

CONSTANCIA DE COBERTURA Y ELEGIBILIDAD COMBINADA

PARA EMPLEADOS GRUPOS PEQUEÑOS

SIMNSA Health Plan
C/o International Healthcare, Inc.
303 H Street Suite 390
Chula Vista, CA 91910
(619) 407-4082

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

Favor de considerar todas sus opciones antes de rechazar esta cobertura. Debe poner atención que las compañías que venden pólizas individuales de seguros para la salud normalmente requieren de una revisión de su historial médico, lo cual puede resultar en una prima más alta o podrían negarle la cobertura totalmente.

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 PETICIÓN 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.

LA “COBERTURA MATRIX” COMPARANDO LOS DIFERENTES BENEFICIOS Y PRODUCTOS OFRECIDOS POR SIMNSA HEALTH PLAN HA SIDO PROVEIDA ADJUNTO A ESTA EVIDENCIA DE COBERTURA Y ELEGIBILIDAD COMBINADA.

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 empleado 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>
COMO USAR EL PLAN	3
DISPOSICIONES DE REEMBOLSO DE MIEMBROS	3-4
CASOS DE EMERGENCIA EN ESTADOS UNIDOS O EN MÉXICO	4
EN QUE CONSISTE UNA EMERGENCIA CUBIERTA POR SIMNSA	4
SUS COSTOS	5
RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO	5-6
PROCEDIMIENTOS PARA PREGUNTAS Y QUEJAS	6-9
REVISIÓN DE UTILIZACIÓN	9-10
CONTINUIDAD DEL CUIDADO DE SU SALUD	10-12
DEFINICIONES	12-17
ELEGIBILIDAD	17-19
INSCRIPCIÓN	19-21
VIGENCIA DE LA COBERTURA	21-22
TERMINACIÓN DE BENEFICIOS	22-28
SERVICIOS CUBIERTOS	28-35
SEGUNDAS OPINIONES MEDICAS	35-36
PASES DE INTERCONSULTA REPETITIVAS	36-37
BENEFICIOS DE RECETAS MEDICAS	37
EXCLUSIONES DE COBERTURA	37-42
LIMITACIONES	42
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	42-43
RESPONSABILIDAD DE TERCERAS PARTES Y NO DUPLICACIÓN DE BENEFICIOS	43
NORMAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA PARA INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL	44-46

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 lo cual se listará todos los Médicos Participantes de primer nivel en este programa. Usted tiene la libertad de escoger cualquiera de esos Médicos Participantes para todos sus cuidados médicos. Este Directorio de Proveedores solamente lista los médicos de atención primaria. Si usted necesita un médico con especialidad, su proveedor de atención primaria lo recomendará con uno. La lista de médicos de atención primaria incluye a pediatras, ginecólogos, medicina general y de familia, y especialistas en medicina interna. Como miembro de SIMNSA se recomienda que siempre utilice estos Médicos Participantes con excepción de casos de emergencia o cuando necesita servicios de cuidado urgente fuera del Área de Servicio del Plan.

1.2 Instalaciones

El Directorio de Proveedores también incluye una lista de las Instalaciones Participantes e instalaciones de cuidados urgentes las cuales son Participantes en el área de San Diego. Las instalaciones de cuidados urgentes requieren de un co-pago mas alto y pueden tener limitaciones en los servicios y horas de operación.

Si requiere Servicios de Emergencia o Servicios Urgentes fuera del Área de Servicio, puede ir a cualquier unidad de emergencia o centro de cuidados urgentes, aun cuando no se encuentren en la lista del Directorio de Proveedores. Los Servicios de Emergencia y Servicios de Cuidados Urgentes son cubiertos por SIMNSA en cualquier parte del mundo, al menos estén sujetos a las limitaciones citadas en otra parte de esta CCE.

1.3 Método de Pago

Los médicos y otros proveedores profesionales son pagados de dos maneras: por pagos de honorarios fijos mensuales por sus servicios otorgados, o por los servicios prestados. Los hospitales y otras instalaciones prestadoras de servicio medico se pueden pagar conforme a los días de estancia (“per diem”= honorario fijo establecido por día) o en base al costo total de la hospitalización. Para mas información, puede contactar al Plan al 1-800-424-4652 en los Estados Unidos, 664-683-29-02 en México, o puede contactar a su Proveedor participante.

2. DISPOSICIONES DE REEMBOLSO DE MIEMBROS:

En caso de que tenga gastos en exceso de los co-pagos 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.
303 H Street Suite 390
Chula Vista, CA 91910
(619) 407-4082

SIMNSA Health Plan
Paseo Río Tijuana 406
1er. Piso-Edificio Allen Lloyd
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 ocurre en California, usted deberá acudir a la instalación de emergencia mas cercana y disponible, en algunos casos la instalación mas cercana y disponible puede ser en México. Si la Emergencia ocurre hacia la frontera entre México y los Estados Unidos, usted puede ser transferido de ambulancia a ambulancia (de capacidad paramédico o de cuidado critico/agudo), si es médicamente necesario, para llevarle a la instalación de Emergencia mas cercana y disponible.

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 Medico le ofrecerá ser transferido dentro del Área de Servicio del Plan una vez que su medico tratante esta de acuerdo que su condición medica 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. EN QUE CONSISTE UNA EMERGENCIA CUBIERTA POR SIMNSA:

Una emergencia significa un repentino cambio del estado físico o mental de la persona la cual, en determinado momento, si no fuese llevado a cabo inmediatamente el procedimiento o tratamiento, podría, conforme con lo que determinaría una persona razonable (un “prudent layperson”), resultar en la pérdida de vida o miembro, daño a una función del cuerpo, o disfunción permanente de alguna parte del cuerpo. La clasificación de situaciones de emergencias médicas se base en signos o síntomas al momento de ser tratadas, verificadas y documentadas por el médico. Las condiciones de Emergencia incluyen, pero no son limitadas a, dificultades severas de respiración, lesiones en la cabeza, inconsciencia, sangrado incontrolable, quemaduras mayores, síntomas de infarto, insolación, lesiones en la espina dorsal, accidentes cardiovasculares, envenenamientos, o convulsión. Estos ejemplos están listados únicamente para aclarar, y sin ser una lista exhaustiva de los casos que pueden ser considerados como Emergencias.

5. **SUS COSTOS:**

Este Programa de cuidados de salud cubre casi todos los gastos que son Medicamente Necesarios. Existen exclusiones y limitaciones en algunos servicios (vea la lista de beneficios). Si usted requiere un servicio que no esta cubierto por SIMNSA, entonces tiene que pagar por el servicio y deberá ponerse de acuerdo con su médico y hospital cuando solicite dicho servicio y antes de recibirlo, (por ejemplo, cirugía cosmética). Existen algunos servicios que requieren un co-pago por el paciente, tales como, consultas médicas en la oficina, recetas médicas, exámenes de la vista, etc. y deben de efectuarse al momento de recibir el servicio.

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.

5.1 Cuotas Pre- pagadas

Es responsabilidad de su Empleado de 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 la empresa. Si ese es el caso, su Empleador se lo informará.

Se cubre Servicios Médicos solamente a Miembros de los cuales SIMNSA ya recibió el todas las Cuotas Pre-pagadas. La cobertura abarca solamente el periodo por el cual se recibió pago.

5.2 Otros Cargos

Necesitará hacer ciertos Co-pagos por los Servicios Cubiertos. La cantidad de dichos Co-pagos son especificados en un anexo de Programa de Co-pagos. Los Co-pagos deberán ser pagados cuando se reciba el Servicio Cubierto. En el caso que usted no cancele una cita sin notificar de 24 horas, usted puede ser requerido a pagar un Co-pago, a menos de que la cita se pierda por causa de fuerza mayor.

6. **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 Forma de Inscripción debe solamente incluir su cónyuge legal o Socio Domestico legal, y todos sus hijos solteros menores de 19 años (o hasta los 23 años de edad si se inscribieron como estudiantes de tiempo completo en una institución acreditada y de alta enseñanza). Ninguna otra persona deberá ser enlistada como “dependientes, y de hacerlo así será considerado como fraude, el cual puede resultar en la terminación de su cobertura.

SIMNSA insiste 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 primer hoja de esta CCE.

7. PROCEDIMIENTOS PARA PREGUNTAS Y QUEJAS:

7.1 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.
303 H Street Suite 390
Chula Vista, CA 91910
(619) 407-4082

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

7.2. Procedimiento

7.2.1. Un Miembro puede mandar una queja al Plan tras cualquier de los siguientes metodos: (1) llamar por telefono a cualquier numero listado arriba bajo la seccion 7.1; (2) escribir una carta a cualquier de unos de las direcciones listados arriba bajo seccion 7.1; o (3) usando nuestra forma para quejas en el sitio internet del Plan: www.simnsa.com.

7.2.2. El Plan resolverá todas las quejas en un plazo no superior a treinta (30) días.

7.2.3. Quejas Urgentes: Sin embargo cualquier a lo contrario contenido en esta Sección 7.2, lo siguiente aplicará a quejas sobre una amenaza inminente y seria a la salud de un Miembro, incluyendo a, pero no limitado a, dolor severo, la potencial perdida de vida, miembro o mayor función de cuerpo:

7.2.3.1. La persona que manda la queja puede contactar inmediatamente el “Department of Managed Health Care,” sin participar en el procedimiento de quejas del Plan.

