderamiento (“CARE Act”). La CARE Act permite que ciertas personas, llamadas “peticionarios”, soliciten tratamiento voluntario, servicios, apoyo y un plan de vivienda para personas, llamadas “respondientes”, que padecen enfermedades mentales graves no tratadas, específicamente esquizofrenia u otro trastorno psicótico. Sus beneficios cubrirán la evaluación y la prestación de los servicios médicos de emergencia o de atención urgente ordenados por el tribunal, sin costo compartido y sin requerir autorización previa, independientemente de que dichos servicios se brinden en una instalación dentro o fuera de la red. Para obtener más información sobre la CARE Act, visite www.chhs.ca.gov/care-act/.

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

Si un miembro requiere Servicios de Cuidado Urgente (incluyendo servicios dentales urgentes, para Miembros que han seleccionado uno de los planes dentales de SIMNSA), 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 médico cubre casi todos los gastos que son Médicamente Necesarios. Existen exclusiones y limitaciones en algunos de los servicios (consultar la lista de beneficios). Si usted requiere un servicio que SIMNSA no cubre, entonces debe pagar por ese servicio y usted es responsable de acordar un plan de pagos con el médico u hospital antes de recibir este servicio (por ejemplo, un servicio cosmético). Hay algunos servicios que requieren un Coaseguro por parte del paciente, como las visitas al consultorio, las visitas de telesalud, las recetas médicas, los exámenes de la vista, etc., y se deben hacer en el momento del servicio. Los servicios de emergencia fuera del área también tienen un coaseguro que se puede anular si la emergencia es lo suficientemente grave como para requerir la admisión 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 obtener información 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 del Miembro se incluyen en la 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 la TDC para individuos, así como el total para una familia cubierta bajo un Miembro único. La TDC individual representa la cantidad total de gastos que un Miembro debe acumular antes de que no deba más coaseguros. La TDC familiar es la cantidad que toda la familia cubierta debe acumular antes de alcanzar la TDC para todos los integrantes de la familia sin deber coaseguros. Una vez que se haya alcanzado la TDC familiar, 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 la 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. SIMNSA enviará por correo los 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 comunicándose con SIMNSA por correo electrónico, teléfono o en persona. Estos informes de acumulación incluirán el monto de los costos de 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 Facturación del saldo

Un proveedor no puede facturarle un monto superior a su parte correspondiente de los costos por servicios cubiertos, incluidos los servicios de emergencia y los servicios de ambulancia de emergencia, sin su autorización. Por favor, comuníquese con SIMNSA si recibe una factura de un proveedor médico por un monto superior a su parte de los costos. Consulte su resumen de beneficios para obtener los montos de su parte de los costos para su plan.

7.5 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 solamente 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 Socio Domestico y a todas Dependientes elegible. No se debe incluir como “Dependientes” 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.
2088 Otay Lakes Road Suite 102
Chula Vista, CA 91913

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

(619) 407-4082

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 numero 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. Cualquier queja del miembro debe presentarse dentro de los 180 días calendario siguientes a cualquier incidente o acción que sea objeto de la insatisfacción del miembro.

9.2.5. Quejas Urgentes: Sin perjuicio de cualquier disposición en contrario contenida en esta Sección 9.2, lo siguiente se aplicará a las quejas que involucren 1.) amenaza inminente y grave a la salud de un Miembro, incluidos, entre otros, dolor intenso, posible pérdida de la vida , extremidad o función corporal importante, o 2.) la cancelación, rescisión o no renovación inadecuada del plan de un miembro:

9.2.5.1. La persona que presenta la queja puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada de inmediato, sin participar en el proceso de queja del Plan.

9.2.5.2. El Plan proporcionará una declaración escrita sobre la disposición o el estado pendiente de una queja urgente dentro de los tres (3) días calendario posteriores a su recepción. Además, el Plan considerará la condición médica de un Miembro al determinar su 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 web del Departamento, **www.dmh.ca.gov**, contiene formularios de quejas, solicitudes para Revisiones Médicas Independientes (IMR, por sus siglas en inglés) e instrucciones en línea. Si usted considera que su cobertura médica ha sido o será cancelada, revocada o no renovada de manera inapropiada, también puede comunicarse con el Departamento para recibir asistencia.

9.4 Derecho a una Revisión Médica Independiente

Un miembro podrá solicitar una revisión médica independiente (IMR) ante el “California Department of Managed Health Care (DMHC)” si usted cree que servicios de salud que son elegibles para ser cubiertos y pagados han sido negados, modificados o demorados impropriamente 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 Medicamento Necesario.

9.4.1. El procedimiento de IMR es en adición a cualquier otro procedimiento o remedio que le están disponibles para 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 solicitud 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 indicará 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 mas 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

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.

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

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

Usted no está requerido 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.

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

9.6 Arbitraje

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, en el caso de los servicios médicos brindados en Estados Unidos, se resolverán exclusivamente mediante arbitraje obligatorio de acuerdo con las disposiciones de esta Sección 9.6. 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.

Se entiende que cualquier disputa sobre práctica médica inapropiada, que se refiera o así como cualquiera de los servicios médicos proporcionados bajo este contrato fueron 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.

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.

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.

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.

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.

9.6.1 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.

9.6.2 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.

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); 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 después de administrarse 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 cuando lo indique la ley, para determinar todas las preguntas del alcance de 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 qué 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 presentar una queja con el Plan; (3) nota a enrolados del derecho de presentar 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 tasa muy baja de rotación de proveedores participantes.

Es nuestra meta el continuar en esta dirección y ofrecerles 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 el proveedor o el hospital que lo están tratando dejan de ser Proveedor u Hospital participantes, o si usted es un nuevo inscrito que recibía Servicios cubiertos de parte de un proveedor no participante o un hospital no participante en el momento en que su cobertura entró en vigencia con SIMNSA, puede tener derecho a completar su tratamiento con el proveedor u hospital que ya no está afiliado o que ya no participa si estaba recibiendo tratamiento para alguna de las siguientes afecciones: Una afección médica aguda, una afección crónica grave, un embarazo o una enfermedad terminal. Los recién nacidos también pueden tener derecho a completar su tratamiento con un proveedor u hospital que ya no está afiliado o que ya no participa. Además, se pueden llevar a cabo las cirugías programadas u otros procedimientos autorizados por SIMNSA o, en el caso de los nuevos inscritos, por un plan como parte de un tratamiento documentado y que ha sido recomendado o documentado por un proveedor para que tenga lugar dentro de los 180 días a partir de la fecha de su terminación o dentro de los 180 días de la fecha de vigencia de cobertura del nuevo inscrito cubierto. Comuníquese con el plan para solicitar una copia de nuestra política de continuidad de atención médica para obtener

información adicional sobre cómo reunir los requisitos para completar su tratamiento con un proveedor u hospital que ya no está afiliado o que ya no participa.

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 la condición específica por el que desea completar los de 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.dmhca.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, siquiátra, 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 está disponible y le proporcionaremos si la solicita.

SIMNSA le proporcionara un boletín sobre los procedimientos de SIMNSA referente a la continuidad del cuidado de su salud para nuevos Miembros quienes son elegibles para continuar su tratamiento con un médico no-participante si la solicite.

12. **DEFINICIONES:** (aparecerán alfabéticamente en idioma inglés, traducidos al español)

12.1 **“Acute Medical Condition”: Problema Médico Agudo** 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 **“Advanced Health Care Directive”: Directiva Anticipada de Atención Médica** significa un documento legal que le indica a su médico, familiares y amigos el tipo de atención médica que desea recibir en caso de que ya no pueda tomar decisiones por sí mismo. Explica los tipos de tratamientos especiales que desea o no desea recibir. Para obtener más información, comuníquese con el Plan o con la Oficina del Procurador General de California.

12.3 **“Agreement”: Contrato** significa contrato existente entre el Grupo Médico y Servicios de Hospital y contrato de el 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.

12.4 **“Appropriately Qualified Health Care Provider” Proveedor de Atención Médica Debidamente Calificado** significa un proveedor de atención médica que actúa dentro del ámbito de su práctica profesional y que posee una formación clínica, incluyendo capacitación y experiencia, relacionada con la enfermedad, padecimiento o condición específica vinculada con la solicitud de una segunda opinión.