7.2.3.2. El Plan le proveerá con un declaración escrita sobre la disposición o posición pendiente de una queja urgente dentro de tres (3) días calendarios del recibo.

Además, el Plan considerara la condición medica del Miembro mientras determine su tiempo para responder a la queja urgente.

7.3. 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 que tomara 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-HMO-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con problemas auditivos y del habla. El sitio del Departamento en el internet, <http://www.hmohelp.ca.gov>, tiene formularios para quejas, formularios para solicitud de IMR e instrucciones en línea.

7.4. Derecho a una Revisión Medica Independiente

7.4.1. Un miembro podrá solicitar una revisión medica independiente (IMR) ante el “California Department of Manager Health Care” si usted crea que servicios de salud que son elegibles para ser cubiertos y pagados han sido negados, modificados o demorados impropiamente por SIMNSA u uno de sus Proveedores Participantes. Un “Servicio de Cuidado del Salud Disputado” es cualquier servicio que es elegible para cobertura y pagamiento 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.

7.4.2. El procedimiento de IMR es en adición a cualquier otros procedimientos o remedios que les están dispuestos. No paga ningún honorario a aplicar o procesar su aplicación para el IMR. Tiene el derecho de proveer información en apoyo de su pedido para el IMR. SIMNSA le proveera con una forma de aplicación para el IMR y una respuesta escrita de SIMNSA a su queja, lo cual indicara su posición sobre el Servicio de Cuidado de Salud Disputado. La decisión de no participar en el proceso de IMR pueda afectar su derecho reglamentario de seguir accion 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.

7.5. Revisión Medica Independiente para la Negación de Terapia Experimental/de Investigación

7.5.1. Puede también tener derecho a una Revisión Medica 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.

- 7.5.1.1. El tratamiento tiene que ser por una condición que amenaza la vida o es gravemente debilitando.
- 7.5.1.2. Le notificaremos por escrito de su oportunidad de pedir una Revisión Medica Independiente de nuestra decisión que niega una terapia experimental/de investigación dentro de cinco (5) días de la decisión de negar cobertura.
- 7.5.1.3. No esta requerido de participar en el proceso de Quejas del Plan inmediatamente de pedir una Revisión Medica Independiente de nuestra decisión de negar cobertura de una terapia experimental/de investigación.
- 7.5.1.4. La Revisión será completo dentro de treinta (30) días del recibo de su aplicación y documentación en apoyo. Si su medico determine que la terapia propuesta seria apreciablemente menos efectivo si no fuera iniciado inmediatamente, la Revisión Medica Independiente será rendido dentro de siete (7) días después de un pedido completo para una Revisión expedida.

7.6. Arbitraje

- 7.6.1. Todas las disputas que de alguna manera surjan o se relacionen con este Acuerdo o con el objeto del mismo, inclusive las reclamaciones por práctica médica inapropiada, se resolverán exclusivamente mediante arbitraje obligatorio de acuerdo con las disposiciones de esta Sección 7.6. 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 7.6.
- 7.6.2. Se entiende que cualquier disputa sobre práctica médica inapropiada, que se refiera o si cualquiera de los servicios médicos proporcionados bajo este contrato eran innecesarios o no estaban autorizados, o fueron proporcionados de manera inadecuada, negligente o incompetente, se determinará sometiéndola a arbitraje según lo estipula la ley de California, y no mediante un juicio o recurso de proceso judicial, excepto como lo estipule la ley de California para la revisión judicial del proceso de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al establecerlo, están renunciando a su derecho constitucional de que tal disputa se decida en un tribunal judicial ante un jurado, y en lugar de ello están aceptando el uso de arbitraje.
- 7.6.3. Habrá un árbitro. Si las partes no seleccionan un árbitro mutuamente aceptable en un lapso de diez (10) días después de que se envíe por correo la demanda de arbitraje, entonces las partes se someterán a arbitraje ante un solo árbitro en sesiones en el panel JAMS/Endispute, quien es un juez jubilado y que se selecciona al exclusivo criterio del administrador de la oficina JAMS/Endispute en San Diego. Las partes compartirán todos los costos del arbitraje. La parte ganadora tendrá derecho a recibir un reembolso de la otra parte por los honorarios y costos del abogado de esa parte y por cualquiera de las tarifas y gastos incurridos en relación con el arbitraje objeto del presente documento.

- 7.6.4. El árbitro aplicará el derecho sustantivo del estado de California. Las partes tendrán los derechos de descubrimiento en virtud de la Parte 4 del Código de Procedimientos Civiles de California y según se estipula en la Sección 1283.05 de dicho Código. El Código de Evidencia de California aplicará al testimonio y a los documentos que se presenten ante el árbitro.
- 7.6.5. El arbitraje se llevará a cabo en San Diego, California, a menos que las partes acuerden otra cosa. Tan pronto como sea posible, el árbitro celebrará una audiencia para resolver la disputa o el asunto. Después de ella, y tan pronto como sea razonablemente practicable, 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.
- 7.6.6. No obstante lo anterior, (1) debido a que el tiempo es de importancia crítica en este Acuerdo, las partes específicamente se reservan el derecho de solicitar una orden judicial de restricción temporal, orden judicial preliminar u otro recurso equitativo de corto plazo similar, y otorgarán al árbitro el derecho de tomar una determinación final sobre los derechos de las partes, inclusive si 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.
- 7.6.7. En casos de extrema dificultad financiera, el Plan asumirá una porción de todas las tarifas y gastos del suscriptor por concepto de un árbitro neutral. El suscriptor tendrá la obligación de demostrar al Plan la dificultad financiera extrema.

8. REVISIÓN DE UTILIZACIÓN

- 8.1. 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 medica. Servicios de emergencia o servicios de cuidado urgente proporcionado a los Miembros del Plan en California serán revisados a una base retrospectiva.
- 8.2. El Plan tendrá el poder y la autoridad completo y exclusivo, en su única discreción, para determinar todas preguntas del alcance y la elegibilidad para beneficios, los métodos de proporcionar o arreglar los beneficios y todos los otros asuntos relacionados. El Plan tendrá el poder y la autoridad 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 construcción e interpretación adoptivas por el Plan en buena fe estarán atadas sobre todos los Miembros, sobre todos los Proveedores, sobre todos los Grupo Contratados, y sobre todas otras personas.
- 8.3 Sólo un Director Médico del Plan puede determinar cuales 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 Medicamente 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 medico fuera del Plan debidamente calificado, antes que éste pueda negar tales servicios.

8.4. 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 se designa, dentro de los 30 días de haber obtenido del Plan toda la información que es estrictamente necesaria para tomar una decisión. Las cartas de la decisión que niegan los servicios incluyen: (1) los motivos clínicos para cualquier decisión con respecto a la necesidad médica; (2) información con respecto a cómo un enrolado puede archivar una queja con el Plan; (3) nota a enrolados del derecho de archivar una queja con el Departamento después de treinta días de iniciar el proceso de la queja; y (4) el número de teléfono directo del proveedor de asistencia médica responsable por tomar la decisión.

8.5 UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE LOS PRINCIPIOS Y PROCESOS DE SIMNSA PARA LA REVISIÓN DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA O DE CUIDADO URGENTE ESTÁ DISPONIBLE Y EL PLAN LE PROPORCIONARÁ UNA COPIA SEGÚN SU PEDIDO.

9. CONTINUIDAD DEL CUIDADO DE SU SALUD:

9.1. 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. SIMNSA se complace en comunicar que en los últimos cuatro años, su porcentaje de rotación de doctores participantes ha sido de menos de 1%.

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

Si su médico tratante u hospital deja de ser un Proveedor u Hospital Participante, o si usted es un nuevo Miembro que estaba recibiendo Servicios Cubiertos de un Proveedor o un Hospital no-Participante a la vez que su cobertura fue efectiva con SIMNSA, usted puede tener el derecho de completar su tratamiento con el Proveedor u Hospital terminado o no-Participante, si usted estaba recibiendo tratamiento para cualquier de las siguientes condiciones: Problema Agudo o Crítico, Problema Crónico Grave, Embarazo, o Enfermedad Terminal. A un Recién Nacido también se le puede permitir finalizar el curso de su tratamiento con un Proveedor u Hospital no-Participante. También, la ejecución de una cirugía o de otro procedimiento autorizado por SIMNSA o, en el caso de un nuevo Miembro, autorizado por el plan anterior como parte de un curso de tratamiento documentado, a su vez recomendado y documentado por el proveedor, para llevarse a cabo dentro de 180 días a partir de la fecha de caducidad del contrato o dentro de 180 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de la

cobertura del (de la) afiliado(a) recientemente cubierto(a) aún puede ser realizado. Por favor contactar al Plan para pedir una copia de nuestra Póliza de Continuidad de Atención Médica para mas información sobre como calificar por la continuación de su curso de tratamiento con un Proveedor u Hospital terminado o no-Participante.

Si usted desea completar sus servicios, debe presentar su solicitud por escrito al Plan. Las solicitudes para la conclusión de atención médica deben indicar lo siguiente: Nombre y apellido del (de la) afiliado(a); número de afiliación al Plan; dirección actual del (de la) afiliado(a); número de teléfono actual del (de la) afiliado(a); el nombre y la información necesaria para comunicarnos con el proveedor u hospital cuyos servicios de atención médica prefiere continuar recibiendo; y el problema específico por el que desea la conclusión 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.
303 H Street Suite 390
Chula Vista, CA 91910
(619) 407-4082

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

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

- 9.2. Si le ha estado atendiendo un proveedor de atención médica, puede que tenga derecho a continuar con dicho proveedor por determinado período de tiempo. Para averiguarlo, sírvase comunicarse con el Departamento de Servicio al Consumidor de su Organización para la Administración de los Servicios Médicos (HMO, por sus siglas en inglés). Si tiene más preguntas, se le recomienda comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada, el cual protege a los clientes de la HMO. Para ello, sírvase llamar al número gratuito 1-888-HMO-2219 o al número TDD (para personas con discapacidades auditivas) 1-877-688-9891, o dirigirse al sitio en línea www.hmohelp.ca.gov.
- 9.3. El plan de Salud de SIMNSA comprende la importancia de la continuidad del cuidado de su 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, siquiatria, 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 revista bajo la Póliza esta dispuesta y le proporcionaremos si la solicite.

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.

10. DEFINICIONES: (aparecerán alfabéticamente en idioma Ingles, traducidos al Español)

- 10.1. “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.
- 10.2. “Agreement”: Contrato – significa contrato existente entre el Grupo Médico y el Contrato de Servicios de Hospital y el Plan y Grupo de Salud, incluyendo Solicitud de Grupo, Constancia de Cobertura Y Elegibilidad, Resumen de Beneficios y Programa de Co-pagos, y cualquier anexo, enmienda, o documento agregado a lo anterior. Una copia del contrato podrá ser proporcionada cuando el miembro lo solicite.
- 10.3. “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.
- 10.4. “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.
- 10.5. “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.
- 10.6. “Chronic”: Crónico – significa un estado de larga duración.
- 10.7. “Co-payment”: Co-Pago – 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 Co-Pagos].
- 10.8. “Covered Services, coverage or covered”: Servicios Cubiertos, cobertura o cubiertos – significa aquellos servicios y materiales Médicamente Necesarios descritos en esta CCE, en el [Resumen de Beneficios y Programa de Co-Pagos], o en cualquier anexo, los cuales están sujetos a todos los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones de este Contrato.
- 10.9. “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, 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.
- 10.10. “Domestic Partner”: Socio Doméstico – significa el socio doméstico legal del Suscriptor, cuya asociación con el Suscriptor satisfecha la definición presentada en la Sección 297 del Código de la Familia del Estado de California, y con quien el Suscriptor ha archivado una Declaración de la Asociación Doméstica con el Ministro de California (“Secretary of State”) o un documento equivalente publicado por una agencia local de California, de otro Estado, o por una agencia local de otro Estado bajo lo cual fue creada su asociación. Este Plan proporcionará a Socios Domésticos

con cobertura que es igual a lo ofrecido a un(a) esposo(a) del Suscriptor, hasta el punto permitido bajo todas las leyes aplicables del Estado y/o Federales.

- 10.11. “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 alteran la calidad de aire o temperatura; f) no son para hacer ejercicio o entrenamiento.
- 10.12. “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.
- 10.13. “Eligible Employee”: Empleado Elegible – significa un empleado de buena fe que es entrado activamente en el negocio del Poseedor del Contrato del Grupo por lo menos a treinta (30) horas dentro de una semana laborable normal. Este término incluye propietarios únicos o socios de una asociación, si ellos son entrados activamente en el negocio del Poseedor del Contrato del Grupo por lo menos a treinta (30) horas por la semana y se incluyen bajo el plan de beneficios de salud del Poseedor del Contrato del Grupo para sus empleados, pero no incluye los contratistas independientes, ni los empleados de tiempo parcial, temporarios o suplentes. El término “empleado elegible” incluye a cualquier empleado de buena fe que trabaja entre veinte (20) y veintinueve (29) horas dentro de una semana laborable normal, si el empleado trabajó por lo menos veinte (20) horas por la semana laborable normal para por lo menos cincuenta (50) por ciento de las semanas en el año común previo. Además, el Poseedor del Contrato del Grupo debe ofrecer la cobertura para la salud a todos los empleados, inclusive todo éstos en una situación semejante como el empleado.
- 10.14. “Emergency”: Emergencia - significa el cambio repentino e imprevisto, del estado físico y mental de la persona la cual, si el procedimiento o tratamiento no fue llevado a cabo inmediatamente, podría, según determine SIMNSA razonable, 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 es basada 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.
- 10.15. “Emergency Services”: Servicios de Emergencia - significa los Servicios Cubiertos que son proporcionados por un profesional de cuidados de salud, para el diagnóstico inmediato y tratamiento de una Emergencia. “Servicios de Emergencia” también significa un selección, examen, y evaluación por un médico, u otro personaje como permite la ley aplicable y bajo su licencia y privilegios clínicos, para determinar si existe una condición médico de emergencia psiquiátrica, y el cuidado y tratamiento necesario para aliviar u eliminar la condición médico de emergencia psiquiátrica.
- 10.16. “Employee”: Empleado – significa aquella persona que cumple con los requerimientos de cobertura citados en el Contrato.
- 10.17. “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.

- 10.18. “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.
- 10.19. “Inpatient”: Paciente Interno - significa: a) un individuo que requiere servicios de rutina o especializados en el hospital y es internado como paciente de cama en un hospital; o b) servicios proporcionados a un individuo internado como paciente de cama en un hospital.
- 10.20. “Medical Coordinator”: Coordinador Médico – Es el medico designado por SIMNSA como responsable de la administración de los programas médicos de SIMNSA.
- 10.21. “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 y es miembro de ese Grupo Médico.
- 10.22. “Medically Necessary”: Medicamente Necesarios – significa un servicio, tratamiento o material médico, siempre y cuando el Coordinador del Plan Médico determine que (a) es apropiado para el tratamiento o diagnóstico de un estado, enfermedad, daños corporales o Trastorno Mental, incluyendo a la Enfermedad Mental Severa o Alteraciones Emocionales Graves; (b) que sea consistente con los síntomas y diagnostico del paciente; (c) del tipo, nivel de intensidad y duración, y en un lugar que sea apropiado para un cuidado y tratamiento seguro y adecuado; (d) consistente con normas generalmente aceptadas para una buena práctica médica dentro de la comunidad médica organizada; (e) que no sea principalmente conveniente para el proveedor tratante, el Miembro o la familia del Miembro; (f) que el cuidado sea proporcionado al menor nivel de restricción, siempre que el tratamiento del estado del paciente sea efectivo; y (g) en casos de una Emergencia, un servicio de salud, tratamiento o suministro rendido a la instalación mas cercana y disponible.
- 10.23 “Member”: Miembro – significa cualquier persona inscrita en un Plan de Salud de SIMNSA como Suscriptor o Dependiente.
- 10.24 “Mental Disorder”: Trastorno Mental – significa una enfermedad, incluso enfermedades mentales agudas y perturbaciones emocionales graves en niños, independientemente de si dicho trastorno tiene bases psicológicas u orgánicas, y para los cuales el tratamiento lo suministra un profesional de salud mental o se realiza bajo la dirección del mismo, tal como un psiquiatra o psicólogo. Un trastorno mental puede incluir, entre otros: esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos, trastornos bipolares (psicosis maníaco-depresivas), trastornos depresivos mayores, trastornos de pánico, trastorno generalizado del desarrollo o autismo, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión psicótica, anorexia nerviosa, y bulimia nerviosa.
- 10.25 “Mexican National”: Nacional de México o un Mexicano – significa a) una persona nacida en México; b) una persona nacida en otro país con un padre Mexicano u una madre Mexicana, o con ambos; c) una mujer o un hombre extranjero que se casa con un hombre o con una mujer Mexicano(a) y vive en México; o d) un extranjero que llega a ser naturalizado en México.

- 10.26 “Newborn Child”: Recién Nacido – Un niño desde su nacimiento hasta los 36 meses de edad.
- 10.27 “Occupational Illness or Injury”: Lesión o Enfermedad Ocupacional (del trabajo) – significa una enfermedad o lesión incurrida en (o en el transcurso de) el trabajo, la cual se haga para recibir pago o ganancia, o que resulte, en cualquier forma, de una enfermedad o lesión. Sin embargo, si se proporcionan pruebas al Plan de Salud de SIMNSA de que el Miembro es cubierto bajo las leyes o cualquier ley similar, de compensación para el trabajador, pero, bajo dicha ley, no es cubierto para esa enfermedad o lesión en particular, esa enfermedad o lesión no será considerada “de trabajo”, a pesar de la causa.
- 10.28 “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.
- 10.29 “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 y Servicios de Cuidados Urgentes.*
- 10.30 “Outpatient”: Paciente Externo – significa los servicios médicos proporcionados en la oficina del médico, en una instalación con licencia apropiada, o como tratamiento sin estar hospitalizado en esa parte del hospital designada para acondicionar al los pacientes ambulatorios o de Emergencia.
- 10.31 “Participating Provider/Facilities”: Proveedores Participantes/ Instalaciones - significa un profesional de cuidados de salud con licencia adecuada o una instalación con licencia adecuada quien o la cual, en el momento de proporcionar cuidados a un Miembro, tiene un contrato en efecto con SIMNSA para proporcionar cuidado al miembro.
- 10.31.1 “Participating Physician”: Médico Participante - significa cualquier practicante reconocido, el cual proporciona un servicio cubierto por el Contrato, con licencia en el estado o jurisdicción, y practicando dentro del campo de su licencia, el cual se ha registrado con SIMNSA mediante un contrato para proporcionar Servicios Cubiertos a los Miembros de acuerdo con los términos de ese Contrato.
- 10.31.2 “Participating Facility”: Instalación Participante – significa una instalación que es propiedad o que ha sido contratada por SIMNSA para proporcionar Servicios Cubiertos a los Miembros.
- 10.32 “Plan Administrator”: Administrador del Plan – Es una persona designada por SIMNSA para estar pendiente de todas las actividades de SIMNSA.
- 10.33 “Plan’s Service Area”: Área de Servicio del Plan – Las áreas de Servicio del Plan son las ciudades fronterizas de Tijuana, Tecate y Mexicali, México.
- 10.34 “Pregnancy”: Embarazo – Los tres trimestres de gestación y el período inmediato posterior al parto.