12.5 **“Approved Clinical Trial” Ensayo Clínico Aprobado** significa un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV realizado en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra enfermedad o condición que ponga en peligro la vida, y que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:

- El estudio o investigación está aprobado o financiado, lo que puede incluir financiamiento mediante donaciones en especie, por una o más de las siguientes entidades:

o Los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health).

- o Los Centros Federales para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention).
- o La Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (Agency for Healthcare Research and Quality).
- o Los Centros Federales de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services).
- o Un grupo o centro cooperativo de los Institutos Nacionales de Salud, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, el Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos.
- o Una entidad de investigación no gubernamental calificada, identificada en las directrices emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para subvenciones de apoyo a centros.
- o Uno de los siguientes departamentos, si el estudio o investigación ha sido revisado y aprobado mediante un sistema de revisión por pares que el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos determine que es comparable al sistema de revisión por pares utilizado por los Institutos Nacionales de Salud y que garantice una evaluación imparcial de los más altos estándares científicos por parte de individuos calificados sin interés en el resultado de la revisión:
 - El Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos (U.S. Department of Veterans Affairs).
 - El Departamento de Defensa de los Estados Unidos (U.S. Department of Defense).
 - El Departamento de Energía de los Estados Unidos (U.S. Department of Energy).
 - El estudio o investigación se realiza bajo una solicitud de nuevo fármaco en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
 - El estudio o investigación es un ensayo de fármaco exento de una solicitud de nuevo fármaco en investigación revisada por la FDA.

12.6 **“Behavioral Health Treatment” El tratamiento para la salud del comportamiento** – significa los Servicios cubiertos, como análisis aplicado del comportamiento y programas de intervención en el comportamiento basados en pruebas (incluidos los mencionados en las Secciones 12.26 y 12.28), que desarrollan o restauran, hasta la medida práctica máxima, el funcionamiento de un individuo con un trastorno generalizado del desarrollo o con autismo, espectro autista u otros trastornos del desarrollo neurológico que: (1) han sido recetados y proporcionados por un Proveedor participante; (2) se han tratado conforme a un plan de tratamiento con metas medibles durante un período de tiempo específico que el Proveedor participante ha elaborado y suministrado a un Miembro en particular bajo su tratamiento, y (3) un Proveedor participante revisa el plan de tratamiento por lo menos cada seis meses, se modifica cuando sea adecuado, y se hace conforme a los elementos exigidos por la ley.

- 12.7 **“Certified Confinement” Confinamiento Certificado** 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.
- 12.8 **“Chemical Dependency” Dependencia Química** significa el abuso de, o dependencia física o psicológica de, o la adicción al alcohol, sustancias controladas, drogas ilegales, o barbitúricos.
- 12.9 **“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.
- 12.10 **“Chronic” Crónico** significa una condición de larga duración.
- 12.11 **“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].
- 12.12 **“Covered Services, coverage or covered”** Servicios Cubiertos, cobertura o cubiertos – significa aquellos servicios que conforme a la ley necesitan cubrirse o aquellos descritos en la Sección 17 de esta CCE así como los servicios y materiales Médicamente Necesarios incluyendo aquellos para cobertura de problemas emocionales serios de un niño u adolescente 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.
- 12.13 **“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.
- 12.14 **“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 Secretario 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.

- 12.15 **“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 de aire o temperatura; f) no son para hacer ejercicio o entrenamiento.
- 12.16 **“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.
- 12.17 **“Emergency” Emergencia** significa el cambio súbito e imprevisto de la condición física o mental de una persona que se manifiesta en síntomas agudos de tal gravedad (incluso el dolor intenso), de tal manera que el Miembro creyera razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata pondría la salud del paciente en grave peligro, que impida gravemente el funcionamiento del cuerpo, o la insuficiencia grave de cualquiera de los órganos o partes del cuerpo. La clasificación de situaciones como emergencias médicas se basa en la creencia razonable del Miembro de que los signos y síntomas inmediatamente antes o en el momento del tratamiento, y reportados o verificados y documentados por el médico tratante. Las situaciones de emergencia incluyen, entre otras, dificultades graves para respirar, lesiones de la cabeza, pérdida de conocimiento, hemorragia no controlada, quemaduras graves, síntomas de ataque cardíaco, insolación, lesiones de la columna vertebral, accidentes cardiovasculares, envenenamientos o choque.
- 12.18 **“Emergency Psychiatric Medical Condition” Una Condición Médica Psiquiátrica de Emergencia** significa un trastorno mental que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad como para que un Miembro pueda esperar que la ausencia de atención médica inmediata resulte que en 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.
- 12.19 **“Emergency Services” Servicios de Emergencia** significa servicios cubiertos prestados por un profesional médico para el diagnóstico y tratamiento inmediato de una emergencia. “Servicios de emergencia” también significa una evaluación adicional, examen y evaluación por parte de un médico u otro personal en la medida permitida por las leyes correspondientes y dentro del ámbito de su licencia y privilegios clínicos, para determinar si existe una afección médica de emergencia psiquiátrica, y la atención y tratamiento necesarios para aliviar o eliminar la afección médica de emergencia psiquiátrica.

- 12.20 **“Employee” Empleado** significa aquella persona que cumple con los requerimientos de cobertura citados en el Contrato para calificar como elegible.
- 12.21 **“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.
- 12.22 **“Evidence of Coverage” Evidencia de Cobertura** significa cualquier certificado, acuerdo, contrato, folleto o carta de derecho emitido a un Miembro que establezca la cobertura a la que dicho Miembro tiene derecho.
- 12.23 **“Experimental Services” Servicios Experimentales** significa medicamentos, equipos, procedimientos o servicios que se encuentran en una fase de prueba, sometidos a estudios de laboratorio y/o en animales antes de realizar pruebas en humanos. Los Servicios Experimentales no se encuentran bajo investigación clínica.
- 12.24 **“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.
- 12.25 **“Grievance or Complaint” Queja o Reclamo** significa una expresión escrita u oral de insatisfacción relacionada con el plan y/o el proveedor, incluyendo preocupaciones sobre la calidad de la atención, e incluirá una queja, disputa, solicitud de reconsideración o apelación presentada por un afiliado o su representante. Cuando el plan no pueda distinguir entre una queja y una consulta, deberá considerarse como una queja.
- 12.26 **“Group” Grupo** significa la empresa titular del contrato, el cual su nombre Aparece en la Solicitud de Grupo, quien ha elegido la cobertura para ese grupo de Suscriptores y sus Dependientes, como se han descrito en el Contrato.
- 12.27 **“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.
- 12.28 **“Health Care Provider” Proveedor de Atención Médica** significa cualquier profesional, grupo médico, asociación de práctica independiente, organización,

instalación de atención médica u otra persona o institución con licencia o autorización del estado para ofrecer o proporcionar servicios de salud.