- 10.35 “Premium”: Prima – Significa los honorarios que son pre-pagados periódicamente, incluyendo cualquier contribución al Grupo por los Suscriptores, los cuales el Grupo acordó pagar a SIMNSA por los Servicios Cubiertos.
- 10.36 “Prescription Drugs”: Recetas Médicas – En los Estados Unidos todos los farmacéuticos aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas. En México, cualquier farmacéutico aprobado por el gobierno Mexicano y sea considerado por SIMNSA como una droga recetada por el plan.
- 10.37 “Serious Chronic Condition”: Condición Grave Crónica – se considera un Problema Crónico Grave el que tiene por causa alguna anomalía, enfermedad o problema o trastorno médico de naturaleza grave, que persiste sin cura completa o que se empeora durante un período de tiempo prolongado, o que requiere tratamiento progresivo para mantener la remisión o prevenir el deterioro del (de la) paciente.
- 10.38 “Serious Emocional Disturbance(s) of a Child or Adolescent”: Enfermedad Emocional Seria de un Menor o Adolescente – significa desorden mental como se identifico en la mas reciente edición de diagnósticos y estadísticas del manual de desordenes mentales de un menor de 18 anos. Una condición emocional seria de un menor es una enfermedad mental que no sea por el uso de sustancias y que resulte en conducta inapropiada para su edad de acuerdo a las expectativas normales.
- 10.39 “Severe Mental Illness”: Trastorno Mental Severo -
La cual es severa y persistente en duración.

La cual puede causar disfunción del funcionamiento que interfiere con las actividades primarias de la vida normal.

La cual puede ser resultado de una incapacidad para mantener una estabilidad e independencia funcional sin tratamiento o rehabilitación por un tiempo indefinido o prolongado.

Un trastorno mental incluye, pero no se limita a: esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno del desarrollo penetrante mental (autismo), trastorno de pánico, trastorno depresivo mayor, depresivo psicópata, trastorno de compulsión obsesiva.
- 10.40 “SIMNSA Health Plan”: Plan de Salud de SIMNSA – significa Sistemas Médicos Nacionales, S.A. de C.V.
- 10.41 “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.
- 10.42 “Terminal Illness”: Enfermedad terminal – Se entiende por tal toda afección incurable o irreversible, con alto grado de probabilidad de causar la muerte en un año o menos.

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

11. 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.

- 11.1. Suscriptor – Para poder inscribirse como Suscriptor, usted debe:
- 11.1.1. Ser un Empleado Elegible del grupo contratante; y
 - 11.1.2. 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; y
- 11.2. Dependientes – Dependientes Elegibles deberán vivir dentro de 50 millas del área de servicio y/o desean y tienen la voluntad de obtener todos los servicios médicos (excepto en caso de Emergencia y cuidados urgentes) por medio de los Proveedores Participantes dentro del área de servicio en la República Mexicana. Los Dependientes Elegibles son:
- 11.2.1 Su cónyuge o, para contratos publicados, renovados o enmendados en o después del 2 de enero de 2005, su Socio Doméstico;
 - 11.2.2. Sus hijos naturales o adoptados que no estén casados, menores de 19 años;
 - 11.2.3. Cualquier hijo, hasta los 19 años que no esté casado, incluyendo a los hijastros, e hijos de crianza, que vivan con usted en un ambiente familiar, y de los cuales, cuando sea requerido por el Administrador

del Plan, puede usted proporcionar pruebas satisfactorias de elegibilidad.

11.2.4. También califican como Dependientes, sus hijos naturales o adoptivos, hijastros, o niños bajo su custodia, que tengan entre 19 y 23 años y que asistan a la escuela. Podría ser requerida una verificación de elegibilidad escrita por un oficial de la escuela, en cualquier momento por el Administrador del Plan. Los estudiantes que se incapacitaron totalmente estando en la escuela, también son elegibles hasta el final del primer semestre en el cual el Dependiente ya no esté incapacitado, o cuando cumpla 23 años. *Los estudiantes Dependientes que asistan a la escuela y que reciban cuidados fuera del área de servicio, serán cubiertos por el Plan de Salud únicamente en casos de emergencias médicas y servicios de cuidados urgentes.*

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

11.2.5.1. 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.

11.3. Personas No Elegibles

11.3.1. 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.

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

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

11.3.3.1. Conducta que amenace la seguridad de empleados del Plan, Proveedores, Miembros, u otros pacientes, o demuestra conducta repetida que daña substancialmente la habilidad del Plan de proporcionar o arreglar los servicios para el Miembro u otros Miembros, o que daña la habilidad de un Proveedor de proporcionar los servicios a otros pacientes.

- 11.3.3.2. Si deliberadamente no proporciona la suficiente información, o deliberadamente proporciona documentación incorrecta o incompleta.
- 11.3.3.3. El mal uso de la tarjeta de identificación del Plan de Salud, incluyendo que permita usted 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 .
- 11.3.3.4. No pagar Co-pagos o cualquier obligación de pago requerido conforme lo estipulado en la Constancia de Cobertura del Plan de Salud de SIMNSA.
- 11.3.3.5. No pagar la contribución requerida para cobertura de membresía.

12. 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/empleador 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 11. Sin embargo, ninguna persona puede volverse a inscribir, una vez que la membresía se le canceló con anterioridad como se indica en la Sección 11.3.3 de esta Constancia de Cobertura y Elegibilidad.

12.1 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 después de que el periodo de inscripciones abiertas terminó.

12.2 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.

12.3 Inscripción de Dependientes con Reciente Elegibilidad.

- 12.3.1. Dependientes que sean recientemente elegibles (por ejemplo, por matrimonio) después de haber iniciado su cobertura, pueden inscribirse hasta 31 días después de las fechas de elegibilidad, o puede esperar a hacerlo hasta que exista un periodo nuevo de inscripciones abiertas.
- 12.3.2. Su recién nacido 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 31 días después de la fecha de nacimiento. Aún si usted tiene cobertura que no requiere el pago de primas adicionales por un recién nacido, deberá inscribir al hijo/a dentro de ese periodo de 31 días.
- 12.3.3. 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 es 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 31 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.

12.4. 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.

12.5. 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 evento y SIMNSA descubre dicho cambio, SIMNSA usará los hechos verídicos para determinar si la cobertura esta en efecto.

12.6. 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. Un documento que describe las pólizas y procedimientos de SIMNSA para conservar la confidencialidad de expedientes médicos esta disponible para usted o será proporcionado cuando usted lo requiera.

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.

13. 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:

13.1 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. 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 cubierto al convertirse en Miembro cuando el tratamiento comenzó.

13.2 Empleados y Dependientes Recientemente Elegibles

13.2.1. 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.

13.2.2. 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.

13.3 Inscripciones Abiertas

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

13.4 Aplazamiento de la fecha de Vigencia de Cobertura

13.4.1. 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.

14. **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.

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

14.1.1. 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.

14.2. SIMNSA puede terminar su cobertura:

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

14.2.2. Si las primas no son pagadas en la fecha especificada en el contrato del Titular del Grupo, entonces la terminación será vigente el quinceavo día después de cobrarle y notificarle adecuadamente al Titular. El Titular del Grupo es responsable de notificarle quince (15) días antes de la terminación de su cobertura debido a la terminación del contrato.

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

14.2.4. Si un Suscriptor tiene un comportamiento que amenace la seguridad de empleados del Plan, Proveedores, Miembros, u otros pacientes, o repite una conducta que daña substancialmente la capacidad del Plan de proporcionar o arreglar los servicios para el Miembro u otros Miembros, o que daña la capacidad de un Proveedor de proporcionar los servicios a otros pacientes.

14.3 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.

14.4. Renovación de Disposiciones

Los servicios y beneficios cubiertos bajo los términos del Contrato de Grupo como Programa de Beneficios, y los co-pagos 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.”

14.5 Continuación de Beneficios Individuales.

14.5.1 Continuación de cobertura Cal-COBRA

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

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

Si su continuación de cobertura comienza a partir del 1° de enero del 2003, la cobertura se puede extender hasta un máximo de 36 meses después de la fecha en que su cobertura debería haber terminado como resultado de uno de los motivos indicados en esta Sección 13.5 pertinente a Cal-COBRA. Su empleador le proporcionará a usted y a sus dependientes elegibles la notificación escrita de su capacidad para elegir la extensión de cobertura. Si desea más información relacionada con la continuación de cobertura, incluyendo información con respecto al plazo de tiempo para lo cual su cobertura puede ser proporcionada a miembros cuyo cobertura de continuación comenzó antes del 1° de enero del 2003 previo, por favor comunicarse con el Administrador del Plan al (619) 407-4082. Su empleador le proporcionará a usted y a sus dependientes elegibles la notificación escrita de su capacidad para elegir la extensión de cobertura. Si desea más información relacionada

con la continuación de cobertura en virtud de Cal-COBRA, le sugerimos comunicarse con el Administrador del Plan al (619) 407-4082.

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

14.5.2 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 discapacitante, la fecha que ocurra primero. Una persona está totalmente discapacitada si cumple con lo estipulado en la definición de Discapacidad total en este contrato, según lo determine el Plan.

14.5.3 Notificación del Derecho de Continuación de Cobertura

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

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

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

14.5.4 Elección y requisitos de pago para la continuación de cobertura

Si usted desea continuar su cobertura, usted debe someterse un pedido escrito al Plan por correo de clase primero, o cualquier otros medios seguros, dentro de sesenta (60) días del posterior de: (1) la fecha en que su cobertura bajo los beneficios del Plan del grupo terminado o terminará por la razón de un acontecimiento calificativo, o (2) de la fecha usted fue mandado una nota que usted puede calificar para la continuación de cobertura.

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

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

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

Si su continuación de cobertura terminase en virtud de un plan de beneficios de grupo anterior (con anterioridad a la fecha en que su continuación de cobertura terminaría en virtud del requisito de COBRA), usted puede elegir la continuación de la cobertura 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.

14.5.6 Terminación de la Continuación de Cobertura

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

14.6 Continuación de cobertura para ex-empleados y ex-cónyuges

14.6.1 Ex-empleados

Un ex-empleado califica para extender la continuación de cobertura en exceso del período provisto en virtud de Cal-COBRA si: (1) El ex-empleado trabajó para el empleador al menos cinco años antes de la fecha de terminación del empleo; y (2) el empleado ya ha cumplido sesenta (60) años de edad.

Los ex-empleados elegibles deberán notificar por escrito al Plan sobre su elección de continuar la cobertura aún después de la fecha en que la continuación de cobertura bajo Cal-COBRA esté programada para terminar. El Plan deberá recibir dicha notificación de elección con un mínimo de treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento programada para la continuación de cobertura.

La cobertura de beneficios y los pagos de primas estarán sujetos a los mismos términos y condiciones como si la continuación de cobertura en virtud de Cal-COBRA hubiese continuado vigente.

14.6.2 Ex-cónyuges

El ex- cónyuge de un empleado o ex-empleado puede calificar para extender su cobertura aún después de la fecha de vencimiento de la cobertura provista en virtud de Cal-COBRA si dicho ex-cónyuge hubiese tenido cobertura como beneficiario calificado en virtud de Cal-COBRA. La cobertura de beneficios y los pagos de primas estarán sujetos a los mismos términos y condiciones como si la continuación de cobertura en virtud de Cal-COBRA hubiese continuado vigente.

14.6.3 Cancelación de la continuación de cobertura

La continuación de cobertura proveída en cumplimiento de esta sección ha de terminar automáticamente en la más temprana de las siguientes fechas: (A) la fecha en la que la persona cumpla sesenta y cinco (65) años de edad; o (B) la fecha en que la persona adquiera cobertura en virtud de cualquier plan de salud de grupo que no lo mantenga el empleador o cualquier otro plan de salud; (C) la fecha en la que la persona adquiere el derecho a recibir beneficios de Medicare; para un cónyuge, cinco años a partir de la fecha en la cual la continuación de cobertura en virtud de COBRA o Cal-COBRA estuviese programada a caducar para el cónyuge; o la fecha en la cual el ex-empleador cancele el contrato del Grupo con el Plan y cesa de proveer cobertura para cualesquier empleados activos a través de este Plan, en cuyo caso el Plan ha de notificar al ex-empleado o ex-cónyuge o a ambos lo pertinente al derecho de cobertura de tipo conversión. La continuación de cobertura en virtud de lo estipulado en esta sección también puede terminar si la persona no paga las primas correspondientes.

14.6.4 En un plazo de quince (15) días después de que el Plan reciba la solicitud escrita de un empleador, el Plan ha de proporcionar al empleador que está reemplazando el contrato del Plan cualquier información en posición del Plan que sea razonablemente necesaria para administrar esta cobertura.

14.7 Conversión de cobertura

Si el empleador cancela la cobertura de un miembro en virtud del contrato de grupo, los empleados o miembros elegibles pueden tener derecho a convertir sus afiliaciones a membresías individuales (“conversión de cobertura”), sin necesidad de presentar evidencia de poder obtener aseguranza.

Existen diferencias entre los motivos por los cuales un contrato de conversión quizá no esté disponible con respecto a los Miembros suscritos en virtud de un contrato de grupo que se hubiese suscrito..

14.7.1 La conversión de cobertura no estará disponible si la cancelación en virtud del contrato de grupo ocurriese por cualquiera de los motivos siguientes: (1) Caducó el contrato de grupo o se canceló la participación del empleador y el contrato de grupo se reemplaza con coberturas similares en virtud de otro contrato de grupo en un plazo no mayor de quince (15) días después de la fecha de cancelación del contrato de grupo o de la participación del suscriptor; (2) el empleado o miembro no pagó las cuotas adeudadas al Plan; (3) el Plan canceló con causa justificada la participación del empleado o del miembro en el Plan; (4) el empleado o el miembro deliberadamente suministró información errónea o de otra manera obtuvo de forma indebida beneficios del plan; o (5) el programa de beneficios del empleador está autoasegurado. Además, un contrato de conversión puede no estar disponible si cualquiera de los beneficiarios (1) tiene cobertura o califica para recibir beneficios en virtud del Título 18 de la Ley de Seguridad Social; (2) tiene cobertura o es elegible para recibir beneficios de cobertura en virtud de cualesquier contratos de cobertura para individuos en un grupo, estén estos asegurados o autoasegurados; (3) tiene cobertura para beneficios similares por medio de una póliza o contrato individual; o (4) no ha tenido cobertura continua durante el período de tres meses que recién preceden a la cancelación de cobertura.

14.7.2 Elección y requisitos de pago para la conversión de cobertura

A menos que el Plan renuncie por escrito, los miembros con conversión de cobertura deberán hacer su solicitud escrita y el primer pago de primas para el contrato de conversión en un plazo no mayor de 63 días después de la cancelación del grupo.

14.7.3 Requisitos de notificación para conversión de cobertura

Es de la sola responsabilidad de su empleador el notificarle sobre la disponibilidad de los términos y condiciones de la conversión de cobertura en un plazo de quince (15) días de la cancelación de cobertura de grupo.

14.8 Sus derechos según la HIPAA en caso de que pierda su cobertura de grupo

La ley federal conocida como Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) protege la cobertura médica de los trabajadores y sus familias cuando cambian o pierden su trabajo. La ley de California proporciona protecciones similares y adicionales.

Si usted pierde la cobertura de un seguro médico de grupo y cumple con ciertos criterios, tiene derecho a comprar una cobertura médica individual (no de grupo) de cualquier plan de salud que venda coberturas médicas individuales que proporcionen beneficios hospitalarios, médicos o quirúrgicos. Todos los planes de salud que vendan cobertura médica individual proporcionando estos beneficios deben ofrecer cobertura individual a una persona elegible según la HIPAA. El plan de salud no puede rechazar su solicitud si: usted es una persona elegible según la HIPAA; está de acuerdo en pagar las primas requeridas; y vive o trabaja dentro del área de servicio del plan.

- Para ser considerado una persona elegible según la HIPAA debe cumplir con los siguientes requisitos:
- Usted tiene 18 o más meses de cobertura acreditable sin una interrupción de 63 días o más entre cualquiera de los periodos de cobertura acreditable o desde la terminación de su cobertura más reciente;
- Su cobertura acreditable más reciente era de un plan de grupo, del gobierno o de una iglesia que proporcionaba beneficios hospitalarios, médicos o quirúrgicos; (COBRA y Cal-COBRA se consideran coberturas de grupo);
- Su cobertura acreditable más reciente no fue cancelada debido a la falta de pago de las primas o a fraude;
- No es elegible para recibir cobertura bajo un plan de salud de grupo, Medicare o Medicaid (Medi-Cal);
- No tiene otra cobertura de un seguro médico; y
- Usted ha elegido y agotado cualquier cobertura de continuación que se le ofreció según COBRA o Cal-COBRA.

Hay decisiones importantes que necesita tomar en un periodo de tiempo muy breve relacionadas con las opciones que tiene disponibles después de la terminación de su cobertura médica de grupo. Debe leer detenidamente toda la información disponible referente a la cobertura según la HIPAA para que pueda entender completamente las protecciones especiales de esta cobertura y hacer una comparación y tomar una decisión informadas sobre la cobertura disponible. Si desea más información, por favor llame al (619) 407-4082 o al 6-83-29-02.

Si usted cree que se han violado sus derechos según la HIPAA, debe comunicarse con el “California Department of Managed Health Care” al teléfono **1-888-HMO-2219** o visitar el sitio Web del Departamento en www.hmohelp.ca.gov.