- 12.29 **“Independent Medical Review (IMR)” Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés)** significa una revisión de la negativa, modificación o demora de su solicitud de servicios o tratamientos de atención médica por parte de su Plan. La revisión es proporcionada por el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care) y realizada por expertos médicos independientes. Si usted es elegible para una IMR, el proceso ofrecerá una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por su Plan relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos de naturaleza experimental o de investigación, y las disputas de pago por servicios médicos de emergencia o urgencia. Su Plan deberá cubrir los servicios si la IMR determina que los necesita.
- 12.30 **“Inpatient” Paciente Hospitalizado** significa: a) una persona que requiere servicios hospitalarios rutinarios o especializados y que se encuentra internada como paciente en cama en un hospital; o b) los servicios prestados a una persona internada como paciente en cama en un hospital.
- 12.31 **“Investigational Services” Servicios en Investigación** significa aquellos medicamentos, equipos, procedimientos o servicios para los cuales se han completado estudios de laboratorio y/o en animales y para los cuales se están realizando estudios en humanos, pero:
(1) Las pruebas no se han completado; y
(2) La eficacia y seguridad de dichos servicios en sujetos humanos aún no se han establecido; y
(3) El servicio no se encuentra en uso generalizado.
- 12.32 **“Life Threatening” Peligro de Vida** significa uno o ambos de los siguientes casos:
• Enfermedades o condiciones en las que la probabilidad de muerte es alta a menos que el curso de la enfermedad sea interrumpido.
• Enfermedades o condiciones con desenlaces potencialmente fatales, donde el objetivo final de la intervención clínica es la supervivencia.
- 12.33 **“Medical Coordinator” Coordinador Médico** – Es el médico designado por SIMNSA como responsable de la administración de los programas médicos de SIMNSA.
- 12.34 **“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.
- 12.35 **“Medically Necessary”: Necesario según el criterio médico** significa un servicio o producto que atiende las necesidades específicas de ese paciente, con el

propósito de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición o sus síntomas, incluyendo minimizar la progresión de dicha enfermedad, lesión, condición o sus síntomas, de una manera que cumpla con todos los siguientes criterios:

- De acuerdo con los estándares de atención generalmente aceptados, incluyendo los estándares generalmente aceptados para la atención de la Salud Mental o los Trastornos por Uso de Sustancias.
- Clínicamente apropiado en cuanto a tipo, frecuencia, alcance, lugar y duración.
- No destinado principalmente al beneficio económico del plan de servicios de salud y sus Miembros, ni a la conveniencia del paciente, del médico tratante o de cualquier otro Proveedor de Atención Médica.

12.36 **“Member” Miembro** significa un suscriptor, afiliado, empleado inscrito o dependiente de un suscriptor o de un empleado inscrito, que se ha inscrito en SIMNSA y cuya cobertura se encuentra activa o vigente.

12.37 **“Mental Health or Substance Use Disorder” Salud Mental o Trastorno por Uso de Sustancias** significa una condición de salud mental o un trastorno por uso de sustancias que se encuentra dentro de cualquiera de las categorías diagnósticas incluidas en el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento de la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades, o que está listado en la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

12.38 **Mexican National Nacional Mexicano** significa a) una persona nacida en México; b) una persona nacida en otro país cuyo padre o madre, o ambos, sean mexicanos; c) una persona extranjera que contrae matrimonio con un hombre o una mujer mexicanos y reside en México; o d) una persona extranjera que se naturaliza en México.

12.39 **“Newborn child” Recién Nacido** significa un niño desde el nacimiento y hasta los 36 meses de edad.

12.40 **“Occupational Illness or Injury” Enfermedad o Lesión Ocupacional** significa una enfermedad o lesión corporal accidental que surge de (o durante) cualquier trabajo realizado a cambio de remuneración o beneficio, o que resulta de alguna manera de una enfermedad o lesión relacionada con dicho trabajo. Sin embargo, si se presenta al Plan de Salud SIMNSA prueba de que el Miembro está cubierto por una ley de compensación laboral o una ley similar, pero no está cubierto por dicha ley para una enfermedad o lesión específica, esa enfermedad o lesión no se considerará “ocupacional”, independientemente de su causa.

12.41 **“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.

- 12.42 **“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.
- 12.43 **“Out-of Pocket-Maximum” Tope de coaseguro** significa un límite en la cantidad total de coaseguro 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.
- 12.44 **“Outpatient” Paciente Externo** significa los servicios médicos prestados en el consultorio de un médico, en una instalación debidamente autorizada, o como tratamiento ambulatorio en aquella parte de un hospital diseñada para atender a pacientes ambulatorios o de emergencia, sin requerir hospitalización.
- 12.45 **“Outpatient Prescription Drug” Medicamento de Prescripción Ambulatoria** significa un medicamento de autoadministración que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para su venta al público a través de una farmacia minorista o por correo, que requiere una receta médica y que no ha sido proporcionado para uso en un entorno de hospitalización.
- 12.46 **“Participating Provider/Facilities” Proveedores Participantes/Instalaciones** 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.
- 12.47 **“Participating Physician” Médico Participante** significa cualquier profesional reconocido que preste un servicio cubierto por el Acuerdo, con licencia en California o México, y que ejerza dentro del alcance de dicha licencia, y que haya celebrado un acuerdo por escrito con SIMNSA para proporcionar Servicios Cubiertos a los Miembros de acuerdo con los términos del Acuerdo.
- 12.48 **“Participating Facility” Instalación Participante** significa una instalación que es propiedad de SIMNSA o que ha celebrado un contrato con SIMNSA para proporcionar Servicios Cubiertos a los Miembros.
- 12.49 **“Pregnancy” Embarazo** significa los tres trimestres de gestación y el período inmediato posterior al parto.

- 12.50 **“Premium” Prima** significa los honorarios que son prepagados periódicamente, incluyendo cualquier contribución al Grupo por los Suscriptores, los cuales el Grupo acordó pagar a SIMNSA por los Servicios Cubiertos.
- 12.51 **“Prescription Drug or Drugs” Recetas Médicas** significa un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para su venta al público, que requiere una receta médica y que no se proporciona para uso en un entorno de hospitalización. El término “medicamento” o “medicamento de prescripción” incluye:
 (A) dispositivos desechables que sean médicamente necesarios para la administración de un medicamento de prescripción cubierto, como cámaras espaciadoras e inhaladores utilizados para administrar medicamentos ambulatorios en aerosol;
 (B) jeringas para medicamentos de prescripción autoinyectables que no se dispensan en jeringas precargadas;
 (C) medicamentos, dispositivos y productos aprobados por la FDA que estén cubiertos bajo el beneficio de medicamentos de prescripción conforme a las secciones 1367.002, 1367.25 y 1367.51 del Código de Salud y Seguridad, incluyendo cualquier medicamento, dispositivo o producto equivalente de venta libre aprobado por la FDA; y
 (D) a discreción del plan de salud, cualquier vacuna u otro beneficio de atención médica cubierto bajo el beneficio de medicamentos de prescripción de SIMNSA. En los Estados Unidos, todos los productos farmacéuticos aprobados por la FDA. En México, cualquier producto farmacéutico aprobado por el gobierno de México y por SIMNSA como medicamento recetado del plan.
- 12.52 **“Psychiatric Emergency Medical Condition” Condición Médica Psiquiátrica de Emergencia** significa un trastorno mental que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad que hacen que el paciente sea: un peligro inmediato para sí mismo o para otros, o incapaz de proveer o utilizar de manera inmediata alimento, refugio o vestimenta debido al trastorno mental.
- 12.53 **“Serious Chronic Condition” Condición Grave Crónica** significa una condición médica originada por una enfermedad, padecimiento u otro problema o trastorno médico que es de naturaleza grave y que persiste sin cura completa o empeora durante un período prolongado, o que requiere tratamiento continuo para mantener la remisión o prevenir el deterioro.
- 12.54 **“Seriously Debilitating” Gravemente Debilitante** significa enfermedades o condiciones que ocasionan una morbilidad mayor e irreversible.
- 12.55 **“Service Area” Área de Servicio** significa la zona geográfica designada por el plan dentro de la cual el plan deberá proporcionar servicios de atención médica.
- 12.56 **“SIMNSA Health Plan”: Plan de Salud de SIMNSA** significa Sistemas Médicos Nacionales, S.A. de C.V.
- 12.57 **“Standard Fertility Preservation Services” Servicios Estándar de Preservación de la Fertilidad** significa los procedimientos que son consistentes con las prácticas médicas establecidas y con las guías profesionales publicadas

por la American Society of Clinical Oncology o la American Society for Reproductive Medicine, o según corresponda en el área de servicio donde se presten los servicios.