15. SERVICIOS CUBIERTOS:

El Suscriptor y su Dependientes tendrán el derecho a recibir los servicios descritos a continuación cuando tales servicios son: a) Medicamento Necesarios; y b) (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 CO-PAGOS DE SERVICIOS ESPECÍFICOS, COMO LO ESPECIFICA EL RESUMEN DE BENEFICIOS Y EL PROGRAMA

DE CO-PAGOS. 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 DICHS SERVICIOS NO FUERON AUTORIZADOS CON ANTERIORIDAD O QUE NO SON 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 Co-Pago. Los Proveedores Participantes nunca podrán solicitar compensación de, recurrir en contra de o imponer cobros adicionales a ningún Miembro de este plan, bajo ninguna circunstancia, incluyendo, que el grupo o el plan de salud no pague o por insolvencia del grupo o plan de salud, o por incumplimiento o terminación del contrato.

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

15.1. Mantenimiento de Salud y Servicios Preventivos

- 15.1.1. Cuidados de niños no enfermos, incluyendo visita de hospital para recién nacidos.
- 15.1.2. Evaluaciones periódicas de Salud para prevenir y detectar una enfermedad para adultos y niños, incluyendo: (1) detección oportuna del cáncer; (2) pruebas y diagnostico de cáncer del próstata cuando es Medicamente Necesario y constante con buenas practicas profesionales; (3) y pruebas anuales para el cáncer de la cerviz, incluyendo al examen de Virus de Papiloma Humano, y si su proveedor así lo solicita.
- 15.1.3. Exámenes Físicos Anuales, incluyendo servicios para “mujeres no enfermas” tales como papanicolau y mamografías.
- 15.1.4. Inmunizaciones e Inoculaciones pediátricas y de adultos, incluyendo, pero no limitado a, difteria, poliomielitis, tétano, sarampión, tos ferina, y tuberculosis (exceptuando cuando sea requerido por viajes foráneos o empleo).
- 15.1.5. Pruebas de la vista y audición con el propósito de determinar pérdida de audición y la necesidad de corregir la vista.
- 15.1.6. 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.

15.2. 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:

- 15.2.1. 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.
- 15.2.2. Servicios Quirúrgicos basándose en pacientes internos y externos, incluyendo asistencia quirúrgica cuando sea Médicamente Necesaria, y servicios de anestesiología.
- 15.2.3. Visitas y exámenes Médicos durante Confinamiento Certificado en un hospital.
- 15.2.4. Servicios de consultas médicas ordenadas por un Médico Participante.

15.3 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.

15.4. Planeación de Familia

- 15.4.1. Esterilización Voluntaria (ligación de tubos y vasectomía), cuando sea previamente certificado por el Coordinador Médico del Plan.
- 15.4.2. Sugerencias con respecto a anti-conceptivos y planeación familiar.

15.5. Cirugía Reconstructiva

- 15.5.1. Cirugía realizada para corregir o reparar estructuras del cuerpo anormales causadas por defectos hereditarios, anormalidades desarrolladas, trauma, infección, tumores o enfermedades, y así mejorar funciones y/o para crear una apariencia normal, al mejor grado posible.
- 15.5.2. Reconstrucción del busto e implantación de prótesis en el busto, posterior a una mastectomía.

15.6 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.

15.6.1. Servicios de Pacientes Internos

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

Conforme a lo anterior (y en la Sección 15.14, 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.

15.6.2 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 incluye* los servicios de la sala de emergencia.

15.7 Maternidad y Cuidados Relacionados del Recién Nacido

15.7.1 Los servicios que surjan por embarazo (incluyendo el diagnóstico prenatal de trastornos genéticos del feto en embarazos de alto riesgo) y nacimiento, incluyendo complicaciones en el embarazo, aborto involuntario, nacimiento, cuidados prenatales y de post-parto.

15.7.2 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.

15.7.3. 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.

15.8 Asma Pediátrica

Se cubrirá lo siguiente equipo y suministros cuando son Medicamento 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.

15.9 Mastectomía

Siguiente la eliminación Medicamento Necesaria de todo o la parte de un seno, nosotros cubrimos la reedificación del seno, la cirugía y la reedificación del otro seno para producir una apariencia simétrica, y el tratamiento de complicaciones físicas, inclusive al linfedema.

15.10 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 deterioramiento 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.*

15.10.1 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 medica 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 de edad
- 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.

- 15.11 Emergencias Médicas y Servicios de Cuidados Urgentes (ver la descripción de este beneficio en las páginas 2-3 de este libro).
- 15.11.1 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 ordenados 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.
- 15.12. Servicios de Ambulancia
- 15.13. 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.
- 15.14. Servicios de Rehabilitación
- Servicios de Rehabilitación por terapeutas ocupacionales, físicos o de dicción, conforme sea Médicamente Necesario y certificados.
- 15.15. 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 tendrán cobertura incluso si dichos artículos estuviesen disponibles sin receta médica.
- 15.15.1 Equipo Médico Resistente
- La cobertura incluye, pero no es limitada a, equipo de oxígeno, sillas de ruedas manuales, muletas, glucómetros, etc., y proporcionados cuando sean Médicamente Necesarios, no solamente para la conveniencia del Miembro, y en cuanto sean recetadas y recomendadas por un Proveedor Participantes, al ser certificadas previamente por el Plan de Salud de SIMNSA y obtenidas a través de un Proveedor Participante. El Plan de Salud de SIMNSA retiene la opción de proporcionar cobertura por la renta o compra de Equipo Médico Resistente. La compra inicial de dicho equipo y accesorios necesarios para operar, es cubierta solamente si se le demostró al Plan de Salud de SIMNSA que el uso prolongado del equipo es planeado, el equipo no puede ser rentado, o si es probable que el costo sea menor si se compra en lugar de

rentarse. La reposición de dicho equipo y accesorios será cubierta solamente si se le demuestra al Plan de Salud de SIMNSA que el reemplazo es necesario a consecuencia del 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 más de un artículo que tenga el mismo o similar objetivo.

15.15.2 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 ortopédico 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 recomendado por el médico que lo atiende a causa de un cambio en el estado físico de un Miembro. Se excluyen de cobertura artículos no recetados.

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

15.16. 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.

15.17 Servicios de Salud Mental

El diagnóstico y el tratamiento para la Enfermedad Mental Severa de un Miembro de cualquier edad y Alboroto Emocional Grave de los niños de Miembros estarán disponibles cuando tales servicios son Médicamente Necesarios.

Tratamiento de Paciente Externo – Los servicios de salud mental de un paciente externo o tratamientos de Dependencia Química por un Proveedor Participante quién es un siquiatra o médico, cuando es recetado por un Proveedor Participante, para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de corto plazo de trastornos mentales incluyendo a la Enfermedad Mental Severa y la Peña Emocional Grava o intervención de una crisis.

Servicios rendidos bajo la cobertura del Plan de beneficios para la Salud Mental con respecto al tratamiento de un Trastorno Severo Mental o la Enfermedad Emocional Seria de un Menor o Adolescente no tendrán límite del número de días o visitas.

15.18 Phenylketonuria

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

15.19 Trasplantes

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

16. SEGUNDAS OPINIONES MÉDICAS.

16.1 Cuando es requerida por usted o un medico participante o en nombre de un miembro, el plan autorizara a un medico para una segunda opinión hecha por un medico participante apropiado y reconocido, si no hay un medico apropiado, reconocido y participante (u otro profesional del cuidado medico apropiado) será autorizado. Razones para una segunda opinión médica para que sea autorizada incluye pero no esta limitada para lo siguiente:

16.1.1 Si usted tiene dudas sobre el procedimiento de la cirugía.

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

16.1.3. Si las indicaciones clínicas no son claras o son complicadas lo confunden, un diagnóstico esta en duda por los resultados de la prueba o el medico tratante no puede diagnosticar la condición y usted pidió diagnóstico adicional.

16.1.4. Si el tratamiento indicado no mejora su condición en un periodo de tiempo razonable a partir de que le dieron el diagnóstico y el tratamiento y si usted pidió una segunda opinión acerca del diagnóstico o continuación del tratamiento.

16.1.5. Si usted ha intentado seguir el plan de cuidado o ha consultado con el proveedor inicial sobre sus preocupaciones serias sobre el diagnóstico o plan de cuidado.

16.2 Puede comunicarse 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 a su habilidad para recobrar la función máxima

- 16.3. Peticiones para segundas opiniones médicas serán aprobadas o negadas dentro de un tiempo límite explicado como sigue:
- 16.3.1 Para servicios de emergencia /servicios expeditos- lo mas pronto que sea posible, en un tiempo razonable para su padecimiento para su condición, pero no más de 72 horas.
- 16.3.2. 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.

17. PASES DE INTERCONSULTA REPETITIVAS

- 17.1 En ciertas circunstancias, su medico 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 que es: (1) caso de vida o muerte; o (2) enfermedad degenerativa o discapacidad que requiere cuidado medico 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.
- 17.2 Si el requerimiento para la referencia es aprobado por el plan, el miembro podría recibir tratamiento del especialista sin necesidad de la referencia del medico de primer nivel. El especialista puede autorizar y referir al miembro para exámenes y todos los servicios cubiertos al igual que el medico de primer nivel esta autorizado para proveer y referir al miembro para los diferentes servicios, sujeto a los términos de tratamiento del plan.

18. 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 Comité de Garantía de Calidad del Plan revisa anualmente el formulario. Sin embargo, el Plan también cubre

medicamentos bajo receta necesarios por razones médicas que no están incluidos en el formulario, según lo autorice el Plan, de conformidad con el proceso del Plan mismo por medio del cual su médico participante puede obtener la autorización expedita para los medicamentos necesarios por razones médicas que no están en el formulario. Para solicitar información respecto a si un medicamento específico está incluido en el formulario de medicamentos, comuníquese con el Plan a través del (800) 424-4652. Los medicamentos que se consideran para “uso general” o que se obtienen usualmente sin receta médica o sin las “indicaciones del Doctor” no tienen cobertura del Plan y no se las recetará el Doctor del Plan. Será necesario que usted compre estos artículos por su propia cuenta.

19. EXCLUSIONES DE COBERTURA

19.1 Terapias Alternativas

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

19.2 Servicios Quiroprácticos

19.3 Cirugía Plástica o Cosmética

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

19.4 Cuidados Intensivos de Larga Duración o De Custodia

19.5 Gastos del Donador- en casos de trasplante de órganos

Servicios médicos y de hospital para el donador o del posible donador cuando el paciente que va a recibir el órgano o trasplante no es un Miembro (cuando el paciente que vaya a recibir un trasplante es Miembro, solamente los gastos directamente relacionados para determinar la aceptación de, asegurar e implantar el órgano o tejido, y que sean Medicamento Necesarios, son cubiertos si el donador también es Miembro del Plan).

19.6 Exclusiones y Limitaciones de los Beneficios de Recetas Médicas

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

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

19.6.2 Un abastecimiento mayor de 30 días por receta o segunda preparación de receta médica; exceptuando anticonceptivos orales, que pueden ser surtidos por cantidades de 90 días, estas sujetas a un Co-Pago por cada abastecimiento de 30 días.

- 19.6.3 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.
- 19.6.4 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 10.22.
- 19.6.5 Anticonceptivos, ungüentos, espumas, jaleas y drogas o aparatos implantados, exceptuando anticonceptivos orales e inyectados y diafragmas.
- 19.6.6 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 10.22, o que son proveídos conjunto con participación en un programa de dejar de fumar.
- 19.6.7 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).
- 19.6.8 Cualquier cargo por la administración de drogas recetadas o insulina inyectada, hasta el punto que sea medicamento apropiado que esos fármacos o insulina inyectable puede ser administrada por si mismo.
- 19.6.9 Artículos no médicos, tal como prendas de soporte y otros aparatos o maquinas terapéuticas o de prueba, sin importar su intención de uso, aún cuando sean recetadas por un médico. Las drogas que no sean recetadas por un Proveedor de SIMNSA (menos aquellas recetadas cuando reciba Servicio de Emergencia y Cuidados Urgentes en una instalación fuera del Área de Servicio) y artículos médicos que no fueron recetados a través de una receta médica (conocidos por las Normas de los Estados Unidos como “over the counter”).
- 19.6.10 Drogas Profilácteas para viajar; drogas para incrementar el rendimiento atlético.
- 19.6.11 Drogas con receta médica para procedimientos y servicios que no se consideran como Servicios Cubiertos. 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.
- 19.6.12 El reemplazo de medicamentos perdidas o dañadas.
- 19.6.13 Cualquier medicamento recetado que no vaya de acuerdo con los procedimientos del Plan de Salud de SIMNSA.

19.7 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 Medicamento 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.

19.8 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.

19.9 Abortos Voluntarios

Esta exclusión no aplica a: (1) los abortos en México cuando el aborto es Medicamento Necesario basado en una determinación por el médico de que la vida de la madre está en el riesgo; o (2) abortos legales cumplidos Fuera del Área del Plan, cuando el aborto es Medicamento Necesario para el tratamiento de una Emergencia o Servicios Urgentes de Cuidado.

19.10 Aparatos Auditivos

19.11 Retraso Mental y Deficiencias

19.12 Cuidados de Hospicio

Esta exclusión no aplica a servicios de hospicio, hasta el punto disponible en México, incluyendo: (1) cuidar hábil, la administración del dolor y otros servicios de hospicio solicitados por un paciente en un poner agudo del hospital del cuidado; (2) aconsejar personal, las actividades del grupo de apoyo, la intervención de la crisis y referencias a recursos de comunidad por profesionales mentales de salud (se excluye los servicios relacionados a las necesidades económicas o financieras); y (3) la terapia respiratoria en casa, proporcionado por una compañía buscadora de asistencia médica.

19.13 Cuidados de Enfermera Particular en su Casa

(aparte de aquellos servicios de salud en casa, previamente autorizados).

19.14 Servicios Médicos No Necesarios

Servicios o Materiales que no son Médicamente Necesarios. (Para apelar una determinación de que los servicios no fueron Médicamente Necesarios, los Miembros deberán acudir al Procedimiento de Investigación y Agravios citados en la Sección 7 de este CCE).

19.15 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.

19.16 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.

19.17 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.

19.18 Enfermeras Particulares

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

19.19 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.

19.20 Servicios Proporcionados Antes y después de Terminación de Cobertura.

19.21 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).

19.22 Cambio o Transformación de Sexo

19.23 Disfunciones Sexuales

Esta exclusión no aplicará a esas recetas médicas que se determinan a ser Medicamente Necesarias según la definición expuso en la Sección 10.22.

19.24 Incapacitación Total

Servicios o gastos directamente relacionados con cualquier estado 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.

19.25 Servicios de Transporte

Servicios de Transportación, exceptuando aquellos especificados.

19.26 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; keratotomía visual, de entrenamiento y radial o cualquier otra cirugía que tenga el propósito de corregir errores refractivos.

19.27 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 Medicamente Necesarios.

19.28 Servicios de Apoyo No-Médicos, Asesoramiento de Empleo, o asesoramiento de rehabilitación Vocacional.

19.29 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.

20. LIMITACIONES:

Los servicios de cuidados de Salud en casa son disponibles a Miembros solamente en circunstancias limitadas, cuando dichos Servicios son Medicamente Necesarios. El Miembro debe de residir dentro del área de servicio del Plan para poder recibir este servicio. No es disponible para los Miembros que viven en los Estados Unidos. Es disponible solamente para pacientes post-operados y en casos de que el paciente no

pueda solicitar ayuda en la oficina del Doctor, siempre y cuando reciba autorización previa del Coordinador del Plan.

21. 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:

- 21.1 Los beneficios del pagador que cubre a una persona como empleado, siempre será el pagador principal.
- 21.2 Cuando dos o mas pagadores cubran al mismo Dependiente/menor, serán utilizados los beneficios del pagador que cumple años primero en el transcurso del año, antes de los beneficios del otro pagador.
- 21.3 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.
- 21.4 Recuperación de Sobreiro de Pagos.
 - 21.4.1 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.
 - 21.4.2 Este derecho de recuperación será llevado a cabo a la discreción de SIMNSA. Los miembros ejecutarán cualquier documento y cooperaran con SIMNSA para asegurar su derecho de recuperación de tales sobre pagos.

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

- 22.1 Para las lesiones causadas por terceros o sus complicaciones resultantes, el Plan de Salud SIMNSA cubre lo 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 para todos aquellos servicios y beneficios con cobertura inmediatamente después de obtener una recuperación monetaria por dicha lesión. 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 conciliara 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.

22.2

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 co-pagos requeridos.



Notificación sobre normas de privacidad HIPAA para información médica personal

EN ESTA NOTIFICACIÓN SE DESCRIBE LA MANERA EN LA QUE SE PODRÁ USAR Y REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

REVÍSELA CON DETENIMIENTO.

Estimado miembro de SIMNSA:

Ésta es su Notificación de Privacidad sobre Información Médica del plan médico SIMNSA. **Por favor, léala con detenimiento.**

En esta notificación se describe cómo proteger la información médica personal que tenemos sobre usted referente a la cobertura de SIMNSA y cómo podremos usar y revelar dicha información. Se entiende por información médica personal aquella información identificable individualmente relativa a su salud, tratamiento o pago de servicios de atención médica, tanto pasados, presentes como futuros. En esta notificación también se describen sus derechos con respecto a la información médica personal y la manera en que usted puede ejercer dichos derechos.

Estamos obligados a proporcionarle esta Notificación en virtud de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos ("HIPAA", por sus siglas en inglés). Si desea más información acerca de nuestras normas de privacidad HIPAA para información médica o de nuestras normas generales sobre privacidad, no dude en comunicarse directamente con nuestra oficina.

De acuerdo con la ley se requiere que:

- mantengamos la privacidad de su información médica personal;
- le entreguemos esta Notificación de nuestras obligaciones legales y normas de privacidad con respecto a su información médica personal; y
- respetemos los términos de esta notificación.

Protegemos su información médica personal contra su uso o revelación indebidos. Nuestros empleados, así como los empleados de las compañías que nos ayudan a proporcionar el seguro SIMNSA, están obligados a cumplir con nuestros requisitos que protegen la confidencialidad de la información médica personal. Ellos podrán tener acceso a su información médica personal solamente cuando exista una razón apropiada para ello, tal como la administración de nuestros productos o servicios.