- 12.58 **“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.
- 12.59 **“Terminal Illness” Enfermedad terminal** significa afección incurable o irreversible, con alto grado de probabilidad de causar la muerte en un año o menos.
- 12.60 **“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 con las disposiciones de este Contrato.
- 12.61 **“Trans-Inclusive Health Care”** significa atención médica integral que sea consistente con los estándares de atención para personas que se identifican como transgénero, con diversidad de género o intersexuales; que respete la autonomía corporal personal de cada individuo; que no haga suposiciones sobre la identidad de género de una persona; que acepte la fluidez de género y las expresiones de género no tradicionales; y que trate a todas las personas con compasión, comprensión y respeto.
- 12.62 **“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; y

13.1.2 Desea y tiene 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 del Plan en México.

13.2 Dependientes – Dependientes Elegibles deberán desear y 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 Ser el cónyuge o 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 más 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 Suscriptor 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 cubierto al convertirse en Miembro 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 se pagan a más tardar en la fecha indicada en el contrato del titular del contrato colectivo, el contrato se anula a partir de la media noche al cumplir treinta (30) días después de que el titular del contrato colectivo haya sido debidamente notificado y se le hayan facturado los cobros. Además, la cobertura termina treinta (30) días después de cobrarle y que el titular del contrato colectivo haya sido debidamente notificado y se le hayan facturado los cobros. El titular del contrato colectivo tiene la responsabilidad de notificarle a usted oportunamente antes de que termine su cobertura debido a la terminación del contrato colectivo.

16.2.3 Si un miembro 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 si 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 COBRA

Si un empleador está sujeto a la ley *Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act* de 1985 (“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 cualquiera 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 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.

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, (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

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 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 en virtud de este Plan durante el resto del período durante el cual usted hubiese tenido la cobertura en virtud 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.

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 bajo la ley o de acuerdo con 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 ante 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 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 ofrecen sin que el miembro deba compartir costos, sin embargo, si se recibe atención médica preventiva al mismo tiempo que otros servicios, se puede aplicar el coaseguro correspondiente para dichos servicios fuera de la atención médica preventiva:

- 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 sus 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 estas enfermedades bajo control.

17.2. 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:

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

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

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

17.2.4 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)

17.2.5 Servicios de consultas médicas ordenadas por un Médico Participante.

17.3 Alergias

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

17.4 Planeación Familiar

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

17.4.2 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 uno de los Proveedores participantes ha recetado, 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).

17.4.3 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.

17.4.4 Consejería con respecto a anti-conceptivos y planeación familiar.

17.5. Cirugía Reconstructiva

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

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

17.6 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.

17.6.1 Servicios de Pacientes Internos

Servicios de pacientes Internos, incluyendo servicios profesionales, cuarto semiprivado (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 17.18, 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.

17.6.2 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 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.

17.7 Maternidad y Cuidados Relacionados del Recién Nacido

17.7.1 Los servicios que surjan por embarazo (incluyendo el diagnóstico prenatal de trastornos genéticos del feto) y nacimiento, incluyendo complicaciones en el embarazo, aborto (según lo permiten las leyes de Baja California, México), nacimiento, cuidados prenatales y de post-parto.

17.7.2 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.

17.7.3 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.

17.8 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.

17.9 Ensayos Clínicos

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 de 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:

17.9.1 El Miembro reúne los requisitos para participar en un ensayo clínico aprobado conforme al protocolo del ensayo con respecto al tratamiento del cáncer o de otra enfermedad o afección potencialmente mortales. El término "afección potencialmente mortal" significa cualquier enfermedad o afección de la cual la probabilidad de muerte es probable a menos que se interrumpa la evolución de la enfermedad o afección.

17.9.2. 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.

17.9.3. 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.

17.10 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 a la linfedema. La duración de la 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 cirujano tratante reciba previa autorización al determinar la duración de la estancia en el hospital de acuerdo con estos procedimientos.

17.11 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 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:

Cobertura limitada para cobros dentales adicionales

Anestesia general y cargos adicionales por procedimientos dentales otorgados en algún hospital o centro quirúrgico, serán cubiertos en las siguientes circunstancias, en las que el estado clínico o condición médica del paciente, impiden que el procedimiento dental se realice en forma ordinaria, sin anestesia general o sin requerir internamiento hospitalario:

- Miembros menores de 7 años
- Miembros con alguna discapacidad mental, sin importar su edad
- Miembros con algún problema de salud y para quienes, la anestesia general es médicamente necesaria, sin importar su edad

Se requiere que dichos procedimientos sean previamente autorizados por el Coordinador del plan de salud, exceptuando casos de urgencia.

Los cargos por el procedimiento dental en sí, incluyendo, pero no limitado a, los honorarios profesionales del dentista no están cubiertos por este Plan.

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

17.12.1 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.

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.

17.14 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.

17.15 Servicios de Rehabilitación y de Habilidad

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

17.16 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.

17.17 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.

17.18 Equipo Médico Resistente y Aparatos Prostéticos

Cuando sea recetado por un Médico Participante y certificado previamente por el Coordinador Médico, la compra o renta de Equipo Médico Resistente, tal como una silla de ruedas, y la compra de aparatos prostéticos, como extremidades artificiales. La compra de artículos o materiales médicos desechables, con excepción de artículos de ostomía, no están cubiertos a menos que dichos artículos y suministros sean necesarios por razones médicas para el control y tratamiento de diabetes controlada con insulina, diabetes controlada sin insulina y/o diabetes gestacional, en cuyo caso dichos artículos tendrán cobertura incluso si dichos artículos estuviesen disponibles sin receta médica.

17.18.1 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 Participante, 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 equipo existente o la renta de

algún equipo similar. No incluyen los cargos por mas de un artículo que tenga el mismo o similar objetivo.

17.18.2 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 “ortopédico” 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 movable.

17.19 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 post-operados y en casos cuando el paciente no puede acudir a la oficina del médico, con autorización previa del Coordinador del Plan.

17.20 Servicios de Salud Mental y Dependencia de Sustancias Químicas

17.20.1 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 para 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, 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 transporte 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.

17.20.2 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.

17.21 Fenilcetonuria

Este Plan cubre el diagnóstico y el tratamiento Medicamente Necesario para la fenilketonuria (PKU por sus siglas en inglés). La cobertura del tratamiento de 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 los costos de una dieta normal.

17.22 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 21.8 de esta CCE.

17.23 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.

17.24 Preservación de la fertilidad para la infertilidad iatrogénica

Hay beneficios disponibles para la preservación de la fertilidad por razones médicas que causan infertilidad, como quimioterapia, tratamiento de radiación y ooforectomía debido a cáncer u otras enfermedades, lesiones y afecciones. Ejemplos de servicios de preservación de la fertilidad incluyen los siguientes procedimientos: recolección de esperma, criopreservación de esperma, estimulación ovárica y recuperación de óvulos, criopreservación de ovocitos, criopreservación de tejido ovárico, fertilización in vitro (fertilización de óvulos) y criopreservación de embriones. preservación. Comuníquese con el Plan para obtener información adicional.

17.25 Tratamiento de Atención Médica Posterior a una Violación o Agresión Sexual

Este Plan cubre la atención médica en la sala de emergencias y el tratamiento de seguimiento para los afiliados que reciben atención después de una violación o agresión sexual. El “Tratamiento de Atención Médica de Seguimiento”, tal como se utiliza en esta sección, se define como “los servicios médicos o quirúrgicos para el diagnóstico, la prevención o el tratamiento de condiciones médicas que surjan de un episodio de violación o agresión sexual”.

17.25.1. El Plan no impondrá un costo compartido durante los primeros nueve (9) meses después de que los Miembros inicien tratamiento posterior a una violación o agresión sexual. Esto incluye la atención médica en la sala de emergencias y el tratamiento de atención médica de seguimiento.

17.26. HIV Preexposure Prophylaxis and Postexposure Prophylaxis

This Plan covers preexposure prophylaxis and postexposure prophylaxis that have been furnished by an in-network pharmacist, including the pharmacist's services and related testing ordered by the pharmacist.

17.27. 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.

17.28. Tratamiento para la Infertilidad y Servicios de Fertilidad

17.28.1 "Infertilidad" se define como cualquiera de los siguientes supuestos:

- Los hallazgos de un médico con licencia, basados en la historia médica, sexual y reproductiva del paciente, su edad, hallazgos físicos, pruebas diagnósticas o cualquier combinación de estos factores. Esta definición no impide la realización de pruebas y diagnóstico de infertilidad antes del período de 12 meses o 6 meses para establecer la infertilidad.
- La incapacidad de una persona para reproducirse, ya sea de manera individual o con su pareja, sin intervención médica.
- La falta de logro de un embarazo o de llevar un embarazo a término con nacimiento vivo después de mantener relaciones sexuales regulares sin protección. "Relaciones sexuales regulares sin protección" significa un período no mayor de 12 meses de relaciones sexuales sin protección para una persona menor de 35 años, o no mayor de 6 meses de relaciones sexuales sin protección para una persona de 35 años o más. Un embarazo que termina en aborto espontáneo no reinicia el período de 12 meses o 6 meses para calificar como infertilidad.

17.28.2 La cobertura se limita a un máximo de tres ciclos completos de recuperación de ovocitos, con transferencias de embriones ilimitadas de acuerdo con las guías de la American Society of Reproductive Medicine (ASRM), utilizando transferencia de un solo embrión cuando sea recomendada y médicamente apropiada.

17.29. Cobertura para PANDAS y PANS este Plan cubre la profilaxis, el diagnóstico y el tratamiento de PANDAS/PANS que sea prescrito u ordenado por el médico tratante y que sea médicamente necesario, según lo definido por las guías de práctica clínica nacionales vigentes reconocidas por expertos tratantes y publicadas en literatura médica revisada por pares. La cobertura puede incluir tratamiento de PANDAS/PANS mediante antibióticos, medicamentos y terapias conductuales para manejar los síntomas neuropsiquiátricos, medicamentos inmunomoduladores, intercambio de plasma y terapia de inmunoglobulina intravenosa.

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 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 esta 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 o

confunden, un diagnóstico está en duda por los resultados de la prueba o el médico tratante no puede diagnosticar la condición y usted pidió diagnóstico 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 diagnóstico o plan de cuidado.
- 18.2 Puede comunicar sus peticiones para segundas opiniones médicas al Plan para una decisión mas expedita cuando usted esta 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 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 mas de una visita, como esta 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 esta 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 formulario de medicamentos consiste en una lista de medicamentos aprobados según lo determine el Comité de Garantía de Calidad del Plan, con base en el valor médico y el costo. 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 medicamento 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 medicamento 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 comprar 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, educativas, 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 Medicamentos 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; excepto anticonceptivos orales, que pueden ser surtidos por cantidades de 90 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 Medicamento 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 Medicamento 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 de que sea medicamento apropiado que esos fármacos o insulina inyectable puedan ser administradas por sí mismo.
- 21.6.8 Los artículos no médicos, tales como las prendas de soporte y otros dispositivos o aparatos terapéuticos o de prueba, sin tener en cuenta la índole de su uso, incluso cuando los recete 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 medicamento 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 Educativos, 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 educativas.

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 medicamento 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 17.23 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 suministros que no son Medicamento 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 Medicamento 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, aún 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, aún 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 12.24.

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, excepto como se especifica en la Sección 17.13.

21.24 Cuidados de la Vista

Cuidados de la vista, exceptuando aquellos exámenes de la vista especificados, lentes de contacto u otros lentes correctivos (exceptuando aquellos posteriores a una cirugía de cataratas); ejercicios del ojo; queratotomía visual, de entrenamiento y radial o cualquier otra cirugía que tenga el propósito de 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 postoperatorios 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 mas 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. Esta obligación de reembolso no excederá el valor menor de: (1) la cantidad total de recuperación obtenida por el Miembro; o (2) la suma de los costos razonables que realmente hubiese pagado SIMNSA. 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 esta 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.

25. BIENESTAR MENTAL DE SU HIJA O HIJO

SIMNSA se preocupa por el bienestar mental de su hija o hijo. Su proveedor de atención primaria puede realizar una evaluación de bienestar y salud conductual para niñas, niños y adolescentes entre 8 y 18 años, con el fin de identificar señales de condiciones de salud mental. Esta evaluación puede ayudar al médico de su hija o hijo a identificar situaciones como depresión y otros problemas de salud mental y conductual. Estas evaluaciones están incluidas en su plan de salud. El médico de su hija o hijo puede remitirlo con un especialista en salud mental y conductual para tratar cualquier condición identificada. La detección y tratamiento tempranos son importantes para brindarle a su hija o hijo la mejor oportunidad de superar y manejar cualquier condición detectada. SIMNSA puede ayudarle a encontrar el médico adecuado para usted y su familia. Si desea programar una evaluación de bienestar y salud conductual para usted o su hija o hijo, por favor comuníquese con SIMNSA.

Como Miembro, usted tiene derecho a:

- Recibir información sobre sus derechos y responsabilidades.
- Recibir información sobre su Plan, los servicios que su Plan le ofrece y los Proveedores de Atención Médica disponibles para atenderle.
- Hacer recomendaciones sobre la política del Plan en materia de derechos y responsabilidades de los miembros.
- Recibir información sobre todos los servicios de atención médica disponibles para usted, incluyendo una explicación clara de cómo obtenerlos y si el Plan puede imponer ciertas limitaciones a dichos servicios.
- Conocer los costos de su atención y saber si ya ha cumplido con su deducible o su máximo de gastos de bolsillo.
- Elegir un Proveedor de Atención Médica dentro de la red de su Plan y cambiar a otro médico dentro de la red si no está satisfecho(o).
- Recibir atención médica de manera oportuna y geográficamente accesible.
- Tener una cita oportuna con un Proveedor de Atención Médica dentro de la red de su Plan, incluyendo un especialista.
- Tener una cita con un Proveedor de Atención Médica fuera de la red de su Plan cuando éste no pueda brindarle acceso oportuno a la atención con un Proveedor dentro de la red.
- Recibir ciertas adaptaciones razonables relacionadas con alguna discapacidad, que incluyen:
 - Acceso igualitario a los servicios médicos, lo que incluye consultorios y equipo médico accesible en el establecimiento del Proveedor de Atención Médica.
 - Acceso pleno e igualitario, en las mismas condiciones que otras personas, a las instalaciones médicas.
 - Tiempo adicional para sus consultas, si lo necesita.
 - Poder ingresar con su animal de servicio a las salas de exploración.
- Adquirir un seguro de salud o determinar su elegibilidad para Medi-Cal a través del Mercado de Seguros de Salud de California, Covered California.
- Recibir atención considerada y cortés, y ser tratada con respeto y dignidad.
- Recibir atención culturalmente competente, incluyendo, entre otros aspectos:
 - Atención Médica Inclusiva para Personas Trans (Trans-Inclusive Health Care), que incluye todos los servicios Médicamente Necesarios para tratar la disforia de género o condiciones intersexuales.
 - Ser llamada(o) por su nombre y pronombre preferidos.
- Recibir de su Proveedor de Atención Médica, a solicitud, toda la información pertinente sobre su problema de salud o condición médica, plan de tratamiento y cualquier alternativa de tratamiento apropiada o Médicamente Necesaria. Esta información incluye los posibles resultados esperados, independientemente del costo o de la cobertura del beneficio, para que usted pueda tomar una decisión informada antes de recibir tratamiento.
- Participar junto con sus Proveedores de Atención Médica en la toma de decisiones sobre su atención médica, incluyendo otorgar consentimiento informado cuando reciba tratamiento. En la medida en que la ley lo permita, también tiene derecho a rehusar tratamiento.
- Tener una explicación de las opciones de tratamiento apropiadas o Médicamente Necesarias para su condición, independientemente del costo o de la cobertura del beneficio.
- Recibir cobertura de atención médica aun si tiene una condición preexistente.
- Recibir Tratamiento Médicamente Necesario para una condición de Salud Mental o un Trastorno por Uso de Sustancias.