No revelaremos su información médica personal a ninguna otra compañía para que la use en la promoción de productos dirigida a usted. No obstante, según se describe más adelante, usaremos y revelaremos información médica personal acerca de usted con fines comerciales relacionados con su cobertura de seguro médico.

Las razones principales por las que podremos **usar** y **revelar** su información médica personal son la evaluación y tramitación de solicitudes de cobertura y reclamos de beneficios que usted pueda realizar en referencia a otros servicios o beneficios relacionados con la salud que puedan ser de interés para usted. Se describen a continuación éstos y otros usos y revelaciones de información, junto con algunos ejemplos.

- **Para pagos:** Podremos usar y revelar información médica personal para pagar beneficios conforme a su cobertura de seguro médico. Por ejemplo, podremos revisar información médica personal que figure en reclamos con el fin de reembolsar a los proveedores de servicios prestados. También podremos revelar información médica personal a otras compañías de seguros para coordinar beneficios con respecto a un reclamo en particular. Asimismo, podremos revelar información médica personal a un plan médico o a un administrador de un plan de beneficios de bienestar social para empleados para diferentes funciones relacionadas con pagos, tales como determinación de elegibilidad, auditoría y revisión, o para asistirle con sus preguntas o disputas.
- **Para operaciones de atención médica:** Podremos también usar y revelar información médica personal para nuestras operaciones de seguros. Estos fines incluyen la evaluación de una solicitud de productos o servicios de seguros médicos, la administración de estos productos o servicios y la tramitación de transacciones solicitadas por usted. También podremos divulgar información médica personal a afiliados y socios comerciales fuera del plan médico SIMNSA, si necesitan recibir información médica personal a fin de prestar un servicio para nosotros y aceptan cumplir reglas específicas de la HIPAA relativas a la protección de información médica personal. Entre los ejemplos de socios comerciales cabe mencionar a compañías de facturación, compañías de procesamiento de datos o compañías que prestan servicios administrativos generales. Se podrá revelar información médica personal a compañías reaseguradoras por razones de garantía de seguros, auditorías o revisión de reclamos.

- **Cuando lo requiera la ley o las actividades de salud pública:** Revelamos información médica personal cuando así lo requiera la ley federal, estatal o local. Entre los ejemplos de dichas revelaciones obligatorias destacan la notificación a las autoridades médicas estatales o locales referentes a enfermedades comunicables particulares o la proporción de información médica personal a una agencia o entidad reguladora gubernamental con responsabilidades de supervisión en materia de atención médica. También podremos revelar información médica personal a un forense o examinador médico con el fin de asistir en la identificación de un cadáver o para determinar la causa de la muerte.
- **Para evitar una amenaza seria a la salud o seguridad:** Podremos revelar información médica personal para evitar una amenaza seria a la salud o seguridad de una persona. También podremos revelar información médica personal a agencias federales, estatales o locales que participen en la ayuda en casos de desastre, así como agencias de asistencia en desastres o ayuda privada en desastres para permitir que dichas entidades hagan frente a sus responsabilidades en situaciones específicas de desastre.
- **Para beneficios o servicios relacionados con la salud:** Podremos usar información médica personal para proporcionarle información acerca de los beneficios disponibles para usted conforme a su póliza o cobertura actual y, en situaciones limitadas, acerca de productos o servicios relacionados con la salud que puedan ser de interés para usted.
- **Para el cumplimiento de la ley o funciones gubernamentales específicas:** Podremos revelar información médica personal en respuesta a una solicitud de un oficial encargado del cumplimiento de la ley realizada mediante orden judicial, citatorio, auto o proceso similar. Podremos revelar información médica personal acerca de usted a agentes federales para usarla en actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.
- **Otros usos de la información médica personal:** Sólo se usará y revelará información médica personal no cubierta en esta notificación y permitida por las leyes con su autorización por escrito o la de su representante legal en los casos que no se cubran en esta notificación o las leyes correspondientes. Si nos da su autorización para usar o revelar información médica personal, usted o su representante legalmente autorizado la podrá revocar por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que hayamos tomado alguna acción basándonos en la autorización o si la autorización se obtuvo como condición de la obtención de su cobertura de seguro médico. Debe entender que no podremos retirar ninguna revelación de información que ya hayamos realizado con autorización.

Sus derechos con respecto a la información médica personal que mantenemos sobre usted

- **Derecho a revisar y copiar su información médica personal:** En la mayoría de los casos, tiene el derecho de revisar y obtener una copia de la información médica personal que mantenemos sobre usted. Si desea revisar y copiar información médica personal, deberá presentar su solicitud por escrito al administrador correspondiente indicado anteriormente. Si desea recibir una copia de su información médica personal, podremos cobrarle una cuota por el costo de hacer la copia, enviarla por correo u otros suministros relacionados con su petición. Sin embargo, ciertos tipos de información médica personal no se pondrán a su disposición para fines de revisión y copia. Esto incluye notas sobre psicoterapia, así como información médica personal que hayamos recabado en relación con, o en previsión razonable de, algún reclamo o procedimiento legal. En circunstancias muy limitadas, podremos denegar su solicitud para revisar y obtener una copia de su información médica personal. En tal caso, usted podrá solicitar que se revise la negativa. La revisión la realizará una persona elegida por nosotros que no haya participado en la decisión original por la que se denegó su solicitud. Nosotros acataremos el resultado de dicha revisión.
- **Derecho a enmendar su información médica personal:** Si usted considera que su información médica personal es incorrecta o que le falta una parte importante, tiene el derecho de solicitar que enmendemos su información médica personal mientras nosotros la mantenemos u otra entidad la mantiene por nosotros. Deberá proporcionar su solicitud y la razón de ella por escrito, y presentarla al administrador correspondiente indicado anteriormente. Podremos denegar su solicitud si no la realiza por escrito o si no incluye una razón que respalde la solicitud. Además, podremos denegar su solicitud si nos pide que enmendemos información médica personal que:
 - sea exacta y completa;
 - no haya sido creada por nosotros, a menos de que la persona o entidad que crea la información médica personal ya no pueda realizar la enmienda;
 - no forme parte de la información médica personal que nosotros mantenemos; o
 - no forme parte de la información médica personal que usted tendría permiso de revisar y copiar.
- **Derecho a una lista de divulgaciones de información:** Usted tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones que hayamos realizado de la información médica personal sobre usted. Esta lista no incluirá las divulgaciones realizadas con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica, seguridad nacional, a organismos encargados del cumplimiento de la ley o al personal de correccionales, o realizadas de conformidad con la autorización de usted o directamente a usted. Si desea solicitar esta lista, deberá presentar su solicitud por escrito al administrador correspondiente indicado anteriormente. En su solicitud deberá hacer constar el período del que desea recibir una lista de divulgaciones de información. Le notificaremos el costo implicado y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento, antes de incurrir costos.
- **Derecho a solicitar restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación de la información médica personal que usemos o revelemos acerca de su tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o que revelemos a una persona, como un familiar o un amigo que esté implicado en la atención o el pago de la atención que usted reciba. Aunque consideraremos su petición, **no**

estamos obligados a aceptarla. En caso de que la aceptemos, cumpliremos su solicitud. Para solicitar una restricción, deberá presentarla por escrito al administrador correspondiente indicado anteriormente. En su solicitud deberá decirnos: 1) qué información desea limitar; 2) si desea limitar nuestro uso de la información, la revelación de la misma o ambos; y 3) a quién desea que se apliquen las limitaciones (revelar información a su cónyuge o padres, por ejemplo). Aceptaremos restricciones sobre usos o divulgaciones de información médica personal que sean requeridas legalmente, o que sean necesarias para la administración de nuestros negocios.

- **Derecho a solicitar que le demos información confidencialmente:** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información médica personal de una cierta manera o en un cierto lugar si nos dice que la comunicación realizada de otra manera podría ponerle en peligro. Por ejemplo, podrá pedirnos que sólo nos comuniquemos con usted en su trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, deberá presentar su solicitud por escrito al administrador correspondiente indicado anteriormente, y especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted. Haremos los arreglos necesarios para todas las solicitudes razonables.
- **Derecho a presentar una queja:** Si considera que se han infringido sus derechos sobre privacidad podrá presentar una queja ante nosotros o ante la Secretaría del Departamento de Servicios Humanos y Salubridad. Si desea presentar una queja ante nosotros, comuníquese con SIMNSA Health Plan, 303 H Street Suite 390, Chula Vista, CA 91910. Todas las quejas deben presentarse por escrito. No se le sancionará por presentar una queja. Si tiene alguna pregunta acerca de cómo presentar una queja, llámenos al (619) 407-4082 o envíe un correo electrónico a info@simnsa.com.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Cambios a esta notificación: Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de esta notificación en cualquier momento. Nos reservamos el derecho de que la notificación revisada o modificada sea vigente con respecto a información personal médica que ya poseamos sobre usted, así como a cualquier información médica personal que recibamos en el futuro.

Más información: Usted podría tener más derechos conforme a otras leyes pertinentes. Si desea más información acerca de nuestras normas de privacidad HIPAA o de nuestras normas generales sobre privacidad, comuníquese con nosotros en info@simnsa.com o escríbanos a SIMNSA Health Plan, 303 H Street Suite 390, Chula Vista, CA 91910.