- Recibir ciertos servicios de salud preventivos, incluyendo muchos sin copago, coseguro o deducible.
- No tener límites anuales o de por vida en dólares para los servicios básicos de atención médica.
- Mantener a sus dependientes elegibles inscritos en su Plan.
- Ser notificada(o) de un incremento o cambio irrazonable en la prima, según corresponda.
- Estar protegida(o) contra la facturación de saldos ilegal por parte de un Proveedor de Atención Médica.
- Solicitar a su Plan una segunda opinión con un Proveedor de Atención Médica Debidamente Calificado.
- Esperar que su Plan mantenga privada su información personal de salud, de conformidad con sus políticas de privacidad y con las leyes estatales y federales.
- Solicitar a la mayoría de los Proveedores de Atención Médica información sobre quién ha recibido su información personal de salud.
- Pedir a su Plan o a su médico que se comuniquen con usted únicamente de ciertas maneras o en determinados lugares.
- Que su información médica relacionada con servicios sensibles sea protegida.
- Obtener una copia de sus expedientes médicos y agregar sus propias notas. Usted puede pedir a su médico o a su plan de salud que cambien información sobre usted en sus expedientes médicos si ésta no es correcta o está incompleta. Su médico o su plan de salud pueden negar su solicitud; en ese caso, usted puede agregar una declaración a su expediente explicando la información.
- Contar con un intérprete que hable su idioma en todos los puntos de contacto cuando reciba servicios de atención médica.
- Tener un intérprete sin costo para usted.
- Recibir materiales escritos en su idioma preferido cuando así lo requiera la ley.
- Recibir la información de salud en un formato utilizable si usted es ciega(o), sorda(o) o tiene baja visión.
- Solicitar continuidad de la atención si su Proveedor de Atención Médica o grupo médico deja la red de su Plan o si usted es una nueva Miembro del Plan.
- Tener una Directiva Anticipada de Atención Médica.
- Estar plenamente informada(o) sobre el procedimiento de quejas del Plan y entender cómo utilizarlo sin temor a interrupciones en su atención médica.
- Presentar una queja, reclamación o apelación en su idioma preferido con respecto a:
 - Su Plan o Proveedor de Atención Médica.
 - Cualquier atención que reciba o al acceso a la atención que solicite.
 - Cualquier decisión de servicio o beneficio cubierto que tome su Plan.
 - Cualquier cargo o factura inadecuada por la atención recibida.
 - Cualquier alegato de discriminación por identidad o expresión de género, o por negativas, demoras o modificaciones indebidas de la Atención Médica Inclusiva para Personas Trans, incluyendo servicios Médicamente Necesarios para tratar la disforia de género o condiciones intersexuales.
 - La falta de cumplimiento con sus necesidades lingüísticas.
- Saber por qué su Plan niega un servicio o tratamiento.
- Contactar al Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care) si tiene dificultades para acceder a servicios de salud o si tiene preguntas sobre su Plan.
- Solicitar una Revisión Médica Independiente si su Plan negó, modificó o demoró un servicio de atención médica.

Como Miembro del Plan, usted tiene la responsabilidad de:

- Tratar a todos los Proveedores de Atención Médica, al personal de los Proveedores y al personal del Plan con respeto y dignidad.
- Compartir, en la medida de lo posible, la información necesaria con su Plan y con sus Proveedores de Atención Médica para ayudarle a recibir la atención adecuada.
- Participar en el desarrollo de metas de tratamiento acordadas mutuamente con sus Proveedores de Atención Médica y seguir, en la medida de lo posible, los planes de tratamiento e instrucciones.
- En la medida de lo posible, acudir puntualmente a todas sus citas programadas y llamar a su Proveedor de Atención Médica si llegará tarde o necesita cancelar.
- Abstenerse de presentar reclamaciones o información falsa, fraudulenta o engañosa al Plan o a los Proveedores de Atención Médica.
- Notificar a su Plan si tiene cambios en su nombre, domicilio o en los familiares cubiertos bajo su Plan.
- Pagar puntualmente cualquier prima, copago y cargos por servicios no cubiertos.
- Notificar a su Plan tan pronto como sea razonablemente posible si recibe una factura incorrecta o inapropiada.



Aviso de Normas de Privacidad

Vigente a partir de: Junio 2025

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 con respecto a la información de salud

SIMNSA se compromete a preservar la privacidad y confidencialidad de su información de salud, tal como lo exige la ley aplicable, así como la ética de las profesiones de salud con licencia. La ley nos exige proporcionarle este aviso sobre nuestras obligaciones legales, sus derechos y nuestras prácticas de privacidad con respecto al uso y la divulgación de su información de salud que es creada o conservada por SIMNSA.

Cada vez que nos visita, elaboramos un registro de su visita. Normalmente, este registro contiene sus síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y un plan para la atención o tratamiento futuro. Tenemos la obligación ética y legal de proteger la privacidad de su información de salud, y solo utilizaremos o divulgaremos esta información en circunstancias limitadas. En general, podemos usar y divulgar su información de salud para:

- planear su atención y tratamiento;
- proporcionar tratamiento por nosotros u otros;
- comunicarnos con otros proveedores, como médicos de referencia;
- recibir pago de usted, de su plan de salud o de su aseguradora de salud;
- realizar evaluaciones de calidad y trabajar para mejorar la atención que brindamos y los resultados que obtenemos, lo que se conoce como operaciones de atención médica;
- informarle sobre servicios y tratamientos que podrían ser de su interés; y
- cumplir con las leyes estatales y federales que exigen que divulguemos su información de salud.

También podemos usar o divulgar su información de salud cuando usted nos haya autorizado a hacerlo.

Usted tiene ciertos derechos con respecto a su información de salud. Tiene derecho a:

- asegurar la exactitud de su expediente de salud;

- solicitar comunicaciones confidenciales entre usted y su médico y solicitar límites al uso y la divulgación de su información de salud; y
- solicitar un informe (rendición de cuentas) de ciertos usos y divulgaciones de la información de salud que hemos hecho sobre usted.

Estamos obligados a:

- mantener la privacidad de su información de salud;
- proporcionarle un aviso, como este Aviso de Prácticas de Privacidad, sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y conservamos sobre usted;
- cumplir con los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad más reciente;
- notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada; y
- atender las solicitudes razonables que usted haga para que nos comuniquemos sobre información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y de hacer efectivos los nuevos términos para toda su información de salud que mantenemos.

Si nuestras prácticas de información cambian, un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado estará disponible a solicitud. Si hay un cambio sustancial, un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado se distribuirá en la medida en que lo exija la ley.

No utilizaremos ni divulgaremos su información de salud sin su autorización, excepto según se describe en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad más reciente.

En las páginas siguientes explicamos con más detalle nuestras prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a su información de salud.

Si tiene dominio limitado del idioma inglés, puede solicitar un Aviso de Prácticas de Privacidad en español.

2. Podemos usar o divulgar su información médica de las siguientes maneras

A. Tratamiento Podemos usar y divulgar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, podemos utilizar su información de salud para recetarle un medicamento o indicar un curso de tratamiento. Registraremos su información actual de atención de salud en un expediente para que, en el futuro, podamos consultar su historial médico y ayudar en el diagnóstico y tratamiento, o determinar qué tan bien está respondiendo al tratamiento. Podemos proporcionar su información de salud a otros proveedores, como médicos de referencia o especialistas, para ayudar en su tratamiento. Si en algún momento requiere hospitalización, podemos proporcionar al hospital o a su personal la información de salud que necesiten para brindarle un tratamiento eficaz.

B. Pago Podemos usar y divulgar su información de salud para facturar y recaudar el pago por los servicios que le hemos proporcionado. Por ejemplo, podemos comunicarnos con su empleador o aseguradora de salud para verificar su elegibilidad de beneficios, y podríamos necesitar divulgar ciertos detalles sobre su condición médica o curso esperado de tratamiento.

Podemos usar o divulgar su información para enviar una factura a usted, a su aseguradora de salud o a un familiar. La información incluida en la factura o que la acompañe puede contener datos que lo identifiquen y su diagnóstico, así como los servicios prestados, los procedimientos realizados y los insumos utilizados. También podemos proporcionar información de salud a otro proveedor de atención médica, como la empresa de ambulancias que lo transportó a nuestra oficina, para ayudar en sus procesos de facturación y cobro.

C. Operaciones de atención médica Podemos usar y divulgar su información de salud para ayudar en la operación de nuestra práctica. Por ejemplo, el personal de nuestra oficina puede usar información de su expediente de salud para evaluar la atención y los resultados de su caso y de otros similares como parte de un esfuerzo continuo para mejorar la calidad y efectividad de la atención y los servicios que ofrecemos. Podemos usar y divulgar su información de salud para realizar actividades de administración de costos y planificación de negocios de nuestra práctica. También podemos proporcionar dicha información a otras entidades de atención médica para sus operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos brindar información a su aseguradora de salud para sus propósitos de revisión de calidad.

D. Contratistas comerciales (Business Associates) En ocasiones, SIMNSA contrata a terceros para que presten ciertos servicios, conocidos como contratistas comerciales. Ejemplos de ello incluyen servicios de transcripción, servicios de facturación, consultores y asesores legales. Podemos divulgar su información de salud a nuestros contratistas comerciales para que puedan realizar el trabajo que les hemos encomendado. Sin embargo, para proteger su información de salud, exigimos a nuestros contratistas comerciales que salvaguarden adecuadamente su información.

E. Recordatorios de citas Podemos usar y divulgar información de su expediente médico para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita en MEDYCA u otra ubicación de SIMNSA. Generalmente, le llamaremos a su casa el día antes de su cita y dejaremos un mensaje en su contestadora o con la persona que responda la llamada. Sin embargo, usted puede solicitar que estos recordatorios se le proporcionen solo de cierta manera o solo en un lugar específico. Procuraremos atender todas las solicitudes razonables.

F. Opciones de tratamiento Podemos usar y divulgar su información de salud para informarle sobre tratamientos alternativos.

G. Divulgación a familiares/amigos Nuestros profesionales de salud, usando su criterio profesional, pueden divulgar a un familiar, pariente cercano, amigo íntimo u otra persona que usted identifique, su información de salud en la medida en que sea relevante para la participación de esa persona en su atención o en el pago de su atención. Le daremos la oportunidad de oponerse a dicha divulgación siempre que nos sea razonablemente posible. Podemos divulgar la información de salud de menores a sus padres o tutores, salvo que dicha divulgación esté prohibida por la ley.

H. Beneficios y servicios relacionados con la salud Podemos usar y divulgar su información de salud para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. En comunicaciones personales, como durante citas con su médico, podemos informarle

sobre otros productos y servicios que puedan interesarle.

I. Boletines y otras comunicaciones Podemos usar su información personal para comunicarnos con usted mediante boletines, correspondencia u otros medios sobre opciones de tratamiento, información relacionada con la salud, programas de manejo de enfermedades, programas de bienestar u otras iniciativas o actividades comunitarias en las que participe nuestra práctica.

J. Auxilio en caso de desastre Podemos divulgar su información de salud en situaciones de desastre cuando organizaciones de ayuda en casos de desastre necesiten su información para coordinar su atención o para notificar a familiares y amigos sobre su ubicación y condición. Le daremos la oportunidad de aceptar u oponerse a dicha divulgación siempre que nos sea razonablemente posible.

K. Mercadotecnia En la mayoría de los casos, la ley exige que obtengamos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información de salud con fines de mercadotecnia. Sin embargo, podemos ofrecerle obsequios promocionales de valor nominal. Bajo ninguna circunstancia venderemos nuestras listas de pacientes ni su información de salud a un tercero sin su autorización por escrito.

L. Actividades de salud pública Podemos divulgar información médica sobre usted para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen:

- procesos de licenciamiento y certificación realizados por autoridades de salud pública;
- prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades;
- informes de nacimientos y defunciones;
- informes de abuso o negligencia infantil;
- notificaciones a personas que puedan haber estado expuestas a una enfermedad o puedan estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición;
- donación de órganos o tejidos; y
- notificaciones a autoridades gubernamentales apropiadas si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Haremos esta divulgación cuando la ley lo exija, si usted acepta la divulgación, o cuando la ley lo autorice y, a nuestro juicio profesional, la divulgación sea necesaria para prevenir un daño grave.

M. Directores de funerarias Podemos divulgar información de salud a los directores de funerarias para que puedan cumplir con sus funciones.

N. Notas de psicoterapia En la mayoría de las circunstancias, no podemos divulgar sin su autorización por escrito las notas que un profesional de salud mental tome durante una sesión de consejería. Sin embargo, podemos divulgar dichas notas para propósitos de tratamiento y pago, para supervisión estatal y federal del profesional de salud mental, para propósitos de médicos forenses o examinadores, para prevenir una amenaza grave a la salud o seguridad, o en otros casos autorizados por la ley.

O. Compensación laboral Podemos divulgar su información de salud en la medida en que lo autoricen y sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación laboral u

otros programas similares establecidos por ley.

P. Cumplimiento de la ley (Law Enforcement) Podemos divulgar su información de salud:

- en respuesta a una orden judicial, citatorio, mandato, requerimiento o proceso similar, si está autorizado por la ley estatal o federal;
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material u otra persona similar;
- sobre la víctima de un delito, si en ciertas circunstancias limitadas no podemos obtener el consentimiento de dicha persona;
- sobre una muerte que consideremos pueda ser resultado de conducta delictiva;
- sobre conducta delictiva en una instalación u oficina contratada por SIMNSA;
- a médicos forenses o examinadores médicos;
- en circunstancias de emergencia para informar sobre un delito, la ubicación del delito o de las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito;
- a funcionarios federales autorizados para fines de inteligencia, contrainteligencia y otros asuntos de seguridad nacional autorizados por ley; y
- a funcionarios federales autorizados para que puedan llevar a cabo investigaciones especiales o brindar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros.

Q. Información disociada (De-identified Information) Podemos utilizar su información de salud para crear información “disociada” (de-identified) o podemos divulgar su información a un contratista comercial para que la transforme en información disociada en nuestro nombre. Cuando “disociamos” información de salud, eliminamos la información que lo identifica como la fuente. La información de salud se considera “disociada” solo si no hay una base razonable para creer que pueda utilizarse para identificarlo.

R. Representante personal Si usted tiene un representante personal, como un tutor legal, trataremos a esa persona como si fuera usted en lo que respecta a las divulgaciones de su información de salud. Si usted fallece, podemos divulgar información de salud al albacea o administrador de su sucesión en la medida en que esa persona actúe como su representante personal.

S. Conjunto de datos limitado (Limited Data Set) Podemos usar y divulgar un conjunto de datos limitado que no contenga información específica que lo identifique directamente, para fines de investigación, salud pública y operaciones de atención médica. No divulgaremos este conjunto de datos limitado a menos que celebremos un acuerdo de uso de datos con el destinatario, en el cual éste se comprometa a limitar el uso de dicho conjunto para los fines establecidos, garantizar la seguridad de los datos y no identificar la información ni utilizarla para contactar a ningún individuo.

3. Autorización para otros usos de la información médica

Los usos de información médica que no estén cubiertos por nuestro *Aviso de Prácticas de Privacidad* más reciente o por las leyes aplicables solo se realizarán con su **autorización** por escrito.

Si usted nos otorga autorización para usar o divulgar información médica sobre usted, puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos información médica sobre usted por los motivos cubiertos por su autorización escrita, excepto en la medida en que ya hayamos tomado medidas basadas en dicha autorización, o si la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y la aseguradora tiene derecho a impugnar un reclamo o la propia cobertura de seguro. No podemos deshacer divulgaciones que ya hayamos realizado con su autorización y estamos obligados a conservar los registros de la atención que le hemos brindado.

4. Sus derechos sobre la información de salud

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que recopilamos sobre usted:

A. Derecho a obtener una copia impresa de este aviso Tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso de manera electrónica, sigue teniendo derecho a una copia impresa.

B. Derecho a inspeccionar y obtener copia Tiene derecho a inspeccionar y obtener copia de la información médica que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre su atención. Generalmente, esto incluye expedientes médicos y de facturación, pero no incluye las notas de psicoterapia.

Para inspeccionar y obtener copia de la información médica, debe presentar una solicitud por escrito a nuestra Oficial de Privacidad. Le proporcionaremos un formulario para dicha solicitud. Si solicita una copia de su información médica, podemos cobrar una tarifa razonable por los costos de mano de obra, franqueo y suministros relacionados con su solicitud. No podemos cobrarle una tarifa si necesita su información médica para presentar un reclamo de beneficios bajo la Ley de Seguridad Social (Social Security Act) o cualquier otro programa estatal o federal basado en necesidad económica.

Podemos negar su solicitud de inspección y copia en ciertas circunstancias limitadas. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise dicha negativa. Un profesional de salud con licencia que no haya participado directamente en la decisión de negar su solicitud llevará a cabo la revisión. Cumpliremos con el resultado de la revisión.

Si su información médica se mantiene en un expediente electrónico de salud, también tiene derecho a solicitar que se envíe una copia electrónica de su expediente a usted o a otra persona o entidad. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos de mano de obra relacionados con la transmisión del expediente de salud electrónico.

C. Derecho a enmendar (corregir) Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la enmendemos. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras conservemos la información.

Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y dirigirse a nuestra Oficial de Privacidad. Además, debe proporcionar un motivo que respalde su solicitud. Podemos negar su solicitud de enmienda si no se presenta por escrito o no incluye un motivo que la justifique.

También podemos negarla si usted solicita enmendar información que:

- no fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que la creó ya no esté disponible para hacer la enmienda;
- no forma parte de la información médica conservada por o para SIMNSA;
- no forma parte de la información que usted tendría derecho a inspeccionar y copiar; o
- es precisa y está completa.

Si negamos su solicitud de enmienda, puede presentar una declaración de desacuerdo. Podemos limitar razonablemente la extensión de esta declaración. Su carta de desacuerdo se incluirá en su expediente médico, pero también podemos adjuntar una declaración de réplica.

D. Derecho a un informe de divulgaciones (accounting of disclosures) Tiene derecho a solicitar un informe de las divulgaciones de su información de salud realizadas por nosotros. En dicho informe no estamos obligados a incluir ciertas divulgaciones, entre ellas:

- divulgaciones hechas para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, o divulgaciones incidentales a estos propósitos; sin embargo, si las divulgaciones se realizaron a través de un expediente electrónico de salud, usted tiene derecho a solicitar un informe de dichas divulgaciones realizadas durante los últimos tres años;
- divulgaciones hechas con su autorización;
- divulgaciones hechas para crear un conjunto de datos limitado;
- divulgaciones hechas directamente a usted.

Para solicitar un informe de divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito a nuestra Oficial de Privacidad. Su solicitud debe especificar un período de tiempo que no puede ser mayor de seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Debe indicar en qué formato desea el informe (por ejemplo, en papel o electrónicamente por correo electrónico). El primer informe de divulgaciones que solicite en un período de 12 meses será gratuito. Para solicitudes adicionales dentro del mismo período, podemos cobrar el costo razonable de proporcionar el informe. Le notificaremos los costos y usted podrá retirar o modificar su solicitud antes de que se generen dichos costos. En ciertas circunstancias limitadas previstas por las leyes federales y estatales, podemos negar temporalmente su solicitud de informe de divulgaciones.

E. Derecho a solicitar restricciones Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Si usted pagó de su bolsillo por un servicio o artículo específico, tiene derecho a solicitar que la información relacionada con dicho servicio o artículo no se divulgue a un plan de salud para fines de pago u operaciones de atención médica, y estamos obligados a respetar esa solicitud.

También tiene derecho a solicitar que limitemos la información médica que comunicamos sobre usted a alguna persona involucrada en su atención o en el pago de su atención.

Excepto en el caso descrito arriba, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Si la aceptamos, cumpliremos con su petición, a menos que la información restringida se necesite para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito a nuestra Oficial de Privacidad. En su solicitud debe indicar:

- qué información desea limitar;
- si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y
- a quién desea que se apliquen los límites.

F. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos directamente con usted sobre asuntos médicos en la forma o formato que usted elija.

Una miembro que pueda consentir atención médica según las leyes de México (mayor de 19 años) y que no sea la suscriptora principal puede recibir “servicios sensibles” sin autorización previa de la suscriptora principal. Una miembro que reciba “servicios sensibles” en Estados Unidos puede solicitar confidencialidad si tiene derecho a consentir dichos servicios en Estados Unidos. “Servicios sensibles” significa todos los servicios de atención médica relacionados con salud mental o conductual, salud sexual y reproductiva, infecciones de transmisión sexual, trastornos por uso de sustancias, atención de afirmación de género y violencia de pareja íntima. SIMNSA no exigirá que una miembro obtenga autorización de la suscriptora principal para recibir servicios sensibles o para presentar un reclamo por servicios sensibles si la miembro tiene derecho a consentir la atención en el lugar donde se prestan los servicios.

Una miembro que pueda consentir atención médica puede solicitar comunicaciones confidenciales relacionadas con cualquier facturación, determinación de beneficios, explicación de beneficios, solicitud de información adicional, reclamo en disputa, referencia a proveedor o cualquier otra comunicación escrita, oral o electrónica que contenga información de salud protegida relacionada con “servicios sensibles”.

Las solicitudes válidas se implementarán dentro de 7 días naturales a partir de la recepción de la solicitud electrónica o telefónica, o dentro de 14 días a partir de la recepción por correo de primera clase. Una miembro puede designar una dirección postal alternativa, correo electrónico o número telefónico para dirigir todas las comunicaciones relacionadas con la recepción de servicios sensibles. Si la miembro no designa una preferencia alternativa, SIMNSA enviará las comunicaciones a la dirección o teléfono en expediente. SIMNSA no divulgará información médica relacionada con servicios sensibles al titular de la póliza o suscriptora principal ni a ningún otro afiliado del plan distinto de la persona protegida que recibe la atención, sin una autorización escrita expresa de dicha persona.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, puede comunicarse con nuestra Oficial de Privacidad en 2088 Otay Lakes Road, Suite 102, Chula Vista, CA 91913, o llamando al (619) 407-4082. También puede solicitar una comunicación confidencial visitando nuestro sitio web en www.simnsa.com. SIMNSA no le preguntará el motivo de su solicitud y atenderá todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactada(o). Su solicitud de comunicación confidencial seguirá siendo válida hasta que usted solicite cambiarla o revocarla.

G. Derecho a recibir aviso de una violación de seguridad (breach) Estamos obligados a notificarle por correo de primera clase o por correo electrónico (si ha indicado preferencia para recibir información por correo electrónico) sobre cualquier violación de Información de Salud Protegida No Asegurada tan pronto como sea posible, y a más tardar 60 días después de haber descubierto la violación.

“Información de Salud Protegida No Asegurada” es información que no se ha protegido mediante una tecnología o metodología identificada por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos para hacer que la información sea inutilizable, ilegible e indescifrable para usuarios no autorizados. El aviso debe incluir:

- una breve descripción de la violación, incluyendo la fecha de la violación y la fecha en que se descubrió, si se conoce;
- una descripción del tipo de Información de Salud Protegida No Asegurada involucrada en la violación;
- los pasos que usted debe tomar para protegerse de posibles daños derivados de la violación;
- una breve descripción de las medidas que estamos tomando para investigar la violación, mitigar las pérdidas y proteger contra violaciones futuras;
- información de contacto, incluyendo un número telefónico gratuito, dirección de correo electrónico, sitio web o dirección postal para que pueda hacer preguntas u obtener información adicional.

Si la violación involucra a 10 o más pacientes cuya información de contacto está desactualizada, publicaremos un aviso de la violación en la página principal de nuestro sitio web o en un medio impreso o de difusión importante. Si la violación involucra a más de 500 pacientes en el estado o jurisdicción, enviaremos avisos a medios de comunicación prominentes. Si la violación involucra a más de 500 pacientes, estamos obligados a notificar de inmediato al Secretario. También debemos presentar un informe anual al Secretario sobre violaciones que involucren a menos de 500 pacientes durante el año y mantener un registro escrito de dichas violaciones.

5. Quejas

Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, en U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave, S.W., Washington, D.C. 20201 Para presentar una queja ante nosotros, comuníquese con nuestra Oficial de Privacidad en la dirección indicada anteriormente. Todas las quejas deben presentarse por escrito y, preferentemente, dentro de los 180 días posteriores al momento en que usted supo o debió haber sabido de la presunta violación. Consulte el sitio web de la Office for Civil Rights, www.hhs.gov/ocr/hipaa/ para más información.

Usted no será objeto de represalias ni sanciones por presentar una queja.